

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância  
Turma 05**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses, na  
ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS**

**Christian Roberto Mendoza Maradiaga**

**Pelotas, 2015**

**Christian Roberto Mendoza Maradiaga**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses, na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M539m Mendoza, Christian Roberto

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a 72 Meses, na  
ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS / Christian Roberto Mendoza; Maria  
Auxiliadora Santos Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 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. Soares, Maria Auxiliadora  
Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, à equipe de trabalho da unidade e aos meus usuários da ESF Vila Olimpo.

## **Agradecimentos**

Agradeço pela realização deste trabalho imensamente a minha orientadora, Maria Auxiliadora Santos Soares, pela ajuda, paciência e dedicação diária.

E aos funcionários da ESF Vila Olimpo, que mesmo sendo poucos, conseguem realizar o trabalho com afinco diariamente e participaram diretamente na realização deste trabalho.

## Resumo

MARADIAGA, Christian Roberto Mendoza. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses, na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS.**2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A história da Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila Olimpo inicia junto como a implementação do Programa Mais Médicos no município de Quaraí/RS e a chegada do primeiro médico por parte do programa, no mês de novembro do ano 2013, quando se inicia o trabalho na ESF Vila Olimpo. Esta unidade é responsável por uma população aproximada de 2.000 pessoas e possui uma equipe formada por seis agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem e um médico. O profissional médico fez parte do curso de especialização em Saúde da Família, através do qual elaborou uma análise situacional, em que detectou diversas deficiências na assistência prestada na unidade, dentre elas constatou que as crianças de zero a 72 meses não eram atendidas na unidade, visto a maioria das crianças do município são assistidas de forma descontinuada pelo pediatra que atende no mesmo. Em nossa unidade a cobertura de atenção à criança era de 12%, ou seja, das 25 menores de um ano estimadas para o território, apenas três tinham sido acompanhadas pela equipe. Diante disto, a equipe decidiu realizar uma intervenção, proposta pelo curso de especialização, com foco nesta ação programática. A intervenção ocorreu durante 12 semanas – de 16 de fevereiro a 09 de junho de 2015 – e teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da criança de zero a 72 meses, na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, propondo ampliar a cobertura da atenção à criança para 75%, ou seja, 77 crianças. Em três meses de trabalho conseguimos ampliar a cobertura de 12% (03) para 55,3% (57) crianças, melhorando também a assistência prestada às crianças da nossa área, garantindo que todas fossem acompanhadas quanto ao crescimento e desenvolvimento, tivessem seus achados clínicos registrados nas fichas espelho e prontuários e realizamos busca ativa para todas as crianças que não compareceram à consulta na unidade. Sendo as ações realizadas importantes para a organização do processo de trabalho da equipe, as mesmas serão mantidas e inseridas na rotina da unidade, sendo possível assim, no futuro, assistirmos todas as crianças de zero a 72 meses da nossa área adstrita.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção da cobertura de crianças de zero a 72 meses inscritas no programa da ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	61
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	62
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	63
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro prescrita na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	64
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	65
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	66
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e 72 meses com primeira consulta odontológica realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	67
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realiza às crianças faltosas às consultas no programa de saúde à criança na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	68
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.	70

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	46
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma .....	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados .....	60
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências .....	82
Anexos .....	83

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção da saúde das crianças de zero a 72 meses da área da Estratégia Saúde da Família Vila Olimpo, localizada no município de Quaraí/RS. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. 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 – de 16 de fevereiro a 09 de junho de 2015 - durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e sexta parte constam os relatórios para os gestores e para a comunidade, respectivamente. Na última parte temos a reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

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

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila Olimpo é a quinta equipe de saúde da família do município, que a Secretaria de Saúde do município de Quaraí, Estado do Rio Grande do Sul (RS) implementou após a chegada dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM). O município planeja constituir mais duas equipes para incluir outros médicos do Programa.

A unidade tem uma estrutura física precária, já que dois meses antes do início das atividades, em setembro de 2013, a sala de atendimento e a recepção eram um pequeno almoxarifado que armazenava os medicamentos. Este espaço foi adequado para a realização do atendimento médico e funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF).

A equipe está composta por uma recepcionista, seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma enfermeira (que por enquanto está atendendo também na secretaria de saúde e lamentavelmente não pode acompanhar o atendimento todo o tempo) e um médico (eu).

O acolhimento dos usuários é feito em duas etapas, já que não contamos com técnicas de enfermagem e a enfermeira tem que cumprir deveres na secretaria de saúde: primeiramente os usuários são acolhidos na parte do preenchimento das fichas de atendimento e de entrega do prontuário com a recepcionista e depois realização a aferição da pressão arterial, do peso e altura no espaço em frente à nossa unidade, onde funciona a Secretaria de Saúde. É no prédio da Secretaria de Saúde que a triagem dos nossos usuários é realizada.

O atendimento é de segunda a sexta, de 08:00 às 12:00 horas e das 14:00 as 18:00 horas, sendo aproximadamente 32 atendimentos por dia. As consultas ocorrem regularmente e são agendadas por ação programática, de forma que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e diabetes, são assistidos duas vezes por semana, nas terças e quintas pela manhã; as gestantes são atendidas às quartas pela tarde e as visitas domiciliares são realizadas às sextas pela manhã. Nas últimas sextas do mês se atendem os acamados de nossa área. Quanto às atividades educativas estas são realizadas de forma esporádica e não está incluída na rotina da equipe.

O serviço de atenção básica no município é relativamente novo, antes da minha unidade só havia quatro equipes. No prédio da Secretaria de Saúde há sala para curativo, vacinação, farmácia e consultórios, em que profissionais da saúde realizam atendimento por demanda espontânea, ali se atende aproximadamente 40% da população do município, ou seja, a população descoberta pela ESF.

No município temos um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para os quais tenho encaminhado alguns usuários. A referência e contra-referência é avaliada por um médico, logo o usuário só realiza o atendimento com o especialista se este profissional concordar com a demanda. Temos poucos especialistas no município, a maioria é fornecida por outros municípios vizinhos com os quais Quaraí possui pactuação. Algumas destas especialidades apresentam uma lista de espera que parece interminável e que a consulta demora mais de um ano para acontecer.

A oferta de materiais no município é boa, pelo menos temos o necessário para garantir uma assistência de qualidade. Por enquanto temos muitas limitações, entretanto procuro oferecer um bom atendimento para a comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Quaraí é um pequeno município brasileiro do estado Rio Grande do Sul, localizado na Região da fronteira Oeste, faz fronteira com o Uruguai. Quaraí tem uma população estimada de 22.883 habitantes, os limites geográficos são: ao norte e oeste o município de Uruguaiana, ao sul o município de Santana do

Livramento e a República Oriental do Uruguai e ao leste, o município de Rosário do Sul e o município de Alegrete. Conta com cinco equipes da ESF, mas não tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, tem um NASF que até agora conta com uma fisioterapeuta e um educador físico e a parceria que tem conosco é que atendem aos usuários que encaminhamos para eles, mas, além disto, não estabelece nenhuma outra relação; um CAPS que atende aos usuários que encaminhamos para a consulta de psicologia e que conta com uma psicóloga e um médico clínico geral, o município também tem um Hospital Geral, por enquanto não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Atendimentos com especialistas (Cardiologista, Cirurgião Geral, Obstetra, Pediatria, e Radiologista são realizadas nos consultórios do prédio da Secretaria de Saúde) as outras especialidades são encaminhadas para os municípios vizinhos, bem como os exames diagnósticos, a exceção da radiologia, ultrassonografia e exames de laboratório clínico que são realizados em Quaraí. O município possui alguns consultórios privados, que servem de opção para aquelas pessoas que preferem o atendimento particular.

A minha ESF é rural e começou a funcionar ao final do mês de novembro de 2013 com uma pequena parte de profissionais de saúde (um médico e seis agentes comunitárias de saúde) a partir no mês de março de 2014 se agregou uma técnica de enfermagem que ajuda dois dias da semana, ainda não está funcionando completamente todos os programas na unidade por não contar com todos os profissionais de uma ESF. O trabalho é realizado de segunda a sexta, no horário a partir das 08:00 horas até as 12:00 horas e de 14:00 horas até as 18:00 horas. E um atendimento exclusivamente de consulta médica, já que até agora não temos mais consulta de saúde bucal e de enfermagem. Geralmente os usuários já estão presentes antes do início do horário de atendimento e são atendidos por um dos profissionais da equipe, responsável pelo acolhimento, depois passam a consultar com o médico.

O acolhimento é algo que precisa ser melhorado em nossa unidade, visto que em apenas dois dias da semana temos uma técnica de enfermagem que realiza o acolhimento completo dos usuários, nos demais dias só temos uma das ACS que tira o prontuário do usuário e o encaminha para o outro prédio, da Secretaria de Saúde, para conferir as medições antropométricas e a pressão arterial.

Durante o dia tem pessoas que agendam consultas para outros dias, mas isto só garante que estimemos um número de consultas para cada dia, já que por mais que se tente que o atendimento seja agendado com hora marcada, não se consegue atender os usuários por ordem de chegada, assim, lamentavelmente, os usuários tem que esperar muito tempo, coisa que tento mudar em cada reunião mas segundo referem aqui as pessoas não tem tradição de consultar por agendamento num horário específico porque não chegam na hora ou porque se esquecem de ir esse dia.

Em relação à estrutura física, as atividades estão sendo realizadas em duas pequenas salas, localizadas atrás do prédio da secretaria de saúde, que previamente eram destinadas ao armazenamento de remédios e agora funciona uma sala de espera e uma sala de consulta da unidade Vila Olimpo. No futuro, a gestão tem planos de mudar a unidade para um prédio próprio e com estrutura adequada. Temos muitas dificuldades que estão atrapalhando o desenvolvimento da ESF; o tamanho da unidade é muito pequeno, na sala de espera só podem aguardar sete pessoas sentadas e o consultório tem um tamanho de 2 x 2 metros, de forma que com duas pessoas já está cheia e quando estão três pessoas dentro o ambiente fica já bem apertado, a sala não conta uma maca ginecológica, não temos banheiro para usuários, não temos uma sala para acolhimento, o qual é realizado na frente de todos que estão na pequena sala de espera que tem um tamanho de 3 x 3 metros.

A única porta que separa a sala de espera e o consultório é uma porta corrediça de plástico que está estragada, não fecha nem abre direto e, lamentavelmente, tudo o que se fala na consulta pode ser ouvido facilmente pelas pessoas que estão a menos de um metro de distância, na sala de espera. Uma das estratégias que pode ser utilizada para superar este problema é a mudança de prédio, de preferência para um ambiente próprio. O acesso a unidade se dá por dois caminhos, um deles é pela entrada principal da Secretaria de Saúde, atravessando este prédio até o final e saindo pela porta do fundo, o usuário chega à nossa unidade, ao lado do estacionamento. O segundo caminho é diretamente pela entrada de carros, no estacionamento, que é uma área empedrada e que ao final tem uma rampa que dá acesso a um corredor onde se encontra nossa unidade. Logo, os caminhos não são tão fáceis para quem tem dificuldade de locomoção.

Em relação às atribuições das equipes, já que o município não conta com todos os estabelecimentos da rede de saúde e que ainda temos poucos profissionais na ESF, temos muitas dificuldades para atender todos os programas do Ministério da Saúde, como a saúde bucal, grupo de tabagismo e realização de preventivos. Entretanto, em fevereiro de 2014 já iniciamos um grupo de atendimento ao tabagismo; no grupo proporcionamos palestras e estimulamos o tratamento. Além disto, já estamos trabalhando com os adolescentes, por meio de palestras que abordam as doenças sexualmente transmissíveis. Da mesma forma já estamos realizando palestras na área para esclarecer sobre o câncer de mama e o câncer de colo de útero.

Na unidade já temos um grupo de gestantes e outro com usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. O mapeamento da área foi realizado em 2013 pelo pessoal da Secretaria de Saúde, que dividiu a área em micro-áreas, onde atuam diretamente as agentes comunitárias de saúde. As visitas domiciliares são realizadas pelas agentes comunitárias de saúde todos os dias, mas nas sextas feiras são realizadas também pelo médico e pela enfermeira que atende no prédio da Secretaria. Acredito que para ampliar a ação da equipe é de suma importância a contratação de novos profissionais, de forma a tornar a equipe completa, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MILTON, 2000).

A população da área adstrita é de 2.061 habitantes, predomina o sexo feminino e a maioria dos usuários está na faixa etária de 15 a 19 anos, de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, sendo similar com os dados de todo o município. Em relação aos atendimentos predomina na consulta o grupo de pessoas acima dos 50 anos. Por enquanto, o tamanho da área adstrita não tem sido uma limitação para o serviço, se consegue atender a todas as pessoas previstas para o turno e no momento são disponibilizados um máximo de 32 atendimentos ao dia, sendo 16 atendimentos pela manhã e 16 pela tarde.

Nas manhãs de terça, quinta e sexta e no horário da tarde de quarta nos dedicamos aos atendimentos agendados, nos outros turnos realizamos atendimento por demanda espontânea. Vale ressaltar, que todos os dias temos atendimento por demanda espontânea, entretanto, nos dias de grupo com os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, de visita e de atendimento às gestantes, este número é limitado, quando há excesso de demanda, a estratégia é realizar uma triagem e priorizar o atendimento daqueles que apresentam complicações ou doenças graves.

A saúde da criança de zero a 72 meses está começando a se organizar na unidade, já que toda população com esta idade era atendida pelo pediatra nas consultas realizadas no prédio da Secretaria de Saúde. Estamos trabalhando para mudar isso, para tal já realizamos uma reunião com as ACS para que comuniquem a nossa população que o médico da unidade está disponível para o atendimento à criança, mas sabemos que este será um desafio que enfrentaremos. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos 25 crianças menores de um ano que residem na nossa área, mas até agora só conseguimos realizar o acompanhamento de três destas, o que nos dá uma cobertura de 12%. Todas estas três (100%) crianças foram avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, estão com vacinas em dias, avaliação de saúde bucal realizada e tiveram seus responsáveis orientados sobre o aleitamento exclusivo e prevenção de acidentes. Apenas uma (33%) das três crianças está com consulta em dia, conforme preconiza o Ministério da Saúde, e duas (67%) estão com atraso na consulta em mais de sete dias. Duas crianças (67%) realizaram o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida.

Enfrentamos grande resistência da comunidade para o atendimento de acompanhamento à criança na nossa unidade, visto que já é tradição no município que toda criança é assistida apenas pelo pediatra. Entretanto, continuaremos ofertando na unidade este tipo de assistência e divulgando nas consultas e salas de espera a importância deste acompanhamento para a criança.

A atenção pré-natal já ocorre em nossa unidade desde o primeiro mês de funcionamento da unidade, de forma que das 30 gestantes estimadas 21 (68%) estão sendo acompanhadas na unidade e este número aumenta à cada semana. Toda gestante realiza consulta com a frequência de aproximadamente uma por mês, de forma 52% (11) das gestantes estão com a consulta em dias conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), este mesmo quantitativo de gestante iniciou seu acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre.

Para 90% (19) das gestantes solicitamos os exames de rotina na primeira consulta e para 100% (21) garantimos a vacinação contra tétano e hepatite B, prescrição de sulfato ferroso e orientação para o aleitamento exclusivo. Infelizmente não conseguimos garantir a realização do exame ginecológico por trimestre e da avaliação bucal, pois não temos este serviço em nossa unidade, em decorrência da falta da maca ginecológica.



Buscamos ofertar um atendimento de qualidade nos nove meses de gestação da mulher, nos orientando pelo protocolo Ministerial, entretanto ainda enfrentamos muitas dificuldades, entre elas podemos citar a dificuldade que a mulher tem em realizar seus exames, que muitas vezes não são autorizados pelo município. A adesão da população até agora é boa, já que se conseguiu que a maioria das grávidas participe do grupo e a cada dia busque a unidade para se cadastrar no Programa de pré-natal.

Toda gestante assistida tem seus registros realizados em prontuário e no cartão da gestante, foi a partir destes registros que preenchemos o CAP. A atenção às gestantes é realizada por todos os trabalhadores da ESF, sendo que as ACS atendem na área e na unidade, todas são atendidas pela técnica de enfermagem e pelo médico.

Como a unidade possui poucos meses de funcionamento, só conseguimos acompanhar duas das 25 mulheres que pariram nos últimos 12 meses, o que nos dá uma cobertura de 8%. Todas realizaram suas consultas antes dos 42 dias pós-parto; receberam orientações sobre o cuidado com a criança, planejamento familiar e importância do aleitamento materno, tiveram mama e abdome avaliados; e apenas uma (50%) teve o estado psíquico avaliado.

Infelizmente muitas informações sobre a atenção ao puerpério não puderam ser preenchidas, pois não há registro em nossa unidade sobre este tipo de atendimento, visto que a unidade é nova. Entretanto, estamos estimulando que as mulheres sejam avaliadas junto com seus filhos, assim conseguimos garantir um atendimento integral e a ampliação do serviço em nossa unidade.

A prevenção do câncer de colo de útero não é realizada em nossa unidade, mas no consultório da Secretaria de Saúde, onde a enfermeira e a ginecologista realizam o exame citopatológico em todas as usuárias jovens e com vida sexual ativa, avaliando se o referido exame está em dia. Entretanto, este atendimento ocorre por demanda espontânea.

Para garantir que as mulheres tenham acesso ao exame citopatológico, incentivamos que as ACS façam a busca ativa das mulheres e orientem às mesmas para a realização do exame. No momento, com apenas seis meses de funcionamento, nossa unidade não possui uma base de dados para avaliar a realização do exame citopatológico em nossa área. Para tanto, busquei a

informação com a enfermeira da Secretaria de Saúde que nos forneceu a estimativa de atendimento em nossa área de abrangência.

Desta forma, das 566 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas para a nossa área de abrangência, 65 (11%) realizaram o exame citopatológico. 94% (61) destas mulheres estão com o exame em dias e receberam orientações sobre a prevenção do câncer de colo de útero e as doenças sexualmente transmissíveis. 8% (05) estão com mais de seis meses de atraso e receberam avaliação de risco para câncer. 3% (02) apresentaram exame alterado para câncer de colo de útero e 91% (59) estão com a amostra satisfatória.

Ao que se refere ao controle do câncer de mama, este vem sendo realizado na nossa unidade diariamente no atendimento espontâneo, além de indicar a mamografia, faço o exame físico da mama para avaliar alterações. A mamografia é realizada em outro município, já que Quaraí não tem mamógrafo. Em relação aos dados alimentados no CAP, estes ocorreram a partir das informações presentes nos prontuários da unidade, entretanto temos como limitação o fato de não termos cadastros nem prontuários anteriores, já que a ESF não existia há seis meses atrás.

Das 212 mulheres entre 50 e 69 anos estimadas para nosso território, apenas 41 (19%) fizeram acompanhamento na unidade para prevenção do câncer de mama. Destas, 38(93%) estão com mamografia em dia e duas (5%) estão com atraso em mais de três meses, todas foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama e apenas sete (17%) foram avaliadas para o risco do câncer de mama.

Pelos resultados, observa-se que a equipe precisa intensificar a avaliação do risco para o câncer de mama e fazer a captação das mulheres entre 50 e 69 anos a fim de que estas realizem a mamografia, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

O atendimento aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes é realizado na unidade duas vezes por semana no horário da manhã. Ao chegar na unidade todos tem sua pressão arterial, peso, altura e índice de massa corporal aferidos, os níveis glicêmicos são mensurados somente nos portadores de diabetes mellitus; em seguida, o usuário é encaminhado para o consultório médico, onde se avalia os valores encontrados na triagem, os achados clínicos e se faz a comparação dos achados na consulta anterior e na atual consulta, avaliando assim a efetividade do tratamento prescrito. Ao sair do consultório, o usuário já sai com a

consulta seguinte agendada. Toda a consulta é registrada em ficha específica, a qual é anexada ao prontuário e segue o protocolo Ministerial.

A estimativa de usuários portadores de hipertensão em nosso território é de 461 usuários, entretanto, apenas 214 (46%) estão sendo acompanhados na unidade. Sendo que para nenhum destes foi garantida a avaliação de saúde bucal e a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico. Apenas 56 (26%) estão com atraso na consulta em mais de sete dias e 94 (44%) estão os exames complementares em dias. Todos foram orientados quanto a alimentação saudável e 176 (82%) quanto a prática de atividade física.

Quanto aos usuários portadores de diabetes mellitus, temos um total de 113 (86%) usuários acompanhados em nossa unidade dentre os 132 estimados. Nenhum deles foi avaliado quanto a saúde bucal nem teve a estratificação de risco realizada. Apenas 27(24%) estão com atraso em mais de sete dias na consulta; 34 (30%) estão com exames complementares em dias e 16 (14%) tiveram seus pés avaliados nos últimos três meses. Oito (7%) tiveram o pulso tibial posterior e pedioso palpados nos últimos três meses e dois (2%) receberam a avaliação da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, o que demonstra necessidade de intensificar e ampliar a realização do exame físico nos portadores de diabetes. Por outro lado, 103 (91%) foram orientados quanto à prática de atividade física regular e 113(100%) quanto à necessidade de alimentar-se de forma saudável.

Diante disto fica claro que a equipe tem atuado bem junto aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes e o que precisa ser feito está relacionado, principalmente, às ações da gestão, que é garantir a realização dos exames, ampliar o serviço da nossa unidade e ampliar a equipe do NASF.

A consulta ao público idoso ainda é incipiente na unidade, como não temos protocolo no município seguimos o do Ministério da Saúde. Observamos, entretanto, que para os idosos realizamos, na maioria das vezes, visitas domiciliares. Como não temos nenhum tipo de ficha de atendimento e cadastro deste público na unidade, teremos que organizar a assistência a este público em nossa unidade, de forma a contemplá-los tanto na consulta ambulatorial quanto na visita domiciliar.

A maioria dos idosos da nossa área é acompanhada pela nossa equipe, de forma que das 281 pessoas com 60 anos ou mais residentes em nossa área de abrangência, 264(94%) são acompanhados, sendo que destes, 168(64%) são hipertensos e 74(28%) diabéticos. Entretanto, nenhum dos nossos idosos possui

cartão do idoso; teve a avaliação multidimensional rápida realizada, nem a avaliação da saúde bucal e de risco para morbi/mortalidade. Além disto, não se investigou os indicadores de fragilização na velhice em nenhum destes idosos.

Entretanto, 157 (59%) estão com o acompanhamento em dia, 211(80%) foram orientados quanto à prática de atividade física regular e todos quanto à alimentação saudável.

Os maiores desafios que estamos enfrentando em nossa unidade são relacionados a falta de estrutura física e a falta de trabalhadores, com isto não quero dizer que não conseguimos fazer todo o trabalho só que ainda não os realizamos da forma requerida, atendendo todos os programas e garantindo a integralidade na assistência. Além disso, sinto que posso realizar um melhor trabalho para cumprir com todas as ações que precisam ser feitas na ESF e, na verdade, temos um grande desafio pela frente, que é melhorar a situação da assistência a partir dos instrumentos que temos na unidade, entretanto, é preciso que a gestão nos dê mais apoio.

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

Depois de ler o texto sobre “qual a situação da sua ESF/APS”, elaborada na Semana de Ambientação do Curso, percebo que, lamentavelmente, não tem mudado muitas coisas no âmbito estrutural da unidade, entretanto temos melhorado alguns aspectos do atendimento, que já está mais organizado por meio do registro das informações nos prontuários.

O trabalho com os grupos de risco já é realizado com maior organização, pois agora temos uma técnica de enfermagem, que chegou em março de 2014 e tem nos auxiliado neste processo. Acredito que teremos mudanças importantes em nossa unidade, pois estamos próximos de mudarmos para o outro prédio, onde teremos uma sala melhor e com melhor estrutura. A maioria das melhoras que tem ocorrido na unidade e no atendimento é produto da leitura dos materiais disponibilizados pelo

Curso de Especialização, já que não temos orientação por parte dos gestores do município.

Pela unidade de Análise Situacional, tomei conhecimento da UBS tanto em termos de estrutura (como deveria ser conforme protocolos oficiais), como é o processo de trabalho (atribuições e trabalhos dos colegas) e o resultado (como o usuário deveria ser atendido, com qualidade e de acordo novamente com protocolos oficiais).

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

De acordo com o Ministério da Saúde a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, juntamente com outros fatores, contribuiu com a diminuição da mortalidade infantil que passou de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Entretanto, quase 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), o que demonstra a necessidade de melhoria na atenção pré-natal, no parto e ao recém-nascido, já que muitos dos óbitos são decorrentes de causas evitáveis pela ação dos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Diante disto, a ESF se mostra como uma importante estratégia para garantir uma assistência integral e de qualidade à criança, intervindo quando necessário na sua situação de saúde.

A USF Vila Olimpo do município de Quaraí, RS, é uma unidade nova formada há menos de dois anos, com a chegada dos médicos do Programa Mais Médicos. Está funcionando em uma estrutura física provisória e não tem uma equipe completa para fazer todo o trabalho correspondente a uma ESF. Tem uma população adstrita de 2.024 habitantes, sendo que dentre esta população se estima, segundo a Planilha de Coleta de Dados disponibilizada pelo curso, um quantitativo de 21 crianças menores de um ano e 82 crianças menores de cinco anos, entretanto no mês de novembro de 2013 foram atendidas só três crianças nesta faixa etária.

A população alvo para esta intervenção serão as crianças entre zero e 72 meses, que até o momento não conhecemos o quantitativo presente em nossa área adstrita, visto que estas crianças não possuem acompanhamento na nossa unidade.

Pelas características da ESF onde trabalho algumas atividades ainda precisam ser melhoradas, dentre estas atividades, destaca-se o atendimento às crianças, que é inexistente na unidade. O único atendimento programado das crianças do município é realizado numa consulta com o pediatra no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Não existe uma consulta de puericultura programada na unidade e por isto, junto ao que foi analisado no Relatório de Análise Situacional, a equipe escolheu como foco da intervenção a ação programática de atenção à saúde da criança.

Acredita-se que por meio da intervenção a equipe possa realizar ações de promoção à saúde, que motivarão os responsáveis pelas crianças a levarem estes usuários para a consulta na unidade. Como em toda ESF, a equipe é um fator importante para que estas ações sejam desenvolvidas e se consiga realizar um trabalho adequado. O que nos leva à nossa principal dificuldade que é não termos uma equipe completa e um quantitativo limitado de pessoal, que inclusive temos às vezes por tempo limitado, entretanto agora a equipe recebeu um enfermeiro, por isso acredito que poderemos melhorar a atenção prestada para a comunidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde

### **Relativos ao 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 seis 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 sete dias de vida.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis a 72 meses.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

### **Relativos ao Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança**

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

### **Relativos ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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



Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

### **Relativos ao 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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na **USF Vila Olimpo**, no Município de **Quaraí/RS**. Participarão da intervenção **103 crianças de zero a 72 meses** residentes em nossa área adstrita.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.**

#### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa

**Detalhamento:** Serão realizadas avaliações semanais dos prontuários, fichas espelho (Anexo C) e planilha de coleta de dados (Anexo B) existentes na ESF por parte do médico, para avaliar a quantidade de crianças de entre zero e 72 meses cadastradas na área adstrita da ESF.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita e priorizar o atendimento de crianças

**Detalhamento:** Realizar busca ativa domiciliar na área adstrita por meio das ACS, semanalmente, das crianças entre zero e 72 meses que ainda não realizaram o cadastramento na consulta de puericultura e cadastrá-las no programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS na sala de espera antes da consulta pré-natal e de puericultura para alertar as mães das vantagens de realizar a consulta de puericultura das crianças. Além disso, lembraremos a cada mãe com criança de entre zero e 72 meses durante as consultas e visita domiciliar a importância da realização da consulta de puericultura e da avaliação da saúde do seu filho.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** 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:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança, junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também a organização e o processo de trabalho voltado para a assistência à criança de zero a 72 meses.

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

**Detalhamento:** A partir do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012) discutiremos nas reuniões de equipe quais orientações deverão ser fornecidas à mãe e pactuaremos como as mesmas deverão ser repassadas.

## **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.**

### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

**Detalhamento:** Durante os próximos meses se realizarão avaliações quinzenais, por parte do médico, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados a fim de se verificar quantas e quais crianças foram assistidas pela equipe na primeira semana de vida.

### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Realizar busca ativa domiciliar, na área adstrita, por meio das ACS, semanalmente, das crianças recém-nascidas que não realizaram o cadastramento na consulta de puericultura e cadastrá-las por meio das fichas espelho.

### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança.

**Detalhamento:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS na sala de espera antes da consulta pré-natal e de Puericultura para alertar as mães sobre a importância de se realizar a consulta da criança na primeira semana de vida da mesma.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** 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:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também a organização e o processo de trabalho voltado para a assistência à criança de zero a 72 meses.

**Ação:** Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

**Detalhamento:** Nas reuniões mensais, a equipe discutirá a importância de realizar a consulta da criança na primeira semana de vida, conforme as orientações do Ministério da Saúde.

**Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

**Detalhamento:** Serão realizadas avaliações semanais das fichas espelho e planilha de coleta de dados, por parte do médico, para avaliar o percentual de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com avaliação da curva de crescimento. Os resultados serão discutidos com todos os profissionais na reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde os materiais para a realização das medidas antropométricas nas crianças

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

**Detalhamento:** Imprimir na Secretaria de Saúde o protocolo de atendimento das crianças pelo ministério da saúde para que fique disponível na ESF para consulta da equipe.

### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** 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:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS para alertar as mães sobre as condutas que deverão ser adotadas nas consultas de puericultura. Tais orientações serão dadas também durante as consultas ambulatoriais e as visitas domiciliares.

**Ação:** Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a curva de crescimento, salientando o estado da criança assistida.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira realizarão palestras e demonstrações das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura para a equipe de saúde.

**Ação:** Padronizar a equipe na realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe, a enfermeira realizará uma oficina para padronizar a técnica de realização das medidas, conforme o protocolo Ministerial.

**Meta 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar as crianças com déficit de peso.

**Detalhamento:** Serão realizadas avaliações semanais dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para se avaliar a quantidade de crianças com déficit de peso, cadastradas na área adstrita da ESF.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde os materiais para a realização das medidas antropométricas nas crianças

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

**Detalhamento:** Imprimir na Secretaria de Saúde o protocolo de atendimento das crianças pelo ministério da saúde para que fique disponível na ESF para consulta da equipe.

**Ação:** Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.

**Detalhamento:** Sublinhar ou tarjar com marca texto as informações críticas da criança, como o déficit do peso, para chamar a atenção da equipe a fim de que esta acompanhe a cada consulta o crescimento e desenvolvimento da criança.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

**Detalhamento:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS para alertar as mães sobre as condutas que deverão ser adotadas nas consultas de puericultura. Tais orientações serão dadas também, durante as

consultas ambulatoriais e as visitas domiciliares, a explicação aos pais e/ou responsáveis a curva de crescimento, salientando o estado da criança assistida.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde. Padronizar a equipe na realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também as recomendações das medidas de peso e comprimento/altura para a assistência a criança de zero a 72 meses. Realizaremos uma oficina para padronizar a técnica de realização das medidas, conforme o protocolo Ministerial, bem como, oficina de preenchimento e leitura das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

#### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar as crianças com excesso de peso.

**Detalhamento:** O médico realizará avaliações semanais dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças com excesso de peso cadastradas na área adstrita da ESF. Os resultados serão discutidos em reuniões de equipe.

#### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde os materiais para a realização das medidas antropométricas nas crianças

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

**Detalhamento:** Imprimir na Secretaria de Saúde o protocolo de atendimento das crianças pelo ministério da saúde para que fique disponível na ESF para consulta da equipe.

**Ação:** Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.

**Detalhamento:** Sublinhar ou tarjar com marca texto as informações críticas da criança, como o excesso de peso, para chamar a atenção da equipe a fim de que esta acompanhe a cada consulta o crescimento e desenvolvimento da criança.

### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade

**Detalhamento:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS para alertar as mães sobre as condutas que deverão ser adotadas nas consultas de puericultura. Tais orientações serão dadas também durante as consultas ambulatoriais e as visitas domiciliares. Ainda durante as consultas de puericultura explicaremos aos pais e/ou responsáveis a curva de crescimento, salientando o estado da criança assistida.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Padronizar a equipe na realização das medidas.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe, a enfermeira realizará uma oficina para padronizar a técnica de realização das medidas e para preenchimento e leitura das curvas de crescimento do cartão da criança, conforme o protocolo Ministerial.



**Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados a fim de avaliar o desenvolvimento neuro-cognitivo da criança. Tais resultados serão discutidos nas reuniões de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento

**Detalhamento:** Ao identificar atraso no desenvolvimento da criança, o médico e o enfermeiro realizarão o preenchimento da ficha de referência e contra-referência da criança para a assistência especializada.

**Ação:** Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

**Detalhamento:** Sublinhar ou tarjar com marca texto as informações críticas da criança, como o atraso no desenvolvimento, para chamar a atenção da equipe a fim de que esta acompanhe a cada consulta o crescimento e desenvolvimento da criança.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

**Detalhamento:** Serão realizadas palestras por parte do médico, enfermeira e ACS para alertar as mães sobre as condutas que deverão ser adotadas nas consultas de puericultura. Tais orientações serão dadas também durante as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, quando se explicará aos pais e/ou responsáveis a curva de crescimento, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança. Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe, o médico promoverá uma discussão com a equipe sobre a avaliação do desenvolvimento e crescimento, de acordo com a idade da criança, conforme o protocolo Ministerial.

**Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas. Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com vacinas atrasadas ou com calendário vacinal incompleto. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

**Ação:** Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

**Detalhamento:** Os usuários serão informados por meio de cartaz e palestras em grupos que as crianças com vacinas pendentes tem prioridade de atendimento.

**Ação:** Realizar controle da cadeia de frio. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque.

**Detalhamento:** As ações voltadas para o controle da cadeia de frio e controle das condições das vacinas não serão realizadas, pois a unidade não possui rede de frio.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis o calendário vacinal da criança, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina administrada e seu aprazamento.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe, o médico promoverá uma discussão com a equipe sobre a leitura preenchimento e registro adequado da ficha espelho, vacina administrada e seu aprazamento.

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

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar o percentual de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que receberam suplementação de ferro. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde a disponibilização do medicamento na unidade, para que possamos distribuir para os usuários, que assim necessitarem.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis da suplementação de ferro, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também as recomendações de suplementação de sulfato ferroso para a assistência a criança de zero a 72 meses.

**Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que realizaram a triagem auditiva. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde a manutenção disponibilização da realização de teste auditivo no município.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

**Detalhamento:** O médico da unidade irá buscar material sobre a temática “triagem auditiva” para estar mais bem preparado na orientação da equipe.

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

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos sete dias de vida.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que realizaram o teste do pezinho antes dos sete dias de vida. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

**Detalhamento:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde a disponibilização do teste do pezinho em nossa unidade de saúde.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com suplementação de ferro. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** 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:** Solicitar, no primeiro mês do projeto, à gestão municipal e à secretaria de saúde a capacitação nos profissionais de enfermagem da nossa unidade, que não estão aptos para realizar o teste do pezinho.

**Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis e 72 meses.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

**Detalhamento:** A ESF não possui atendimento odontológico, mas solicitaremos à gestão que nossos usuários tenham atendimento garantido em outra unidade.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que receberam avaliação odontológica. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe. Entretanto, este serviço não é ofertado em nossa unidade, logo, dependeremos da disponibilização de vagas em outras unidades, para tal tentaremos negociar esta avaliação com o intermédio da gestão.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis a 72 meses de idade.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis da saúde bucal de crianças, salientando o estado da criança assistida.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis a 72 meses de idade.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança, junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também as recomendações da necessidade de tratamento odontológico para a assistência à criança de seis a 72 meses.

**Meta 2.11 - Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.**

### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a saúde bucal das crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que realizaram a primeira consulta odontológica. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis a 72 meses de idade. Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis a 72 meses de idade na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis a 72 meses de idade.

**Detalhamento:** O acolhimento a criança será organizado na unidade, entretanto como esta ação se refere ao acolhimento para o atendimento odontológico, este não será possível em nossa unidade, pois a USF Vila Olimpo não possui Equipe de Saúde Bucal.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de seis a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A ESF não possui atendimento odontológico, mas solicitaremos à gestão que nossos usuários tenham atendimento garantido em outra unidade.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de seis a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também o acolhimento, cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças para a assistência à criança de seis a 72 meses.

**Ação:** Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência.

**Detalhamento:** Esta ação não será possível, pois não existe cirurgião dentista em nossa unidade.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança****Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.****Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas.



**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e com consultas realizadas. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

**Detalhamento:** Realizar busca ativa domiciliar na área adstrita por meio das ACS, semanalmente, das crianças entre zero e 72 meses que ainda não realizaram as se apresentarem na consulta de puericultura e cadastrá-las no programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; e garantir o agendamento para acolher as crianças provenientes das buscas.

### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a importância do acompanhamento regular da criança, salientando o estado da criança assistida.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança ao acompanhamento da criança para a assistência à criança de zero a 72 meses.

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

**Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.**

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Preencher a folha de acompanhamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação das folhas de acompanhamento do SIAB e uma ficha espelho da caderneta da criança, garantindo assim o registro de todas as informações. Tudo que deverá ser registrado será discutido e pactuado com a equipe em reunião, na qual já definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** 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:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis sobre a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular do estado vacinal da criança.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que

inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança para a assistência à criança de zero a 72 meses.

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

**Meta 5.1 - Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.**

#### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF alto risco existentes na comunidade e que estão em acompanhamento na unidade. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

#### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

**Detalhamento:** Os usuários serão informados por meio de cartaz e palestras em grupos, que as crianças de alto risco tem prioridade de atendimento.

#### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis dos fatores de alto risco para morbidades na infância.

#### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança, junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá a identificação dos fatores de risco para a morbimortalidade infantil.

### **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.**

#### **Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com registro das orientações sobre prevenção de acidentes. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

#### **Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

**Detalhamento:** Durante o primeiro mês, na reunião da equipe se definirá os papéis dos membros da equipe responsáveis na prevenção dos acidentes na infância.

#### **Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a importância da prevenção de acidentes na infância.

#### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira realizarão palestras sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção para a equipe de saúde.

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

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta. Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF que tiveram seus pais e/ou responsáveis orientados sobre a amamentação e foram observados mamando na primeira consulta, bem como a duração do aleitamento entre as crianças menores de dois anos. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

**Detalhamento:** Durante o primeiro mês, na reunião da equipe se definirá os papéis dos membros da equipe responsáveis na promoção do aleitamento materno.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também o acolhimento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega" para a assistência à criança de zero a 72 meses.

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

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos dados do prontuário, das fichas espelho e da planilha de coleta de dados para avaliar a quantidade de crianças cadastradas na área adstrita da ESF com registro das orientações. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

**Detalhamento:** Durante o primeiro mês, na reunião da equipe se definirá os papéis dos membros da equipe responsáveis na orientação nutricional

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

**Detalhamento:** Durante as consultas de puericultura explicar aos pais e/ou responsáveis a importância da alimentação adequada para crianças, salientando o estado da criança assistida.

**Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também orientação nutricional adequada conforme a idade das crianças de zero a 72 meses.

**Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária**

**Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar as atividades educativas coletivas.

**Detalhamento:** O médico realizará a avaliação dos registros das atividades educativas coletivas realizadas na área de abrangência que abordaram a higiene bucal e a prevenção da cárie. Tais resultados serão discutidos em reunião de equipe.

**Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Organizar todo material necessário para essas atividades. Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe se realizarão agendamentos de atividades educativas em grupo na escola da área, definindo temas e materiais que abordem a importância de uma infância saudável. Em toda atividade educativa, a equipe irá elaborar uma lista de presença.

**Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

**Detalhamento:** Em atividades na escola, palestras e consultas a equipe promoverá as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar e a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

### **Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança. Nas capacitações se discutirá também da realização das ações de promoção em saúde para a assistência à criança de zero a 72 meses.

**Ação:** Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

**Detalhamento:** Se realizarão nas reuniões mensais a discussão do Caderno de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012), junto com representantes da creche, a equipe de trabalho que inclui as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira e o médico a fim de tornar uniforme a assistência à criança.

## **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.



Denominador: Número de crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Referente ao 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.

Indicador 2.1. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Meta 2.2. Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

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

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

Indicador 2.3. Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 2.4. Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

Numerador Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

Indicador: 2.6. 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.

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

Indicador 2.7. Proporção de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças de seis a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

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

Meta 2.8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses.

Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

Indicador 2.9. Proporção de crianças com teste do pezinho até sete dias de vida.

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

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

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis a 72 meses.

Indicador 2.10. Proporção de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11. Proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

Denominador: Número total de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

### **Referente ao Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança**

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

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

Meta 4.1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado

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

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

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1. 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.

**Referente ao 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

Indicador 6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

Indicador 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

Indicador 6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam 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.

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

Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação 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.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de puericultura vamos adotar o protocolo de saúde da criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) para orientar a equipe em toda a assistência prestada à criança. Utilizaremos a ficha espelho da criança, disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas, e a caderneta da criança como instrumentos para nortear o atendimento realizado em domicílio ou na unidade, toda informação coletada durante o atendimento será preenchida nestes instrumentos pelo médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, desta forma, estas informações serão alimentadas na caderneta da criança que é fornecida pelo Ministério da Saúde no momento do nascimento da criança.

O médico da unidade entrará em contato pessoalmente com o gestor municipal para que este disponibilize 75 fichas espelho, necessárias para o registro e acompanhamento das crianças, bem como alimentação dos dados da planilha eletrônica de coleta de dados, a qual também foi disponibilizada pelo curso de especialização e auxiliará o médico no monitoramento de toda a intervenção.

Para realizar a organização do registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as crianças que vieram ao serviço nos últimos três meses e transcreverá todas as informações disponíveis para o prontuário e ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo da saúde da criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

A estruturação do acolhimento nesta UBS ocorrerá da seguinte forma: a técnica de enfermagem acolherá as crianças e seus responsáveis com consultas agendadas, verificará seus sinais vitais e dados antropométricos que serão encaminhados para o consultório, onde a criança será atendida pelo médico ou enfermeiro. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nas crianças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para as urgências. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana, assim bastará o ACS agendar a criança para um dos horários disponíveis, atendendo a necessidade dos pais e/ou responsáveis.

A equipe buscará durante a assistência e nas atividades em grupo esclarecer a comunidade sobre a importância da realização regular da puericultura e a facilidade de realizá-la na UBS e sobre a atenção prioritária às crianças de zero a 72 meses na UBS. Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade das duas igrejas da área de abrangência a fim de apresentarmos o projeto, esclarecendo a

importância da realização da puericultura. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação das crianças de zero a 72 meses e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Como a unidade não possui equipe de saúde bucal, o médico e a enfermeira avaliarão as condições de saúde bucal das crianças, orientarão os pais ou responsáveis sobre os cuidados com a higiene bucal e encaminhará as crianças que necessitam de avaliação com o odontólogo para a consulta com este profissional. A consulta deverá ser agendada pelos próprios pais ou responsáveis no prédio da Secretaria de Saúde, onde também ocorrerá o atendimento.

Para o monitoramento da ação programática, semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as crianças em atraso e já agendará a criança para um horário de conveniência para os responsáveis. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico que compartilhará os resultados com os profissionais durante a reunião de equipe.







### **3 Relatório da Intervenção**

Inicialmente, devo destacar que o projeto desta intervenção foi organizado para ser realizado em 16 semanas, no entanto, realizamos em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 5. A intervenção foi realizada no período entre 16 de fevereiro a 09 de junho de 2015, sendo que de 29 de abril a 28 de maio a intervenção foi pausada devido às férias do médico, visto que já não tínhamos mais enfermeiro e a unidade não ofereceu atendimento.

Depois de finalizar as 12 semanas mesmo com todas as dificuldades já pôde se observar uma mudança nas atividades semanais na ESF. Nos primeiros dias foi um pouco difícil iniciar a nova metodologia de trabalho, mas devagar conseguimos iniciar uma estratégia de trabalho para implementar as atividades planejadas com a população alvo.

Conseguimos desenvolver a maioria das ações planejadas, outras ações foram desenvolvidas parcialmente e uma pequena parte, lamentavelmente, não conseguimos realizar por muitas dificuldades que se apresentaram na trajetória do trabalho.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante as 12 semanas realizamos avaliações semanais dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, o que foi realizado com facilidade já que existe na unidade um sistema adequado de armazenamento de cada uma destas fichas. Além disto, conseguimos realizar busca ativa domiciliar das crianças entre zero e 72 meses que não haviam comparecido à consulta de puericultura, o

que foi realizado com o apoio das ACS. Vale salientar, que a comunidade resiste a realizar a primeira consulta de puericultura ainda nos sete primeiros dias de vida da criança, bem como a serem acompanhadas pela equipe da unidade básica de saúde, o que gerou algumas ausências no consultório.

No atendimento foram priorizadas as crianças com consultas e ou vacinas pendentes, o que foi informado à comunidade por meio de cartaz e nas atividades de sala de espera. Além disto, toda anormalidade encontrada durante a consulta foi salientada no prontuário e nos impressos utilizados para acompanhamento adequado da criança pela equipe.

As palestras que haviam sido programadas para realizar com a comunidade ocorreram com frequência na sala de espera, antes da consulta pré-natal e de puericultura. Enfrentamos algumas dificuldades que comprometeu a realização desta atividade, pois às vezes não tínhamos pessoas suficientes na unidade, entretanto conseguimos comunicar à boa parte da comunidade sobre nossa intervenção e sobre os cuidados com as crianças.

Conseguimos realizar apenas algumas reuniões com a equipe para discussão do caderno de atenção da saúde da criança, que foi impresso e ficou à disposição da equipe na unidade, entretanto tentamos organizar outras reuniões, mas a equipe foi convocada para realizar atividades extra-muros ou a mesma não estava completa, comprometendo a atividade.

Ainda na reunião, discutimos o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento no cartão da criança segundo os protocolos de atendimento da criança pelo Ministério da Saúde, a suplementação de sulfato ferroso, organizamos um protocolo para a realização das medidas e discutimos sobre a realização do teste do pezinho. Inclusive solicitamos os materiais para a realização o teste do pezinho na nossa unidade à gestão municipal logo no primeiro mês do projeto, mas não conseguimos nem uma resposta sobre tal solicitação.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dente as ações planejadas, não conseguimos executar algumas em decorrência, principalmente, da falta de material na unidade, da precária estrutura da unidade e falta de profissional na equipe. No início da intervenção, solicitamos, além do material para realização do teste do pezinho, solicitamos os materiais para a

realização das medidas antropométricas das crianças que até o momento da solicitude era inexistente, também solicitamos a disponibilização de vacinas em caixas térmicas durante alguns turnos, entretanto não obtivemos retorno da gestão municipal.

Ao que se refere à realização da triagem auditiva e disponibilização de medicamentos básicos na unidade, não conseguimos ofertar estes serviços, pois a unidade não possui condições físicas nem profissionais capacitados para tal por entanto a triagem auditiva é realizada no prédio central da secretaria de saúde e os medicamentos são adquiridos na farmácia central da secretaria de saúde. O atendimento odontológico também não foi ofertado, pois não existe equipe de saúde bucal na unidade e não conseguimos garantir o encaminhamento das crianças para outras unidades de saúde.

Ao longo da intervenção, tentamos agendar atividades educativas em grupo na escola da área, mas lamentavelmente por falta de organização com as escolas da área, falta de pessoal e de tempo não conseguimos realizar as atividades planejadas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A principal dificuldade encontrada para realizar o trabalho de coleta e sistematização de dados foi a falta de uma estrutura prévia, já que se trata de uma unidade nova em que não havia cadastros nem registros de usuários. Foi relativamente complicado iniciar um sistema de cadastramento, além disto, enfrentamos a constante mudança de funcionários que tinham acesso aos prontuários, nestas 12 semanas de intervenção passaram pela unidade três recepcionistas, dois enfermeiros e duas técnicas de enfermagem. Durante cada mudança de pessoal foram se perdendo prontuários e fichas de atendimento.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço evidentemente gerou um impacto positivo no atendimento e na qualidade da assistência prestada. Antes da incorporação destas ações existiram muitas tentativas para organizar o programa de atendimento para as crianças, mas

lamentavelmente o resultado não foi positivo como até agora, ainda existem muitas dificuldades que não foram superadas como a falta de estrutura adequada e a falta de funcionários permanentes, entretanto vamos fazendo o que é possível, incorporando aos poucos as ações em nossa rotina.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A equipe, no período de 16 de fevereiro a 09 de junho de 2015 (entre 29 de abril a 28 de maio a intervenção foi pausada devido às férias do médico, o que limitou a realização de várias ações), desenvolveu uma intervenção na ação programática saúde da criança com o objetivo de melhorar a assistência prestada às crianças de zero a 72 meses. O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 5. Entretanto mantivemos as metas estabelecidas no projeto, que previam a realização da intervenção em 16 semanas.

Os resultados obtidos com a intervenção, aplicando as atividades propostas durante as 12 semanas, são modestos, mas de efeito permanente para a comunidade. É evidente a mudança no entendimento da assistência às crianças menores de zero a 72 meses que anteriormente, lamentavelmente, era inexistente na unidade.

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

**Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde**

**Indicador 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde**

Inicialmente tínhamos como meta ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses para 75%(77). Durante os três meses, não conseguimos

atingir a meta proposta, porém o resultado foi favorável já que a proporção obtida em cada mês foi aumentando (Figura 01), no primeiro mês assistimos 12,6%(13) das crianças, no segundo mês foram 35% (36) e no terceiro mês conseguimos atingir 55,3%(57) das crianças de zero a 72 meses da nossa área de abrangência.

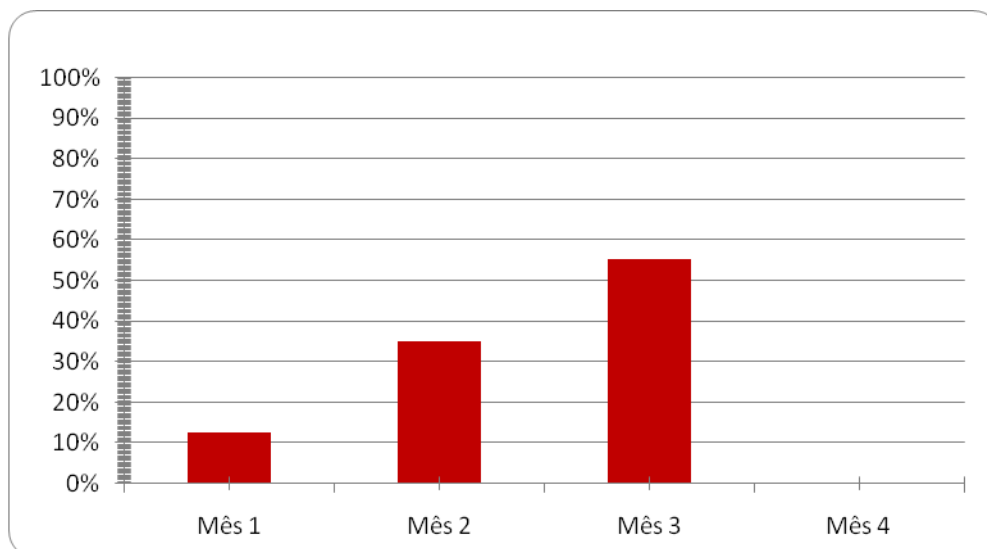


Figura 01: Gráfico indicativo da proporção da cobertura de crianças de zero a 72 meses inscritas no programa da ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Acredito que o principal fator que nos impediu de alcançar a meta foi a falta de organização deste tipo de serviço no município, já que tradicionalmente a atenção a criança é realizada exclusivamente nas consultas especializadas com o pediatra e a população tem dificuldade em aceitar que este atendimento seja realizado também pelo médico da ESF. Entretanto, penso que com a manutenção das ações conseguiremos captar um maior quantitativo de crianças da área.

## **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.**

**Indicador 2.1. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.**

O indicador da proporção de crianças com primeira consulta realizada na primeira semana de vida (Figura 02) também apresentou crescimento durante a intervenção, no primeiro mês nenhuma criança foi assistida na primeira semana de vida, no entanto conseguimos garantir no segundo mês que 11,1% (04) das crianças

assistidas tenham sido avaliadas durante a primeira semana de vida e 15,8% (09) no terceiro mês.

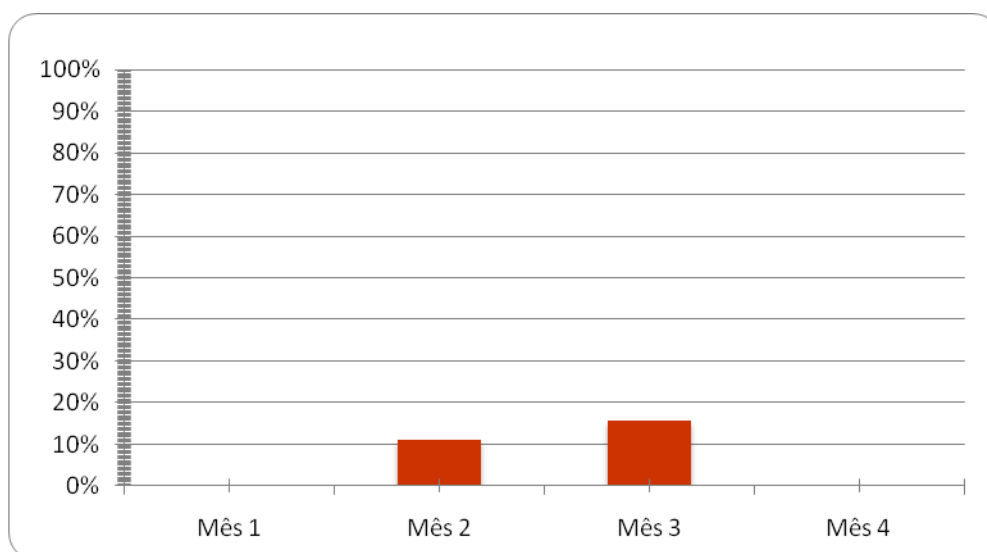


Figura 02: Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Da mesma forma que acredito que a tradição da comunidade em consultar suas crianças exclusivamente com pediatra prejudicou o alcance da meta de cobertura, creio que este mesmo fator nos impediu de realizar a primeira consulta da criança na sua primeira semana de vida. Além disto, como, na maioria das vezes, os pediatras não realizam o registro da assistência prestada na caderneta da criança, não tínhamos como coletar a informação sobre a realização ou não da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Atrelado a este fator, destaco que muitas vezes a comunidade deixou de procurar a unidade, por ser comunicada que o médico seria transferido para outro município, o que de fato ocorreria.

### **Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças**

**Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento**

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

**Indicador 2.3. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas**

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

**Indicador 2.4. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.**

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



### **Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento**

Durante a intervenção conseguimos garantir que todas as 57 (100%) crianças avaliadas na unidade tivessem seu crescimento e desenvolvimento monitorados na unidade. Desta forma, monitoramos no primeiro mês 13 (100%) crianças, no segundo mês 36 (100%) e no terceiro mês 57 (100%) crianças de zero a 72 meses da nossa área de abrangência. Creio que este resultado se deve, principalmente, ao fato de realizarmos este tipo de avaliação durante a consulta, que foi realizada por mim, médico da unidade. Além disto, foi incluída como rotina a avaliação de todas as medidas da criança e a observação do adequado método de amamentação.

Entre as crianças avaliadas apenas uma foi identificada com déficit de peso no segundo mês e duas no terceiro mês (Figura 03), todas elas tiveram seu peso monitorado rotineiramente e as mães orientadas sobre a amamentação correta. Durante os três meses não foi detectada crianças acima do peso.

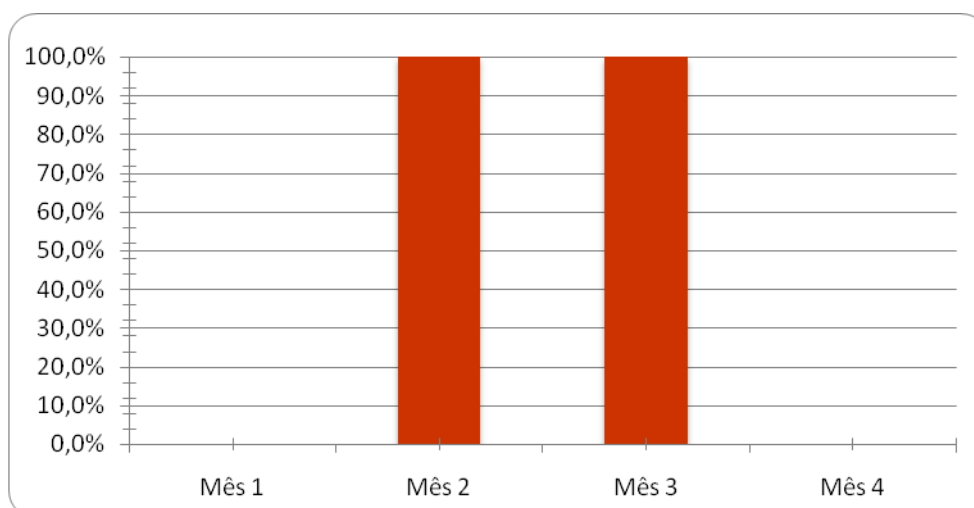


Figura 03: Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

#### **Indicador 2.6. Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade**

Embora a vacinação não seja realizada na nossa unidade, observamos que todas as crianças, desde o primeiro mês, estiveram com a vacinação em dia, conforme preconiza o Ministério da Saúde para cada idade. No primeiro mês 13

(100%) crianças de zero a 72 meses estavam com o calendário vacinal em dias, no segundo mês 36 (100%) e no terceiro mês 57 (100%).

Acredito que isto se deve principalmente ao fato da orientação que as mães recebem durante as consultas pré-natais e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Solicitamos à gestão a disponibilização de uma caixa térmica com as vacinas para a unidade, mas até então não obtivemos um retorno.

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

#### **Indicador 2.7. Proporção de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro**

A suplementação de ferro é preconizada para as crianças de seis a 24 meses, desta forma dentre as seis crianças nesta faixa etária que foram assistidas no primeiro mês da intervenção, 50% (03) receberam a suplementação de ferro, no segundo mês das 16 assistidas, 75% (12) receberam a referida suplementação e no terceiro mês das 24, 70,8% (17) tiveram a suplementação de ferro prescrita. Neste caso a prescrição do sulfato ferroso não foi realizada para todas as crianças, pois algumas não tinham indicação ainda para esta suplementação, o que sempre foi avaliado nas consultas posteriores.

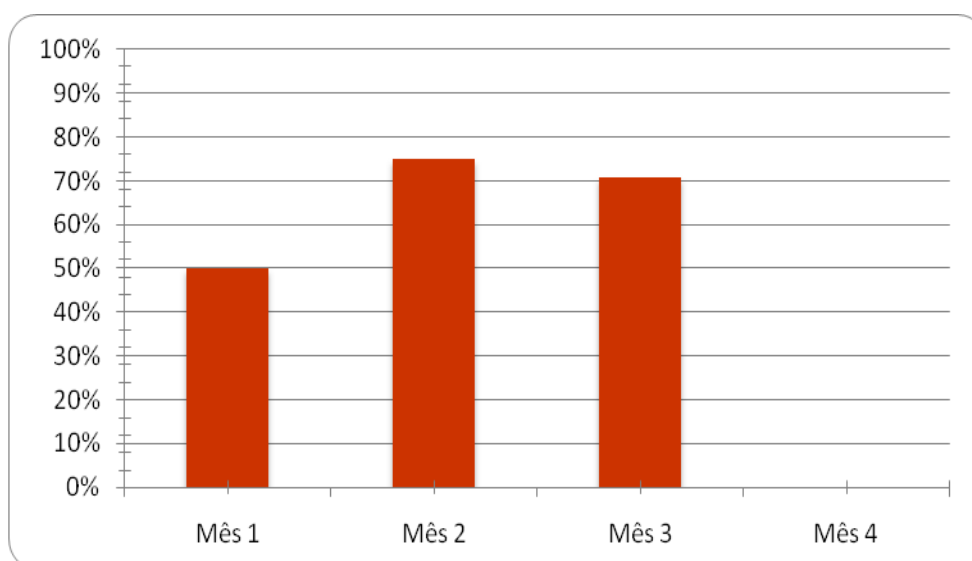


Figura 04: Gráfico indicativo da proporção de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro prescrita na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

**Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva**

A triagem auditiva não é realizada na nossa unidade de saúde, entretanto conseguimos garantir que 76,9%(10) das crianças assistidas no primeiro mês tenham realizado o exame (Figura 05). No segundo mês 91,7% (33) realizaram e no terceiro mês 94,7% (54) das crianças realizaram a triagem auditiva.

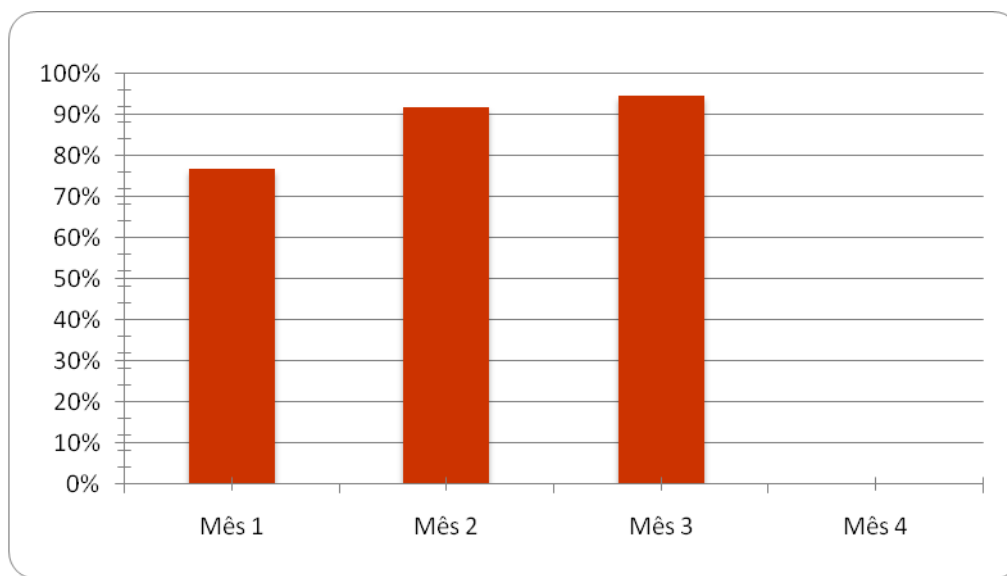


Figura 05: Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

**Indicador 2.9. Proporção de crianças com teste do pezinho até sete dias de vida**

Assim como a triagem auditiva, o teste do pezinho também não é realizado em nossa unidade, entretanto todas as crianças realizaram o referido exame até os sete dias de vida: no primeiro mês alcançamos 13 (100%) crianças de zero a 72 meses, no segundo mês, 36 (100%) e no terceiro mês 57 (100%) crianças. Acreditamos que este resultado se deva, principalmente, ao fato de que todas as crianças são atendidas no hospital municipal e já saem de lá com o agendamento do referido exame.

**Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis e 72 meses**

**Indicador 2.10. Proporção de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

**Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde**

**Indicador 2.11. Proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica**

As ações que envolvem a consulta odontológica foram de difícil realização já que este serviço não está disponível na unidade. Entretanto, avaliamos algumas crianças entre seis e 72 meses (Figura 06), de forma que no primeiro mês cinco das seis crianças nesta idade (83,3%) foram avaliadas; no segundo mês foram avaliadas 13 das 21 crianças (61,9%) e no terceiro mês 15 das 31 (48,4%).

Este decréscimo na avaliação das necessidades odontológicas foi decorrente da diminuição no número de vagas para a consulta com o cirurgião dentista. O serviço de odontologia para a nossa unidade é oferecido no prédio da Secretaria de Saúde, entretanto com a diminuição de vagas, a priorização do atendimento passou a ser pela necessidade de tratamento e ações curativas.

Atrelado a isto, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico não foi incluída na rotina da consulta realizada pelo médico da equipe, o que interferiu no resultado deste indicador.

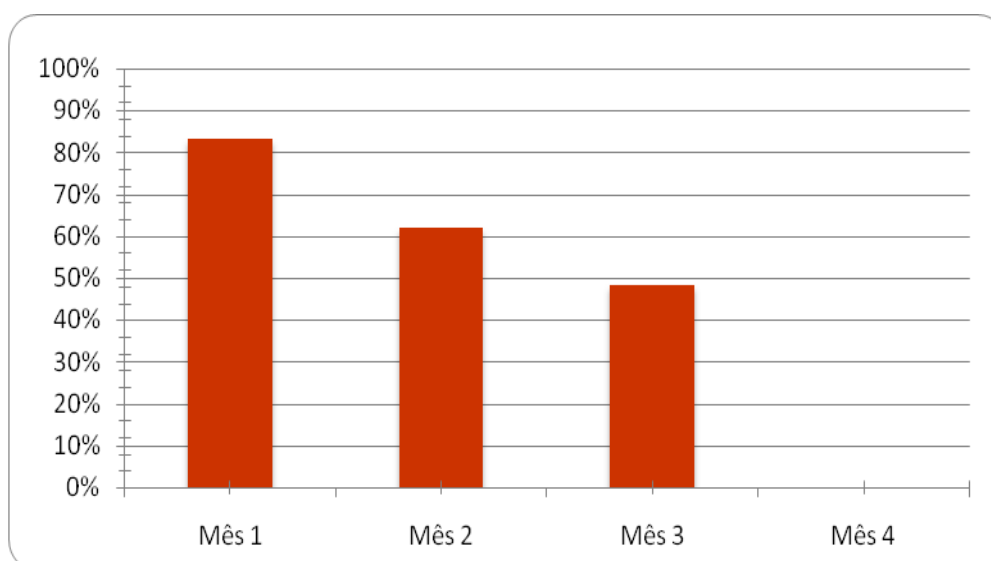


Figura 06: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Para garantirmos que estas crianças de seis a 72 meses realizassem a primeira consulta programáticas orientamos às mães o agendamento da consulta em outra unidade, destas apenas quatro (19%) foram avaliadas no segundo mês e sete (22,6%) no terceiro mês da intervenção (Figura 07).

Como mencionado anteriormente, a nossa unidade não possui serviço de odontologia e o local que atende os usuários da nossa área diminuiu a quantidade de atendimentos, em virtude do desligamento de um cirurgião dentista.

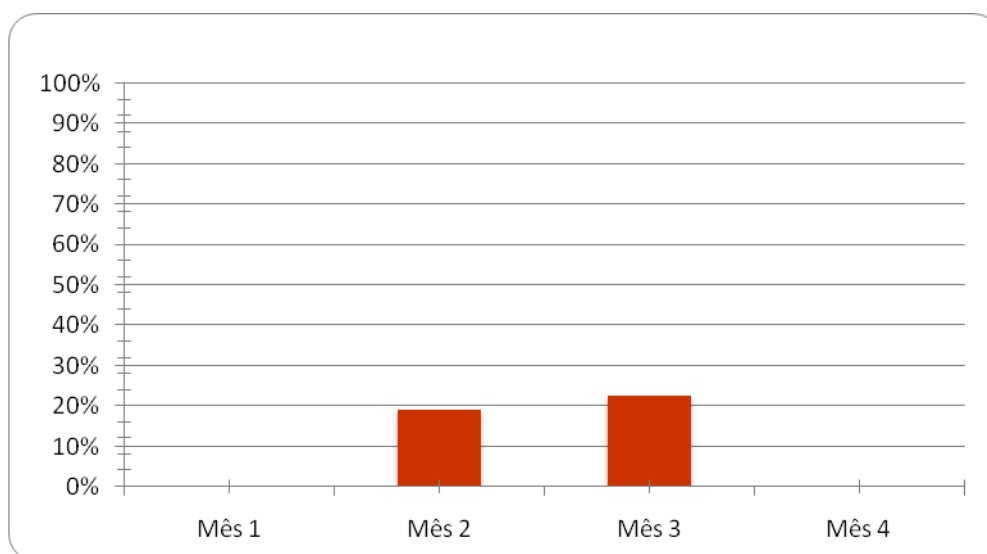


Figura 07: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e 72 meses com primeira consulta odontológica realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança**

#### **Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas**

#### **Indicador 3.1. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança**

Muitas das nossas crianças faltaram à consulta do programa de saúde à criança da unidade, entretanto, conseguimos garantir que a maioria fosse captada por meio da busca ativa, a qual foi realizada pelos ACS.

No primeiro mês foram 13 faltosos, sendo que realizamos a busca ativa para nove (69,2%) destas crianças; no segundo mês faltaram 13 crianças e realizamos a busca ativa para 11 (84,6%) e no terceiro mês das 12 faltosas, 10 (83,3%) tiveram a busca ativa realizada (Figura 08). Acredito que a grande quantidade de faltosos se deve ao fato das mães preferirem consultar suas crianças com o pediatra do município, o que é uma cultura no município, visto que as crianças não são

assistidas nas unidades de saúde. Entretanto, aos poucos temos conseguido conquistar estas mães que já levam seus filhos às consultas na unidade.

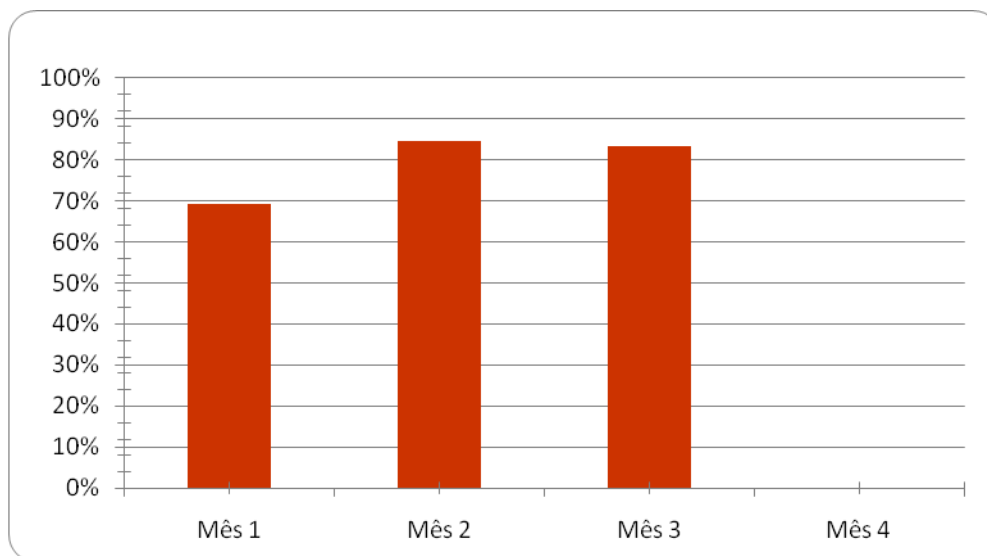


Figura 08: Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde à criança na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço**

##### **Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado**

Graças a utilização da ficha espelho e do monitoramento por meio da planilha de coleta de dados, conseguimos garantir que todas as 57 (100%) crianças assistidas na unidade tivessem seus registros atualizados. Desta forma, melhoramos o registro das informações de 13 (100%) crianças de zero a 72 meses no primeiro mês, 36 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês. Além da ficha espelho, utilizamos também o prontuário para registrar os achados clínicos de toda criança assistida na unidade.

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

**Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa**

##### **Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco**

Todas as 57 (100%) crianças assistidas tiveram a avaliação de risco realizada pela equipe de saúde. Ou seja, avaliamos o risco de 13 (100%) crianças de zero a 72 meses no primeiro mês, 36 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês. cremos que isto foi possível devido as capacitações realizadas com a equipe e a inclusão da avaliação de risco e de situações de acidente como rotina da consulta.

### **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**

**Indicador 6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância**

Todos os pais e responsáveis que foram à unidade de saúde receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância. Desta forma, orientamos no primeiro mês 13 (100%) pais ou responsáveis, no segundo mês 36 (100%) e no terceiro mês 57 (100%). Acredito que isto foi possível em decorrência das atividades educativas e salas de espera que realizamos nos dias de consulta à criança.

Além disto, durante a consulta tive o cuidado de informar a todos sobre como evitar os principais acidentes da infância.

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

**Indicador 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta**

No primeiro mês 61,5% (08) das crianças foram colocadas para mamar durante a primeira consulta na unidade, no segundo mês 55,6% (20) e no terceiro mês 61,4% (35) das crianças (Figura 09).

Enfrentamos dificuldade para colocar todas as crianças para mamar durante a consulta, pois em geral as mães já haviam levado suas crianças para o pediatra e quando compareciam a nossa unidade, já haviam incluído outros alimentos para a criança, justificando que não conseguiam amamentar a criança. Vale destacar, que isto ocorreu principalmente entre as crianças primogênicas e mães adolescentes.

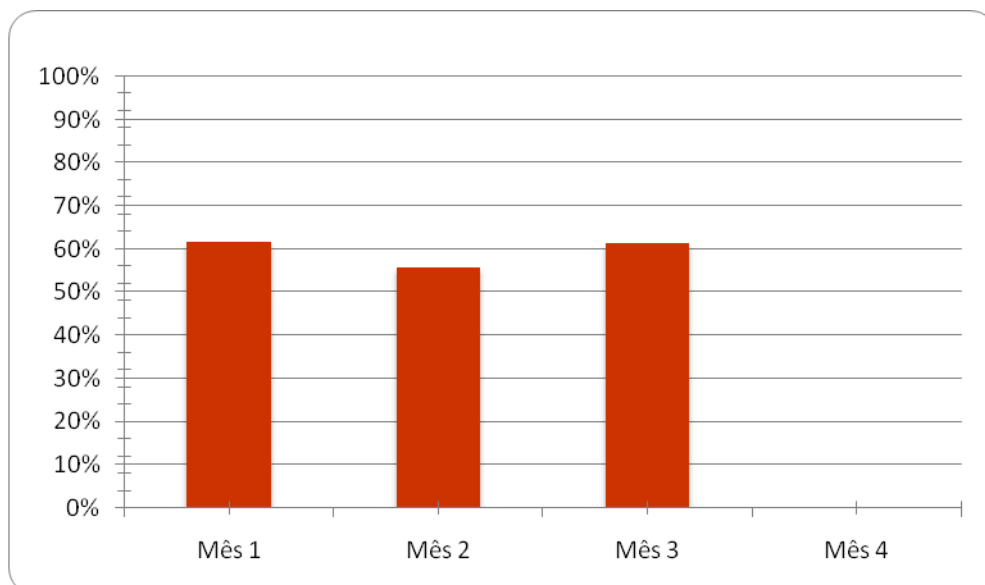


Figura 09: Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta realizada na ESF Vila Olimpo, Quaraí/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

**Indicador 6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária**

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

**Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária**

Por meio das consultas, das atividades de sala de espera e durante as visitas domiciliares realizadas pelas ACS conseguimos garantir a orientação de todas as mães sobre a alimentação da criança, atendendo a recomendação do Ministério da Saúde para cada faixa etária, e sobre a higiene bucal. Diante disto, no primeiro mês orientamos 13 (100%) mães e/ou responsáveis sobre a nutrição e higiene bucal da criança, no segundo mês forma 36 (100%) orientados e no terceiro mês 57 (100%) pessoas orientadas.

Acredito que a realização das capacitações com a equipe foi um dos principais fatores que contribuíram para o alcance da meta proposta.

Os resultados obtidos na intervenção demonstram, principalmente, que é possível realizar a implementação e organização das consultas para atenção de



crianças de zero a 72 meses numa unidade em que anteriormente não tinha o serviço implantado e em um município que tradicionalmente não existe este tipo de atendimento já que a organização do trabalho de saúde do município é diferente daquele proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Para a comunidade, a implementação desta assistência na unidade, significa mais aproximação e integralidade na assistência à família. Para o serviço e para os profissionais significa que a equipe pode propor objetivos e atingi-los, se realizarmos um trabalho adequado.

## **4.2 Discussão**

Depois de realizar a intervenção durante estas doze semanas na unidade em que atuo, posso afirmar que as ações executadas propiciaram a ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero a 72 meses; a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do atendimento das crianças na unidade de saúde; avaliação aprimorada do calendário vacinal; realização de exames complementares indicados pelo Ministério da Saúde; avaliação das medidas antropométricas e desenvolvimento psicomotor; avaliação da técnica de aleitamento materno ainda na primeira consulta; se informou aos responsáveis das crianças sobre os riscos de saúde e acidentes e se realizou atividades educativas com a comunidade para informar acerca da saúde das crianças e dos cuidados que estas precisam para ter uma infância saudável.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas aos cuidados voltados para as crianças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitárias de saúde nas reuniões da equipe, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas. Cada um foi responsável por determinada atividade durante a intervenção: as ACS realizaram a busca ativa das crianças que ainda não tinham realizado a sua consulta na unidade e apoiaram o médico e a técnica de enfermagem nas visitas domiciliares; a auxiliar de enfermagem auxiliou na organização das reuniões de equipe e atividades educativas, bem como na organização dos prontuários e fichas de atendimento

clínicos das crianças de zero a 72 meses; o médico realizou o atendimento às crianças, ajudou na organização das atividades em grupo, das reuniões de equipe e dos prontuários clínicos e fichas de atendimento.

Antes da intervenção as atividades de atenção as crianças de zero a 72 meses quase que não existiam em nossa unidade, já que estes usuários só consultavam com o pediatra. Com a intervenção se conseguiu dar início ao atendimento de puericultura na unidade de saúde e à cada semana aumentar o número de crianças atendidas. Além disso, se conseguiu integrar a equipe, principalmente nas reuniões e realização das atividades educativas, e melhorar o processo de trabalho da equipe. Hoje a assistência à criança já faz parte da rotina da unidade e todas elas possuem prontuário e fichas de atendimento na unidade de saúde.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade lentamente, mas a cada semana recebemos novas mães que levam suas crianças para consultar e já temos mães retornando para dar continuidade ao acompanhamento do desenvolvimento de seus filhos. Acredito que neste momento a prioridade no atendimento à criança em nossa unidade é de muita importância já que existe uma grande insatisfação da comunidade em relação ao atendimento pediátrico pela dificuldade de acesso a este tipo de consulta.

Ainda temos muito trabalho pela frente, mas pelo menos já iniciamos uma rotina de atendimento para as crianças na unidade de saúde. Se fossemos recomeçar a intervenção hoje, não mudaria em nada as ações executadas, pois podemos de fato perceber que agora a população tem um melhor conhecimento sobre o que é saúde e o que fazer para prevenir as doenças da infância.

A intervenção já está sendo incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção às crianças de zero a 72 meses. É claro que não é fácil desfazer a cultura da comunidade em só consultar suas crianças com o pediatra e trabalhar em uma unidade com poucos recursos materiais e humanos, entretanto vamos continuar realizando as atividades educativas para informar à população a importância das consultas de puericultura.

Nos próximos meses pretendemos continuar ampliando o número de atendimentos de crianças de zero a 72 meses e aumentar a frequência das educativas e das reuniões da equipe, assim como tentar organizar atividades nas

escolas. Esperamos que a gestão municipal de saúde busque melhorar as condições físicas da unidade e contratar novos profissionais, pois mesmo depois de dois anos de funcionamento, a unidade ainda é uma pequena sala de consulta com só três funcionários rotativos. Esperamos que se dê início ao atendimento odontológico e que um enfermeiro seja contratado para a equipe e que o ambiente seja reformado, para se garantir a qualidade do atendimento tanto para as crianças quanto para os outros usuários assistidos em nossa unidade.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

A proposta da intervenção surgiu a partir dos estudos realizados durante as atividades do Curso de Especialização da UFPel nas semanas de Análise Situacional onde se observou indicadores que caracterizavam a cobertura e a qualidade da assistência prestada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, gestantes, puérperas, idosos e crianças. Por meio desta análise observou-se deficiência no atendimento à criança, visto que este grupo não era acompanhado na unidade de saúde e se desconhecia as condições de saúde deste grupo em nossa área adstrita. Desta forma, a equipe optou por ter a atenção à saúde da criança de zero a 72 meses como foco para a intervenção.

A intervenção foi realizada durante três meses (16 de fevereiro a 09 de junho de 2015, sendo que de 29 de abril a 28 de maio a intervenção foi pausada devido às férias do médico, o que limitou a realização de várias ações) de trabalho, surgiu como demanda do Curso de Especialização em Saúde da Família e teve como objetivo melhorar o atendimento às crianças menores de seis anos da área adstrita da USF Vila Olimpo.

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, como a falta de materiais, falta de pessoal para a equipe e estrutura deficiente da unidade de saúde, a equipe obteve resultados satisfatórios com a intervenção e já se pode observar uma mudança no processo de trabalho da equipe e no atendimento realizado às crianças menores de seis anos da nossa área adstrita.

Das ações planejadas, conseguimos desenvolver a maioria delas, outras foram desenvolvidas parcialmente e uma pequena parte, lamentavelmente, não conseguimos realizar pelas dificuldades já citadas.

Com a intervenção ampliamos a cobertura da atenção a criança de 12% (03) para 55,3% (57) crianças. Entretanto, o principal fator que nos impediu de alcançar a meta de 75% estipulada com a intervenção foi a organização deste tipo de serviço no município, já que tradicionalmente a atenção a criança é realizada exclusivamente nas consultas especializadas com o pediatra e a população tem dificuldade em aceitar que este atendimento seja realizado também pelo médico da ESF. Entretanto, penso que com a manutenção das ações conseguiremos captar um maior quantitativo de crianças da área.

Durante as 12 semanas da intervenção realizamos avaliações semanais dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, o que foi realizado com facilidade já que existe na unidade um sistema adequado de armazenamento de cada uma destas fichas. Além disto, conseguimos realizar busca ativa domiciliar das crianças menores de seis anos que não haviam comparecido à consulta pediátrica, o que foi realizado com o apoio das ACS. Vale salientar, que a comunidade resiste à realizar a primeira consulta de pediatria ainda nos sete primeiros dias de vida da criança, o que gerou algumas ausências no consultório.

As palestras que haviam sido programadas para realizar com a comunidade ocorreram com frequência na sala de espera, antes da consulta pré-natal e de pediatria. Além disto, realizamos reuniões de equipe com o objetivo de discutir o Caderno de Atenção à Saúde da Criança, que embasou toda assistência prestada, e monitorar todas as ações que eram executadas semanalmente.

No primeiro mês da intervenção solicitamos à gestão municipal os materiais para a realização o teste do pezinho na nossa unidade e embora não tenhamos tido um retorno até o presente momento, esperamos uma resposta positiva depois da análise dos resultados presentes neste relatório. Da mesma forma solicitamos o fornecimento de imunobiológicos e dos materiais para a realização das medidas antropométricas, tão essenciais para a aferição adequada das medidas das crianças.

A principal dificuldade encontrada para realizar o trabalho de coleta e sistematização de dados foi a falta de uma estrutura prévia, já que se trata de uma unidade nova em que não havia cadastros nem registros de usuários. Foi relativamente complicado iniciar um sistema de cadastramento, além disto, enfrentamos a constante mudança de funcionários que tinham acesso aos prontuários, nestas 12 semanas de intervenção passaram pela unidade três

receptionistas, dois enfermeiros e duas técnicas de enfermagem. Durante cada mudança de pessoal foram se perdendo prontuários e fichas de atendimento. Diante disto, seria de extrema importância a permanência dos profissionais na unidade, o que proporciona o vínculo com a comunidade e diminui os erros na unidade, por isso pedimos aos gestores que avaliem a possibilidade de ampliar a equipe, conforme preconiza o Ministério da Saúde, e mantê-los em nossa unidade, que possui uma equipe incompleta.

Os resultados obtidos na intervenção demonstram, principalmente, que é possível realizar a implementação e organização das consultas para atenção de crianças menores de seis anos numa unidade em que anteriormente não tinha o serviço implantado e em um município que tradicionalmente não existe este tipo de atendimento já que a organização do trabalho de saúde do município é diferente daquele proposto pelo Ministério da Saúde.

A incorporação das ações da intervenção à rotina do serviço evidentemente gerou um impacto positivo no atendimento e na qualidade da assistência prestada. Antes da incorporação destas ações existiram muitas tentativas para organizar o programa de atendimento para as crianças, mas lamentavelmente o resultado não foi positivo como até agora. Ainda existem muitas dificuldades que não foram superadas como a falta de estrutura adequada e a falta de funcionários permanentes, entretanto vamos fazendo o que é possível, incorporando aos poucos as ações em nossa rotina. Diante disto, o apoio da gestão é fundamental para continuarmos melhorando o trabalho da equipe e ampliarmos a assistência tanto à criança quanto aos outros grupos populacionais assistidos na unidade.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A equipe da ESF Vila Olimpo fez um trabalho de intervenção durante três meses (16 de fevereiro a 09 de junho de 2015, sendo que de 29 de abril a 28 de maio a intervenção foi pausada devido às férias do médico, o que limitou a realização de várias ações) com o objetivo de melhorar o atendimento das crianças menores de seis anos em nossa unidade. Após este período podemos afirmar que os resultados obtidos são satisfatórios e já se pôde observar uma mudança nas atividades semanais na ESF em relação ao atendimento de crianças.

Antes da intervenção as atividades de atenção as crianças menores de seis anos eram inexistentes em nossa unidade, visto que as crianças do município são assistidas exclusivamente pelo pediatra do município. Com a intervenção se conseguiu dar início ao atendimento das crianças na nossa unidade e à cada semana aumentamos o número de crianças atendidas, de forma que no primeiro mês assistimos 13 crianças, no segundo 36 e no terceiro 57, sendo que prevíamos assistir 77 crianças do nosso território. Embora não tenhamos conseguido atingir a meta proposta, a equipe continua trabalhando para assistir todas as crianças de zero a 72 meses que estão cadastradas em nossa unidade.

Durante os três meses da intervenção realizamos avaliações semanais das crianças; registramos todas as informações observadas no atendimento e conseguimos realizar busca ativa em domicílio para as crianças menores de seis anos que não haviam comparecido à consulta, o que foi realizado com o apoio das ACS.

Percebemos que ainda existe uma resistência por parte da comunidade para realizar a primeira consulta de pediatria ainda nos sete primeiros dias de vida da criança, o que gerou algumas ausências no consultório. Entretanto, gostaria de pontuar aqui a importância da avaliação da criança ainda nos primeiros sete dias de vida: neste período é possível avaliar a amamentação, o crescimento e desenvolvimento da criança e a presença de doenças que possam desencadear ao longo de sua vida complicações e limitações. Desta forma, esperamos contar com o apoio da comunidade para sensibilizar a todos para este momento tão essencial para a criança quanto para seus responsáveis.

No atendimento foram priorizadas as crianças com consultas e ou vacinas pendentes, o que foi informado à comunidade por meio de cartaz e nas atividades de sala de espera. Além disto, toda anormalidade encontrada durante a consulta foi salientada no prontuário e nos impressos utilizados para acompanhamento adequado da criança pela equipe.

As palestras que haviam sido programadas para realizar com a comunidade ocorreram com frequência na sala de espera, antes da consulta pré-natal e de pediatria. Enfrentamos algumas dificuldades que comprometeu a realização desta atividade, pois às vezes não tínhamos pessoas suficientes na unidade, entretanto conseguimos comunicar à boa parte da comunidade sobre nossa intervenção e sobre os cuidados com as crianças. Contudo, é muito importante que a comunidade se faça presente nestes momentos de atividades educativas, pois podemos trocar informações sobre o cuidado à criança, bem como, vocês podem sugerir à equipe melhorias no atendimento.

Dentre as ações planejadas, não conseguimos executar algumas em decorrência, principalmente da falta de material na unidade, da precária estrutura da unidade e falta de profissional na equipe. No início da intervenção, solicitamos material para realização do teste do pezinho, vacinação na unidade e aferição das medidas da criança, o que até o momento não tivemos um retorno da gestão. Diante disto, acreditamos que é importante a comunidade se fazer presente nas atividades da unidade e das reuniões do Conselho Municipal, a fim de apresentar à gestão suas necessidades e possibilidades de resolução.

A principal dificuldade encontrada para realizar o trabalho de coleta e sistematização de dados foi a falta de uma estrutura prévia, já que se trata de uma unidade nova em que não havia cadastros nem registros de usuários. Foi



relativamente complicado iniciar um sistema de cadastramento, além disto, enfrentamos a constante mudança de funcionários que tinham acesso aos prontuários. Nestes três meses de intervenção passaram pela unidade três recepcionistas, dois enfermeiros e duas técnicas de enfermagem. Durante cada mudança de pessoal foram se perdendo prontuários e fichas de atendimento.

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço evidentemente gerou um impacto positivo no atendimento e na qualidade da assistência prestada. Antes da incorporação destas ações existiram muitas tentativas para organizar o programa de atendimento para as crianças, mas lamentavelmente o resultado não foi positivo como até agora, ainda existem muitas dificuldades que não foram superadas como a falta de estrutura adequada e a falta de funcionários permanentes, entretanto vamos fazendo o que é possível, incorporando aos poucos as ações em nossa rotina.

Os resultados obtidos na intervenção demonstram, principalmente, que é possível realizar a implementação e organização das consultas para atenção de crianças menores de seis anos numa unidade em que anteriormente não tinha o serviço implantado e em um município que tradicionalmente não existe este tipo de atendimento já que a organização do trabalho de saúde do município é diferente daquele proposto pelo Ministério da Saúde.

Para a comunidade, a implementação desta assistência na unidade, significa mais aproximação e integralidade na assistência à família. Para o serviço e para os profissionais significa que a equipe pode propor objetivos e atingi-los, se realizarmos um trabalho adequado junto com a gestão municipal e a secretaria municipal de saúde.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Durante o curso pude vivenciar diversas experiências, anteriormente desconhecidas por mim. Aprendi a importância da comunicação entre os médicos generalistas e os especialistas, que vivenciei no fórum de clínica, para discutir casos clínicos e doenças raras que se apresentam em nossa rotina. Através destas discussões pude discutir ideias e melhorar o atendimento aos nossos usuários.

Gostei muito da leitura dos textos de medicina do autor *Kurt Kloetzel*, nos quais ele relata a importante tarefa de se escutar o usuário, conhecer a realidade dele, realizar um completo exame físico para um diagnóstico acertado e distinguir o que é normal e patológico. O ponto de encontro foi de muita importância para ler e conhecer as vivências dos outros médicos nas outras cidades e ainda, mesmo sem participar muito do fórum, consegui ler, conhecer e observar o impacto das atividades propostas pelo curso na unidade dos outros colegas de curso.

Ao que se refere à intervenção, depois de ter trabalhado durante as doze semanas para melhorar ou iniciar o atendimento das crianças na ESF, acredito que podem existir mudanças na atenção das ações programáticas desenvolvidas na unidade. Entretanto, para o município onde estou trabalhando é uma meta um pouco difícil de atingir já que existem obstáculos sociais, políticos, econômicos e administrativos que atrapalham e entorpecem as tentativas deste tipo para a melhoria da atenção. No meu caso foi ainda mais difícil, já que, lamentavelmente, as autoridades municipais de saúde estão completamente descontentes com a minha presença como médicos neste município, tentando inclusive solicitar ao Programa Mais Médicos a minha transferência.

A falta de estrutura, suplementos e pessoal atingiu muito as metas planejadas. Depois de já ter trabalhado em outros lugares, onde existiam maiores dificuldades econômicas, sociais e estruturais, como Haiti, onde praticamente não existem condições adequadas de saúde para tentar realizar este tipo de atendimento, posso afirmar que o apoio das autoridades e a adesão da população são essenciais para se realizar um atendimento de forma planejada para a população. Diante disto, posso afirmar que as barreiras políticas existentes no município de escassa população, como este, impedem o desenvolvimento de ações mais efetivas.

No município predomina um ambiente de nepotismo e favoritismo, com conflito de interesses, no qual os médicos e os seus familiares são os que escolhem o destino administrativo da saúde da população.

Se a unidade contasse com uma equipe completa com certeza teríamos desenvolvido um melhor trabalho e atingiríamos as metas propostas. Ao final do trabalho desenvolvido chego à conclusão que dando continuidade ao trabalho desenvolvido, a atenção à criança vai estar bem mais estruturada, para que outros profissionais possam dar continuidade, mas também fico com as minhas dúvidas em relação ao futuro da unidade, já que depois de conseguir bons resultados com a intervenção, na semana passada recebemos a notícia que duas micro-áreas serão removidas para outra unidade e que os usuários serão atendidos pelos diferentes médicos que atendem no prédio da secretaria municipal de saúde. Ainda assim quero continuar sendo otimista e pensar que podemos obter melhores resultados se continuar o trabalho com a equipe.

Depois de ter passado pelo curso de especialização posso dizer que não é um curso comum como outro qualquer, já que neste conseguimos estabelecer a relação teoria e prática, o que nos proporciona reflexão da nossa prática e mudança da mesma.

## Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

MILTON MENEZES DA COSTA NETO, ORG. **A implantação da Unidade de saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44f.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

MILTON MENEZES DA COSTA NETO, ORG. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 16 p.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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


Prezada Pesquisadora;

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

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## Anexo C-Ficha espelho



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: _____		<b>Outra:</b> Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	VPO Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____				<b>Outra:</b> Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
			Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____				<b>Outra:</b> Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____