

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS José  
Salomão Profilurb, Rio Grande/RS**

**Rafaela Arrue Webster**

**Pelotas, 2015**

**Rafaela Arrue Webster**

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS**

**José Salomão Profilurb, Rio Grande/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: Denise Bermudez Pereira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

W377q Webster, Rafaela Arrué

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses na UBS José Salomão Profillurb, Rio Grande/RS / Rafaela Arrué Webster; Denise Bermudez Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Pereira, Denise Bermudez, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha filha, Marina, fonte de toda inspiração para que esse trabalho fosse realizado. À minha mãe, Lucianne, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

## **Agradecimentos**

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste projeto se tornasse possível:

A Deus, por acreditar que nossa existência pressupõe outra infinitamente superior, e por me permitir o amadurecimento, pessoal e profissional, durante essa jornada.

A minha filha, Marina, por acrescentar razão e beleza aos meus dias. Por me conceder forças para seguir adiante com alegria e foco para transgredir os desafios. Hoje, contigo ao meu lado, não conheço mais o significado da palavra impossível.

Aos meus pais, Wellington e Lucianne, por todo apoio, desde o início da minha graduação e que se mantém incondicional até hoje. Nunca mediram esforços para que eu pudesse sonhar e alcançar meus objetivos.

A minha professora orientadora, MS Denise Bermudez Pereira, por todo auxílio, pela disponibilidade e pela dedicação incansável para concluirmos esse projeto.

Ao Daniel, eu tenho muito a agradecer. Obrigada por todo o zelo e cuidado durante essa nossa nova fase, obrigada pelos teus olhos emocionados com a notícia da chegada da Marina, obrigada por tua paciência com minhas oscilações de humor, e principalmente, obrigada por ter me dado o presente mais lindo da minha vida, sem a qual este trabalho não se concretizaria

A cidade do Rio Grande/RS, em sua excelência, que me proporcionou tantos presentes. A graduação em medicina, o primeiro deles.

## Resumo

ARRUE WEBSTER, Rafaela. **Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na UBS José Salomão Profilurb, Rio Grande/RS. 2015.** 93f. 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.

Este volume objetiva elucidar o resultado do trabalho desenvolvido junto ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O mesmo foi elaborado no período de 2014 e 2015 e a intervenção à qualificação da Atenção à Saúde da Criança ocorreu na UBS José Salomão Profilurb, em Rio Grande/RS, tendo como objetivo qualificar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses de idade. Teve ainda como objetivos ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento às crianças, melhorar a adesão ao programa e a qualidade dos registros das informações, avaliar crianças de risco e promover à saúde para estes usuários e seus familiares. A intervenção teve a duração de doze semanas. Para o desenvolvimento deste trabalho foi necessária uma reestruturação do processo de trabalho. A equipe foi capacitada para realizar o cuidado conforme o preconizado pelo Protocolo do Ministério da Saúde que foi adotado: Caderno de Atenção Básica número 33. O processo de trabalho foi organizado de forma a facilitar o acesso das crianças, em especial às crianças de risco. Adotou-se fichas-espelho para a qualificação dos registros, de forma a garantir informações adequadas e monitorar o programa. Enfrentou-se, como principal dificuldade, o pouco engajamento da equipe na intervenção. A troca de UBS no decorrer do curso resultando na minha chegada a esse novo serviço pode ter contribuído para esse fato. Ações de promoção à saúde foram realizadas, como a orientação sobre alimentação saudável e adequada para a idade, realização do teste do pezinho antes dos 7 dias de vida e todas as rotinas de puericultura. O engajamento público foi reforçado por conversas durante as consultas e divulgação do trabalho pelas Agentes Comunitárias de Saúde, para sensibilizá-los sobre a importância das ações que seriam desenvolvidas, bem como os motivos da priorização do cuidado à criança. O grupo de promoção à saúde também contribuiu na divulgação do trabalho. Foi possível, com a intervenção, cadastrar 55 crianças no programa, sendo que na área há 131 crianças estimadas na faixa etária, onde alcançou-se 42% de cobertura. Realizou-se consultas com avaliação do desenvolvimento físico e psicomotor, consultas odontológicas, bem como imunizações, teste do pezinho, orelhinha e olho, administração de suplementos vitamínicos, orientações nutricionais, prevenção de acidentes na infância, orientações em geral e seguimento do cuidado em puericultura. Assim, conclui-se que a intervenção beneficiou as crianças e seus familiares, pois ofereceu-se um cuidado de qualidade baseado nos protocolos oficiais. Propiciou ainda uma reorganização da atenção à saúde das crianças inscritas no programa, com registros adequados e monitoramento. Porém, ainda há muito para avançar na qualificação do serviço, mas a partir dos resultados obtidos neste trabalho, a equipe poderá continuar em busca de melhorias no cuidado em puericultura.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da proporção de crianças entre 0-72 meses inscritas no programa da UBS, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	62
Figura 2	Gráfico da proporção de crianças entre 6-72 meses inscritas no programa da UBS, com primeira consulta odontológica programática, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	63
Figura 3	Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	64
Figura 4	Gráfico da proporção de crianças entre 6-24 meses com suplementação de ferro, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	67
Figura 5	Gráfico da proporção de crianças com triagem auditiva, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	68
Figura 6	Gráfico da proporção de crianças entre 6-72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	69
Figura 7	Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	70
Figura 8	Gráfico da proporção de crianças com avaliação de risco, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	71
Figura 9	Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	72
Figura 10	Gráfico da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	73
Figura 11	Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS	74

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção .....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4 Avaliação da intervenção .....	61
4.1 Resultados .....	61
4.2 Discussão.....	74
5 Relatório da intervenção para gestores .....	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	86
Referências .....	88
Anexos .....	89

## **Apresentação**

O presente trabalho acadêmico teve como objetivo qualificar a atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS José Salomão Profilurb, em Rio Grande/RS.

O volume foi organizado em sete capítulos, que correspondem às unidades propostas no Curso de Especialização em Saúde da Família. O primeiro capítulo é composto pelo Relatório da Análise Situacional, uma abordagem sobre os aspectos gerais da UBS, como estrutura física, composição e funções da equipe de saúde, programas e ações desenvolvidas pela equipe, materiais, insumos e medicamentos disponíveis, situação de saúde da área assistida pela UBS e do município como um todo.

O segundo capítulo contempla a Análise Estratégica, onde se insere o Projeto de Intervenção, baseado no protocolo do Ministério da Saúde “Caderno de Atenção Básica 33– Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento” (MS, 2012). Apresenta os objetivos, as metas, os indicadores, a logística e as ações propostas pelo trabalho, finalizando com o cronograma de atividades proposto.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção – abordando que aspectos previstos foram cumpridos ou não e porquê, explanando ainda a coleta e sistematização dos dados além de uma análise quanto à inserção das ações desenvolvidas na realidade do serviço de saúde e sua viabilidade.

O quarto capítulo traz os Resultados da Intervenção e a Discussão dos mesmos.

No quinto e sexto capítulos apresentam-se dois relatórios, um dirigido aos Gestores Municipais e outro à Comunidade.

O último capítulo finaliza o trabalho com uma reflexão crítica e pessoal sobre a intervenção desenvolvida e suas repercussões para a comunidade assistida, para a equipe de saúde e para a experiência profissional dos envolvidos.

## **1 Análise Situacional**

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

Enfim, retornei de minha licença maternidade e como surpresa recebo a notícia de que teria que trocar de Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando iniciei no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em março de 2014, na Turma 6, fui alocada na UBS Aeroporto, onde atuei pelo período de três meses. No meu retorno, cheguei a trabalhar uma semana na mesma unidade que iniciei o programa, mas comecei no dia 10/11/2014 na nova UBS.

Estou, atualmente, na UBS José Salomão-Profilurb, unidade mista. Serei a médica responsável pela área 11. Nessa unidade contamos com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Durante o dia funciona como ESF e a noite possui regime de plantão. Como todo local, tem suas particularidades, tem seus pontos positivos e negativos. Achei que o fato da unidade ser mista seria algo a atrapalhar e, de fato, atrapalha. Principalmente em função de vários profissionais atuarem no mesmo local e movimentarem os prontuários dos usuários, o que por vezes desorganiza o material de trabalho.

Na unidade funcionam duas equipes de ESF, equipe da área 10 e da área 11 do município. Ambas equipes contam com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também contamos com um dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Na unidade não existe equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ali alocada; no entanto, uma vez na semana temos ou o psicólogo ou a nutricionista ou assistente social atendendo os casos matriciados na unidade.

No passado a unidade mantinha em funcionamento o Conselho Local de Saúde, atualmente desativado. Houveram diversas tentativas de fazê-lo voltar à

ativa, porém sem sucesso. Não souberam me explicar bem os motivos, por enquanto.

A minha equipe parece ser bem tranquila, vejo na minha enfermeira uma enorme vocação para aquilo que faz e uma grande vontade de melhorar a vida de seus usuários. O técnico de enfermagem é um excelente profissional, muito competente, com anos de experiência e assim também foi a impressão que tive das ACS, muito competentes. Fui muito bem recebida por eles, percebo uma expectativa bem intensa com vistas a conseguir voltar a funcionar como há alguns anos atrás, quando o médico da equipe era um profissional com formação em saúde da família.

Quanto aos usuários, achei que a demanda de acolhimento seria muito mais intensa em função disso, mas não. Mantém um padrão normal de movimento durante o dia. Pensei também que os usuários tivessem dificuldade para compreender a função de a unidade funcionar de maneira mista, porém também não tem sido problema. Em sua maioria, conseguem diferenciar bem essa questão.

Assumi esse serviço devido ao fato de uma não renovação de contrato. A unidade chegou a ficar dois meses sem médico em uma das equipes. Com minha chegada, senti na maioria dos usuários, uma sensação de alívio. Apesar de o funcionamento da UBS não estar bem adequado ao que preconiza a ESF, acredito que seja possível realizar esse trabalho com os usuários e equipe, colocando as coisas “mais nos eixos” conforme o recomendado. Talvez por essa comunidade ser um pouco menos privilegiada, falando em termos socioeconômicos, do que a comunidade da UBS onde comecei, percebo uma maior abertura na relação médico-usuários e maior credibilidade dada pela comunidade ao papel do médico e suas condutas.

De maneira geral fiquei com uma boa impressão do local e tenho fé que conseguirei, junto à toda equipe, realizar um bom trabalho.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município onde o PROVAB me alocou foi Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul. Cidade com cerca de 200 mil habitantes, de colonização predominantemente portuguesa e espanhola. Marca atualmente no município a ascensão do polo naval, havendo muitas migrações devido a demanda de mão de obra. Isso reflete automaticamente na questão saúde, no que se refere a

superlotação em que se encontram todos os serviços de saúde, desde a atenção básica até o nível secundário.

O município de Rio Grande conta, atualmente, com nove UBS que atuam no modelo tradicional e 36 equipes no modelo ESF. Existe NASF no município, sendo a equipe composta pelos seguintes profissionais: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e assistente social. Porém, nossa UBS não conta com o apoio de tal equipe diariamente. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) não existe ainda no município. No entanto algumas UBS contam com atendimento odontológico.

Em relação ao fluxo para o serviço especializado, quando a demanda do usuário não pode ser resolvida na atenção básica, o mesmo é referenciado ao especialista que se faça necessário, sendo essa consulta mediada pela Secretaria de Saúde do município. Quanto ao tempo de espera, para algumas especialidades leva cerca de dois meses, como é o caso de traumatologia e cardiologia. Entretanto, para reumatologia e oftalmologia, pode haver espera de até dois anos para consulta. Quanto ao nível hospitalar, o município dispõe de dois hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a Santa Casa possui unidade exclusiva para atendimento cardiológico. A cidade conta também com o hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), onde existe a maior parte dos atendimentos especializados. Quanto à questão da realização de exames, para teste de laboratório e raios x, é possível realizar de forma rápida, às vezes na mesma semana. Já um ultrassom ou outros exames mais complexos, existe uma espera de cerca de três meses para conseguir realizar.

Como apontado no texto inicial, iniciei minhas atividades na UBS José Salomão Profilurb em novembro de 2014, quando do retorno da licença maternidade. Nesta UBS onde sou a médica da equipe 11, funciona o regime misto, com duas equipes de ESF que atuam durante o dia, de segunda a sexta feira, nos turnos da manhã e tarde, sendo que todas as noites e finais de semana a mesma UBS oferece atendimento à comunidade no regime de plantões.

A UBS está localizada na zona urbana do município, no bairro Profilurb e faz parte da rede municipal de saúde. Não possui vínculo com instituições de ensino. Na ESF, somos duas equipes, áreas 10 e 11, cada qual composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro ACS. Também contamos com um dentista e uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) vinculada a ESF, porém

pertencem a equipe da área 10. Na verdade, acredito que seja apenas por questão burocrática das equipes, pois atendem toda população do bairro. Na unidade não existe equipe de NASF ali alocada, no entanto, uma vez na semana temos ou o psicólogo ou nutricionista ou assistente social atendendo os casos matriciados pelo serviço.

Atualmente, em função da grande migração e aumento populacional da cidade do Rio Grande devido ao polo naval, estamos com uma equipe a menos do que seria ideal para atender toda demanda da unidade. Além disso, encontramos grande dificuldade em atender a todos, visto que não possuímos um mapeamento detalhado devido as migrações e posses de terrenos/casas dentro do bairro. Existem diversas microáreas descobertas, tanto pelo número pequeno de ACS quanto pela dificuldade de mapear os novos moradores.

No passado a unidade mantinha em funcionamento o Conselho Local de Saúde, atualmente desativado. Houve diversas tentativas de fazê-lo voltar à ativa, porém sem sucesso.

No que tange a estrutura física da UBS, pode afirmar que é boa. O prédio foi construído para ser UBS, porém sua organização é característica de unidade de pronto atendimento e não ESF. As salas são amplas e arejadas, tem acesso a cadeirantes, o espaço é adequado para duas equipes e mais as equipes do plantão. As deficiências do prédio que mais atrapalham a rotina são a falta de local para armazenar alguns materiais maiores, como bicicletas. Na realidade, espaço existe de sobra, a questão é mais de organização mesmo.

Além disso, por ser mista, tem uma estrutura física diferente do que propõe o manual do Ministério da Saúde. Possui recepção fechada, separada do hall de entrada por uma porta de vidro. Existem quatro consultórios: um dentário, uma sala de curativos, uma sala de urgência e uma de observação. Dois dos consultórios e o consultório do dentista possuem entrada pelo lado externo, onde há um corredor para os usuários aguardarem as consultas. Externo, em termos, pois fica dentro da UBS, mas não é necessário entrar pela observação onde fica o restante da equipe. Esses mesmos consultórios possuem portas para o lado externo e interno, assim podemos circular para ambos os lados. As outras salas de atendimento e os outros dois consultórios se localizam na parte interna, onde o usuário precisa passar pelas salas de observação e procedimento até chegar no consultório. Essas são as salas usadas pela enfermagem. Além disso, temos a sala de vacinas, que também fica do

lado externo, e dois banheiros para os usuários. Na parte interna, além das salas já citadas, temos a cozinha/copa, banheiros para os funcionários, farmácia e os quartos dos plantonistas.

Apontando as atribuições das equipes, a maior dificuldade está em estabelecer o papel de cada profissional na dinâmica de trabalho. Existe uma grande resistência da parte da enfermagem em atender a demanda espontânea, realizando o acolhimento. Na realidade isso acontece com a enfermeira da outra equipe, no entanto como não se separam os acolhimentos por área, o fato acaba prejudicando a unidade como um todo, pois as reclamações vêm das duas pontas. Tanto os técnicos de enfermagem, dizendo que não tem respaldo para trabalhar, quanto os médicos, que não aceitam atender casos que não seriam para eles. Outra questão que tem atrapalhado bastante é a falta de ACS. No momento estamos com quatro na equipe que trabalho e duas na outra. Isso torna muito complicado fazer, efetivamente, saúde da família, pois existem muitos usuários não cadastrados, que temos que atender, mas não temos informações sobre eles. Essa realidade acaba dando força para a principal reivindicação da população, que deseja que a unidade se torne apenas pronto atendimento 24h e não mais ESF, pois como não estamos conseguindo atender toda a demanda conforme deveríamos, muitos vêm à noite, no plantão, para receber o atendimento que desejam.

A população adstrita na área é de cerca de 9 mil habitantes, sendo a maioria composta por idosos, na faixa etária entre 50-65 anos. Avalio a estrutura do serviço, bem como o quantitativo de equipes, suficiente para dar conta da população, apesar do aumento de posses em terrenos do bairro, essa demanda vem crescendo, mas a equipe técnica consegue dar um bom atendimento ao volume de usuários que procuram a unidade. Entretanto o que se necessita com urgência é o número adequado de ACS para compor corretamente o quadro das equipes.

Acredito que em minha UBS a demanda espontânea, que é atendida no que denominamos de acolhimento, é recebida como deveria ser, apesar de a população ainda ter a mentalidade centrada no atendimento médico e acabar sempre solicitando ser atendida pelo médico uma vez realizado o acolhimento. Os usuários que chegam ao serviço por demanda espontânea são acolhidos, geralmente, pelos técnicos em enfermagem; caso seja necessário, encaminham para um dos enfermeiros e, se este julgar a queixa importante, que necessite de atendimento médico imediato, o usuário será então encaminhado para o médico. Normalmente

são realizados em torno de vinte acolhimentos por turno e eu geralmente acabo atendendo, no máximo, cinco destes usuários. A maioria das pessoas busca mais orientações do que realmente propedêutica-diagnóstico-tratamento médico.

Creio que a puericultura seja um dos pontos mais importantes que trabalhamos dentro de uma UBS, pois estamos interferindo diretamente na formação dos novos habitantes do nosso país. Sendo assim, temos a capacidade de ajudar a formar seres bem nutridos, com melhor nível intelectual, pelo simples fato de estimular, por exemplo, o aleitamento materno. Temos na mão uma ferramenta capaz de contribuir para um país melhor, com uma conduta relativamente simples. Isso é fantástico, na minha opinião.

Na UBS, os índices de cobertura são pequenos, em torno de 40% das crianças da área realizam acompanhamento adequado, pois os pais não aderem bem a ideia de levar as crianças todos os meses nas consultas, estando saudáveis. Menor ainda é o número de lactentes que vai à unidade realizar a revisão até a primeira semana de vida. Desde que cheguei, tenho tentado ver esses recém-nascidos quando vem para coletar o teste do pezinho, mas nem sempre é possível. Vejo que, em geral, as mães não atrasam as vacinas, mesmo por que existe também esse estímulo pelo benefício do programa bolsa-família.

É priorizado o atendimento médico de todas as crianças menores de um ano e aquelas até dois anos também, com o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento, bem como ofertar orientações quanto a alimentação, suplementação adequada de sulfato ferroso e vitamina D, imunizações, prevenção de acidentes, etc. As crianças de dois a cinco anos têm sua puericultura realizada pela enfermeira e no caso de sobrar horário na minha agenda, também atendo essa faixa etária.

A maioria dos colegas baseia suas condutas nos protocolos do MS, apenas a médica da outra equipe que tem um pouco de resistência em aderir às rotinas, pois trabalhou muito tempo como plantonista em urgência e emergência, então tem uma tendência a tomar suas condutas com mais autonomia e empirismo. A forma de registro utilizada é o prontuário do usuário, que é único tanto para atendimento médico como odontológico. Ações de promoção à saúde são realizadas principalmente pela equipe de saúde bucal, realizando visitas nas escolas e passando orientações sobre cuidados e higiene bucal.



Imaginei que, sendo a consulta de puericultura conduzida pelo médico da unidade, haveria maior participação da comunidade, mas não foi o aconteceu. Percebo, na maioria dos pais, uma grande falta de compromisso. Estou na tentativa de modificar isso através de busca ativa e de maior número de visitas das ACS às famílias com crianças na faixa etária.

Tenho como objetivo formar um grupo de amamentação dentro da UBS e vejo esse como um ponto chave para melhorar tanto a adesão à puericultura quanto os cuidados com os recém-nascidos. Entretanto, ainda não consegui reunir várias mães para o grupo. Eu e a enfermeira procuramos trabalhar isso no pré-natal, mas tem sido bem difícil.

Em relação a atenção ao pré-natal, acredito estar com uma boa cobertura das gestantes da área: 86% atualmente, o que significa 34 gestantes acompanhadas na UBS. Destas, 17 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, todas estão com consultas em dia, exames e vacinas de acordo com o protocolo. O que fica de fora, infelizmente, são alguns casos em microáreas descobertas de ACS, mas para estas mulheres estamos trabalhando de forma a localizá-las e trazê-las para o serviço. Fazemos um revezamento semanal das ACS para visitar as microáreas descobertas. No que diz respeito ao início do pré-natal, a grande maioria inicia dentro das primeiras 10 semanas de gestação e comparece a todas as consultas agendadas. No quesito puerpério é que temos problemas. Nossos registros são falhos, o que me impediu de mensurar a cobertura. Grande parte das mulheres não retorna para consulta de puerpério no prazo adequado, nem mesmo solicita visita domiciliar para essa consulta; ação que era de praxe dentro da UBS, mesmo por ser mais confortável para a puérpera ficar em casa e receber as devidas orientações.

Tenho tentado realizar a consulta de puerpério, bem como a revisão da primeira semana de vida do recém-nascido no momento em que as mães trazem os bebês à coleta do teste do pezinho. No entanto, nem sempre é possível, muitas vezes as mães não querem aguardar o atendimento médico, e as vezes a enfermeira não lembra de me passar a puérpera. Enfim, diversos fatores não permitem que se consiga ver todos nessa primeira semana. Já a consulta de um mês do bebê não costuma ser perdida, então nesse momento acabo realizando algumas orientações de puerpério e iniciando a anticoncepção adequada.

Para o pré-natal também não utilizamos registro específico, mas sim o prontuário da gestante. Havia, no semestre passado, um grupo de gestantes, com

encontro quinzenal, promovido pela enfermeira da equipe 10. Atualmente ela está tentando retomar o grupo, porém as gestantes não estão aderindo bem. Quanto aos profissionais que atendem o pré-natal, tanto enfermeiras como médicas realizam as consultas, em geral intercalando, um mês cada uma atende a gestante.

No que tange a prevenção ao câncer ginecológico, aponta-se que a coleta de exame citopatológico de colo de útero (CP) é realizada pela enfermeira, em dois dias distintos da semana, bem como em turnos distintos. A demanda de CP é bastante grande e, de maneira geral, poucos resultados retornam alterados. Caso surja algum caso, encaminhamos para ginecologia/colposcopia e quase sempre conseguimos que a usuáries seja vista ainda naquele mês. A prevenção ao câncer de mama faz parte tanto do atendimento médico, quanto de enfermagem. A consulta de enfermagem, em geral, foca mais na questão do autoexame das mamas e em alguns sinais de alerta que devem chamar a atenção das mulheres. Já na consulta médica, solicito mamografia de rotina para usuáries com 45 anos ou mais, para as usuáries com 35 anos ou mais que tenham história de câncer de mama na família. Sempre norteamos nossas condutas frente esses casos nos protocolos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde. Apesar de levar cerca de três meses para realizarem o exame, ainda não tive nenhum exame negado, mesmo após a polêmica de que o SUS não realizaria exame de rotina para mulheres com menos de 50 anos.

Acredito que a prevenção nessa ação programática esteja funcionando de acordo, pois as mulheres recebem as devidas orientações, principalmente no que diz respeito a desencorajar tabagismo, etilismo e estimular uma alimentação saudável, com menor teor de lipídios, e estimular também a prática de atividades físicas. Ainda falando de prevenção, na unidade temos sempre a campanha anual que ocorre no mês de outubro – o outubro rosa. Identifico que é necessário melhorar nossa forma de registro, para monitorarmos a ação e conhecer nossa cobertura.

Em relação a atenção aos usuáries hipertensos e diabéticos, percebo o número de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como é de se esperar, bastante importante dentro da unidade. Os usuáries, entretanto, são idosos em sua maioria. Infelizmente por ter passado um bom tempo sem um médico fixo na UBS, existe na área de abrangência um número expressivo de usuáries descompensados e que agora estão retomando seu acompanhamento corretamente no serviço. Nossa cobertura está em torno de 37%, com 216 usuáries

acompanhados. Até o presente momento não atendi nenhum usuário portador de HAS com menos de 35 anos. Devido a essa situação, não temos um atendimento de qualidade ainda para esses usuários. Estamos, aos poucos, buscando encontrar os usuários sem acompanhamento clínico e tentando atendê-los dentro do proposto nos protocolos de tratamento de HAS. Temos focado bastante nas atividades do grupo de crônicos, participando ativamente e incentivando maior participação dos usuários.

Da mesma forma, o cenário dos usuários com Diabetes Mellitus (DM) é muito parecido com o relatado sobre os hipertensos. Pelos registros da UBS o Caderno de Ações Programáticas (CAP) apontou uma cobertura de 59%, com 98 acompanhados. Também existem muitos usuários descompensados, muitos em acompanhamento com especialista desnecessariamente. Assim, tenho tentado atendê-los dentro das rotinas pertinentes ao acompanhamento do DM não complicado. Temos feito buscas através de renovações de receitas – foi impressionante no início o número de pessoas trazendo receitas de mais de dois anos para serem renovadas – e também nas listas de usuários de insulina. Gradativamente estes usuários estão também retornando à unidade para manter seguimento clínico.

A população de idosos da área, em torno de 358 pessoas, condiz com a realidade brasileira. Como a maioria dessa população já apresenta limitações e muitas comorbidades, mantemos contato com eles muito mais em visitas domiciliares do que em consultas na unidade. No entanto, oferecemos um dia da semana especialmente para atender a população idosa. Grande parte vem mesmo para renovar receitas, e, em geral, há uma fusão dos participantes do grupo de crônicos com os idosos. Em vista disso, posso dizer que eles compõem o grupo de crônicos mais compensados da unidade. É uma população que gera muita satisfação ao atender, pois costumam seguir a conduta médica, são assíduos nos encontros de grupos e nas consultas, são eles que mantêm o maior vínculo tanto com o serviço como com a equipe. Não vejo problemas nesse aspecto do atendimento. Pelo contrário, é o que melhor funciona. Logicamente, não há perfeição. Precisamos, como em outras ações programáticas, implantar um registro específico, para monitoramento dessa população. Por não termos ficha-espelho, não consegui saber, ao certo, nossa cobertura.

O atendimento de idosos, hipertensos e diabéticos tem muito em comum e se fundem muito, pois esses usuários muitas vezes possuem essas três condições concomitantes. Acabam pertencendo ao mesmo grupo mensal e das mesmas atividades de promoção à saúde, como o "vida ativa". No que tange as condutas, são fundamentadas nos cadernos de Atenção Básica do MS. Os registros são mantidos no prontuário dos usuários, apenas possuímos um registro a parte com o controle dos usuários insulino-dependentes sobre as doses e frascos de insulina retirados mensalmente.

No que se refere à saúde bucal, são ofertados atendimentos diariamente, sendo disponibilizados cinco horários durante a manhã. Em geral, não são preenchidos todos os horários. A maioria dos usuários inicia o tratamento, mas não conclui. Ações coletivas são realizadas em escolas, no intuito de ensinar a adequada higiene bucal. Apesar de o número de atendimentos ter crescido, a oferta existe, mas a população pouco procura. Principalmente por dois motivos: medo de dentista e despreocupação com a higiene dental. Vejo que uma das formas para solucionar esse problema seria a prática educacional, pela prevenção, através do lúdico e didático. Palestras em escolas ou mesmo na própria UBS discutindo sobre temas relevantes, na tentativa de reverter a ideia da população sobre a saúde bucal.

Tenho encarado a rotina de trabalho dentro da UBS como um grande desafio, especialmente por ser uma unidade com tantos problemas a serem resolvidos, tanto em questões de estrutura e organização quanto em atendimento e baixa cobertura dos indicadores de saúde. A problemática da unidade preocupa muito a coordenação da ESF do município e, em uma tentativa de superar as dificuldades, foi criado um cargo para coordenador da unidade. Dessa forma, temos três enfermeiras trabalhando no serviço, duas na assistência e uma somente na coordenação. Isso tem aliviado uma parte da demanda e parece estar funcionando bem. Vejo que a equipe toda tem motivação, quer colocar a UBS "de volta nos trilhos"; senti que minha chegada foi animadora para todos, pois me viram como alguém disposto e capaz de mudar. Espero, apesar de ter um tempo relativamente curto ainda dentro da unidade, conseguir corresponder a essas expectativas e realizar um bom trabalho em equipe.

Ao término, então, da análise situacional, identifico vários aspectos no processo de trabalho que precisam de melhorias, principalmente as ações programáticas típicas de atenção primária à saúde. Os registros adequados e o

monitoramento regular viriam qualificar nosso serviço. Pelo CAP, tivemos a estimativa de cobertura de algumas delas, mas acredito que investir na saúde da criança seja uma necessidade mais urgente, além desse foco não ter sido trabalhado dentro da UBS.

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

Analisando a situação da UBS desde minha chegada até hoje, percebo inúmeras diferenças. Muitas mudanças não apenas em relação a questão da atenção às crianças, mas na unidade como um todo. Como já relatei outra vezes, acerca de 4 anos esse serviço estava sem um médico interessado em fazer saúde da família de fato. A unidade vinha sendo levada como pronto-atendimento e como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não tinha outra alternativa, acabou por não tomar nenhuma providência. O fato de um médico jovem, disposto a trabalhar de acordo com o preconizado, ainda por ser integrante de um programa que valoriza a atenção primária, deu inicialmente um susto em toda equipe. Já estavam acostumados a não fazerem as coisas e, de repente, a chegada de alguém cheio de energia e planos abalou o ritmo de trabalho.

Foram semanas bem conturbadas, principalmente no que diz respeito a conseguir unir a equipe, mas estou feliz com o resultado venho tendo sendo insistente. Foram diversas conversas, reuniões, inclusive tendo que haver a intervenção da equipe de apoio da coordenação da ESF do município. Não digo que hoje estamos conseguindo fazer tudo nos conformes dos manuais do MS, mas estamos muito melhores e com uma perspectiva de mais mudanças para o futuro. A maior dificuldade se encontra na equipe de enfermagem, pois estavam em uma disputa muito intensa, uma querendo atrapalhar o trabalho da outra, no entanto mais uma vez me intrometi e a coordenação fez nova reunião com elas. A princípio percebi um certo comprometimento, espero que isso se mantenha. Outro ponto chave para conseguirmos melhorar o atendimento e a assistência à população seria a entrada de mais ACS, pois existem muitas microáreas descobertas dentro do bairro.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

É possível observar que nos últimos anos, a taxa de mortalidade infantil no Brasil sofreu significativa queda, em função de ações voltadas à saúde da criança, diminuição da pobreza, ampliação das equipes de ESF, entre outros. Mesmo assim, a meta estabelecida pelos governos de garantir à todas as crianças o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois ainda enfrentamos muitas desigualdades regionais e sociais. Soma-se ainda um expressivo número de mortes por causas evitáveis por ações realizadas nos serviços de saúde, como um bom cuidado pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Por isso a necessidade de uma rede de saúde bem estruturada, onde o processo iniciado na maternidade tenha continuidade na Atenção Primária à Saúde (APS), ou em ambulatórios especializados quando houver a necessidade desse tipo de atenção (BRASIL, 2012).

Na UBS José Salomão Profilurb, pode-se afirmar que a estrutura oferece boas condições de trabalho, apesar de não ser uma estrutura ideal, de acordo com o manual existente para a UBS, pois se trata de uma unidade mista. O prédio não é novo, mas não possui nenhum problema estrutural, está adequado para acolher os profissionais e usuários. Temos duas equipes de ESF, compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro ACS, além da equipe do plantão noturno, que não faz parte da ESF. Uma das equipes também conta com dentista e uma auxiliar de saúde bucal, sendo essa a segunda equipe da unidade. A população da área de abrangência não está totalmente cadastrada, mas fica em torno de 9 mil habitantes (por isso seria necessária a terceira equipe de ESF), sendo sua maioria de baixa renda e com pouca escolaridade, onde a fonte de renda é basicamente proveniente do trabalho informal e dos benefícios concedidos pelo atual governo de nosso país.

No momento, apesar de termos essa população grande para atender, estamos trabalhando com metade de nossa capacidade, pois necessitamos de, pelo menos, 14 ACS e atualmente temos 7 atuando. Isso implica em cerca de metade da área estar descoberta e não cadastrada. Algumas vezes foram realizados mutirões em finais de semana para realizar o cadastramento, mas os usuários não compareceram em um número significativo. Como estamos com metade das ACS atuando, nossos dados estão desatualizados, não sendo confiáveis, portanto não sabemos quantas crianças na faixa etária entre 0-72 meses residem na área. Segundo estimativas da planilha de coleta de dados, para a população total estimada para a área (9 mil habitantes), haveria em torno de 450 crianças entre 0-72 meses.

Estamos atendendo, atualmente, apenas uma pequena parcela desses usuários, cerca de 49 crianças – aqui me refiro somente aos usuários cadastrados, pois são os dados que tenho documentados na unidade. As crianças atendidas na puericultura têm até cinco anos de idade, e nós priorizamos, num primeiro momento ao iniciar meu trabalho na UBS, o atendimento para os bebês de 0-24 meses, ficando espaço para os maiores caso haja horário na agenda que não tenha sido preenchido pelos pequenos. Do contrário, as crianças de 24-72 meses são atendidas pela enfermeira da equipe. Obviamente, surgindo qualquer tipo de necessidade, dou suporte necessário para ela.

Percebo que a comunidade não tem uma boa adesão à puericultura, não mantém o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e se descuida, muitas vezes, das imunizações. O índice mais preocupante se mostra com os recém-nascidos. Foram raros os bebês nascidos desde novembro que eu tive a oportunidade de fazer a revisão durante a primeira semana de vida. Muitos são orientados a procurar o hospital universitário, porém isso poucas vezes é feito. Primeiramente minha tentativa foi ver essas crianças durante a visita à unidade para realizar o teste do pezinho, o que tem funcionado bem. Tenho conseguido avaliar melhor os bebês nesse momento e muitas vezes também consigo, em parceria com as enfermeiras, fornecer as orientações de puerpério às mães. Quanto a qualidade do atendimento às crianças, vejo como deficiente, pois os pais não recebem as orientações adequadas sobre os cuidados, sobre dieta ideal, sobre o desenvolvimento esperado para idade, de suplementações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Atualmente, ações de promoção à saúde da criança na UBS



apenas são desenvolvidas na área de saúde bucal. São realizadas visitas periódicas às escolas visando orientação quanto higiene e cuidados com a saúde oral.

Pretendemos, com a intervenção, além da qualificação das ações já existentes e aumento da cobertura, iniciar um grupo de promoção à saúde com vistas a elevar os índices de aleitamento materno. Acredito que todos os esforços no sentido de melhorar a atenção à saúde da criança podem implicar numa melhor formação da próxima geração que irá viver em nosso país. É fato que crianças bem cuidadas, que recebem alimentação adequada para idade, que foram alimentadas ao seio materno, receberam a ideal quantidade de suplementação vitamínica e férrica necessária, tornar-se-ão adultos com melhor capacidade intelectual.

Tendo isso em vista, esperamos que os cuidados implementados com a intervenção perdurem no serviço e se reflitam a longo prazo, impactando na saúde do adolescente e do adulto. Dentro da UBS conto com ampla participação da equipe para iniciarmos a intervenção. Desde as ACS até a equipe de enfermagem, todos estão muito empolgados para colocar as ações em prática.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses pertencentes à Unidade Básica de Saúde José Salomão Profilurb, em Rio Grande/RS.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde da Criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro adequado na ficha espelho de 100% das crianças.

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.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1 Dar orientações às mães para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas.

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 mães das crianças.

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães das crianças.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (UBS) José Salomão Profilurb, no município de Rio Grande/RS. Participarão da intervenção as crianças de 0-72 meses de idade residentes na área.

Para atingir as metas propostas para a intervenção, a equipe realizará ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde da Criança

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da UBS.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Durante as 12 semanas de intervenção será realizado monitoramento mensal do número de crianças cadastradas no programa pela médica especializanda e enfermeira da UBS, com a colaboração dos ACS em relação às novas crianças na área de abrangência da unidade. O monitoramento se dará através da revisão das fichas-espelho (Anexo C).

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

\*Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

\*Detalhamento: As crianças na faixa etária do programa serão cadastradas por meio da ficha-espelho (registro específico). As agendas dos profissionais que

realização a puericultura serão organizadas para acolher o maior número de crianças que procurarem o serviço. A UBS acolherá essas crianças de forma organizada, buscando incluí-las nas agendas dos profissionais.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Durante a intervenção serão prestados esclarecimentos à comunidade sobre a importância da realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre a periodicidade recomendada entre as consultas. Tais esclarecimentos serão fornecidos por toda a equipe de saúde da unidade durante os atendimentos, por meio das ACS durante as visitas às famílias e também por meio de cartazes e folders expostos no serviço.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*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.

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

\*Detalhamento: Durante as 12 semanas de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na UBS, baseadas nos documentos oficiais propostos. Durante tais capacitações abordar-se-á as orientações que a comunidade deve receber em relação ao programa de saúde da criança. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões semanais de equipe, sob coordenação da médica especializanda.

Meta 1.2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da UBS.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança periodicamente.

\*Detalhamento: O monitoramento será realizado mediante avaliação das fichas-espelho de saúde bucal, das crianças que forem cadastradas no programa, e serão revisadas mensalmente pelo colega odontólogo.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Organizar uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

\*Ação: Organizar a agenda para as consultas programáticas.

\*Ação: Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS.

\*Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

\*Detalhamento: Será solicitado aos ACS a lista contendo os dados das crianças na faixa etária do programa. Ao odontólogo será sugerido organizar sua agenda para acolher tais crianças nas consultas programáticas. Os ACS vão dar seguimento às visitas domiciliares mensais às famílias com crianças. Durante as reuniões de equipe pretende-se discutir os resultados encontrados na cobertura do programa.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade.

\*Ação: Informar a comunidade sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS.

\*Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

\*Detalhamento: A comunidade receberá esclarecimentos sobre a importância da realização da consulta da criança a partir dos 6 meses de vida, e também sobre a forma de agendamento das consultas. Será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade prestar os esclarecimentos, durante os atendimentos, nas visitas mensais das ACS e também por meio de cartazes e folders. No espaço da reunião de equipe pretende-se discutir a melhor forma de se comunicar com a comunidade, ouvindo a todos.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*Ação: Capacitar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos 6 meses de idade.

\*Ação: Capacitar os ACS para informar às famílias das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS da necessidade de realização da primeira consulta odontológica

\*Detalhamento: No período de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na UBS, objetivando a melhor orientação sobre o programa. A colaboração do colega odontólogo nessas capacitações será imprescindível.

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.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, sob responsabilidade da médica especializanda e enfermeira. Será utilizada a ficha-espelho do programa.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada busca ativa de crianças que não tiverem comparecido na UBS na primeira semana após a data provável do parto, a ser feito pelas ACS.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

\*Detalhamento: As mães serão informadas sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da atenção à saúde da criança. Essas orientações já serão fornecidas durante o pré-natal pela médica especializanda e enfermeira e, posteriormente, por todos da equipe e através de orientações prestadas pelos ACS.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*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.

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

\*Detalhamento: Durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais da UBS. Será abordado o acolhimento e adoção dos protocolos oficiais. Também será discutido a importância de informações adequadas sobre o andamento do programa no serviço. Tais capacitações serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe, sob a coordenação da médica especializanda.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, bem como as crianças com déficit ou excesso de peso.

\*Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, daquelas com déficit ou excesso de peso, a ser realizado pela médica especializanda e enfermeira através dos registros das consultas de puericultura.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

\*Detalhamento: Procurar-se-á garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Será solicitado ao gestor o material adequado para a antropometria. Também será solicitado ao gestor a versão atualizada do protocolo, para que esteja impressa e disponível no serviço, para que toda a equipe possa consultar.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*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.

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

\*Detalhamento: Serão fornecidas as orientações aos pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; da mesma forma será orientado aos pais/responsáveis a forma adequada de interpretar as curvas de crescimento. Essas orientações serão realizadas através de conversas, panfletos e durante a puericultura realizada pela médica especializanda e enfermeira.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

\*Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

\*Ação: Padronizar a equipe.

\*Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

\*Detalhamento: Será realizado treinamento sobre as técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas, pela médica especializanda, aos profissionais envolvidos na puericultura, para padronização de condutas da equipe. Também haverá capacitação sobre o preenchimento e interpretação das curvas do cartão da criança.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, sob responsabilidade da médica, através dos dados das consultas de puericultura.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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



\*Detalhamento: O devido encaminhamento médico para crianças com atraso no desenvolvimento será providenciado, de acordo com necessidades identificadas durante os atendimentos.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*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.

\*Ação: Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

\*Detalhamento: Será discutido com os pais e responsáveis sobre as condutas esperadas nas consultas e sobre quais habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; tais ações serão realizadas durante a puericultura.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*Ação: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

\*Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

\*Detalhamento: Haverá capacitação da equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento, a ser realizada pela médica especializanda.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

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

\*Detalhamento: Haverá o monitoramento mensal do percentual de crianças com vacinas atrasadas ou com vacinação incompleta ao final da puericultura, a ser realizado pela médica especializanda e enfermeira da UBS.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

\*Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

\*Ação: Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

\*Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

\*Detalhamento: Tentaremos garantir com o gestor municipal a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, através de solicitações secretaria de saúde. Garantiremos atendimento imediato às crianças que necessitam ser vacinadas (porta aberta), a ser realizado pela enfermeira e/ou técnico em enfermagem. Será mantido o controle da rede de frio, a ser realizado pela enfermeira e/ou técnico de enfermagem, bem como a manutenção mensal do controle de estoque para evitar falta de vacinas, além de monitorar as datas de vencimento do estoque.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada orientação aos pais e/ou responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, a ser realizado através de conversas durante a puericultura pelo profissional médico, enfermeiro e/ou técnico em enfermagem.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada capacitação à equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, a ser realizado pela médica especializanda com o apoio da enfermeira da UBS, durante reunião de equipe.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro pela médica especializanda e enfermeira, através de anotações na ficha-espelho sobre o suplemento.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: Será solicitado à secretaria de saúde adequado estoque da medicação, a fim de estar sempre disponível para dispensação na UBS.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Os pais e/ou responsáveis serão orientados sobre a importância da suplementação de ferro, a ser realizada pela médica especializanda e enfermeira durante as consultas de puericultura.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Estarei atualizada perante as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, através de estudo dos protocolos, a fim de discutir com a outra colega médica.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva pela enfermeira e médica especializanda, através da ficha espelho devidamente preenchida.

No eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: A médica especializanda realizará contato com o gestor, a fim de garantir a realização do teste auditivo.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Os pais e responsáveis serão orientados sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. Estas orientações serão de responsabilidade da médica e da enfermeira.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Estarei atualizada perante as recomendações da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, pelas leituras do protocolo, para discutir com os colegas.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

\*Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram teste do pezinho pela enfermeira e/ou médica especializanda através das anotações na ficha espelho do programa.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: Buscar-se-á garantir, junto ao gestor, o material adequado para realização do teste do pezinho. Dificuldades serão remetidas à secretaria de saúde.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: A comunidade, em especial gestantes, receberá orientações sobre a importância de realizar o teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Tais orientações serão realizadas pela enfermeira e médica nas consultas de pré-natal e também por toda a equipe através de conversas e visitas das ACS.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*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: Será conversado com as enfermeiras da UBS a fim de verificar se há necessidade de capacitação aos profissionais que realizam a coleta para o teste do pezinho. Se não, providenciaremos a devida capacitação.

Meta 2.10 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência, a ser realizado pela profissional que realizar a puericultura e encaminhado para agendamento da consulta odontológica.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

\*Ação: Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

\*Detalhamento: Será realizado acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, pela enfermeira e médica especializanda, através de conversa com o responsável e posterior agendamento para seguimento de consultas.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

\*Detalhamento: A comunidade será orientada sobre a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, nas consultas de puericultura e pelas vistas das ACS.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

\*Detalhamento: Será realizada capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, a ser realizado pelo profissional de saúde bucal do serviço.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

\*Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

\*Ação: Monitorar as buscas às crianças faltosas.

\*Detalhamento: Será realizado, mensalmente, o monitoramento do cumprimento da periodicidade, número médio das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) pelos profissionais médico e enfermeira da UBS. E será realizado também monitoramento das buscas às crianças faltosas, e comunicado às ACS para busca ativa.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

\*Ação: Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

\*Detalhamento: As visitas domiciliares para as buscas de faltosas serão organizadas pela médica e enfermeira e realizadas pelas ACS, que já levarão a data da nova consulta.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Nas consultas de rotina de puericultura, a médica e a enfermeira vão fornecer orientações à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da criança no serviço de saúde. Também haverá esclarecimentos em durante as visitas domiciliares das ACS.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada capacitação às ACS, organizada pela enfermeira e médica, para que identifiquem crianças atrasadas sabendo realizar a leitura da caderneta da criança.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 - Manter registro adequado na ficha espelho para 100% das crianças que consultam no serviço.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal dos registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS, a ser feito pelos profissionais que realizarem a puericultura.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

\*Ação: Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

\*Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

\*Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

\*Detalhamento: Todos os profissionais envolvidos com a saúde da criança deverão conhecer e utilizar a ficha-espelho do programa, que será implantada, responsabilizando-se pelos registros adequados. O SIAB será preenchido pela enfermeira com os dados dos ACS e do programa.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*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: No momento da consulta e/ou durante as visitas domiciliares, a comunidade será orientada sobre seus direitos em relação aos registros.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Será providenciado treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, sob responsabilidade da médica durante reuniões de equipe.

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.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

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

\*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e número de crianças de alto risco

com acompanhamento de puericultura em atraso, a ser realizado pela enfermeira e médica da UBS.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

\*Ação: Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

\*Detalhamento: Será priorizado atendimento às crianças de 0 a 72 meses de idade que apresentem algum fator de risco, a ser realizado por toda a equipe mediante situações que se façam necessárias. Na ficha-espelho de tais crianças, será assinalado o risco, com marca texto ou outro tipo de marcação, para que fique visível a todos colegas.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Serão fornecidas orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, a ser realizado por toda a equipe através de conversas em consultas, visitas domiciliares etc.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada capacitação dos profissionais da UBS na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, sob responsabilidade da médica especializanda.

Objetivo 6 - Promover a saúde das crianças.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

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

\*Detalhamento: Haverá o monitoramento mensal do registro das orientações sobre prevenção de acidentes na ficha espelho, a ser realizado pela médica e enfermeira da UBS.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:



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

\*Detalhamento: No espaço da reunião de equipe será definido o papel de todos os membros da equipe na prevenção de acidentes na infância, a ser desempenhado durante as rotinas de atendimento às crianças.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Nas consultas clínicas de qualquer profissional de saúde e durante as visitas domiciliares serão prestadas orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Será realizada capacitação aos profissionais da UBS abordando a prevenção de acidentes na infância.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

\*Ação: Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta.

\*Ação: monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

\*Detalhamento: Será realizado, pela enfermeira e médica especializanda, o monitoramento mensal do percentual de crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, além das atividades de educação em saúde, pelo registro das consultas na ficha espelho.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: Discutir com a equipe, no espaço das reuniões, o papel de cada profissional na promoção do aleitamento materno e os momentos mais adequados para tais orientações.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*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 e/ou visitas domiciliares, será enfocada a importância do aleitamento materno.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Haverá capacitação da equipe, com enfoque no aconselhamento ao aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega", sob responsabilidade da médica especializanda e enfermeira.

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

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

\*Detalhamento: As orientações registradas serão monitoradas mensalmente, pela enfermeira e médica da UBS, através do registro das informações na ficha-espelho.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

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

\*Detalhamento: Haverá discussão procurando definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional da criança para que todos os espaços de atendimento à criança sejam aproveitados.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

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

\*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura e/ou visitas domiciliares, será abordada a importância alimentação adequada em cada faixa etária.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

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

\*Detalhamento: Haverá capacitação da equipe para realização das orientações adequadas no que se refere aos aspectos nutricionais, a conduzida pela médica e enfermeira.

Meta 6.4 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães das crianças.

Para o eixo de monitoramento e avaliação, propomos:

\*Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

\*Detalhamento: As atividades educativas serão monitoradas mensalmente, pelo odontólogo com o apoio da equipe da UBS, através do registro das informações na ficha-espelho.

Para o eixo de organização e gestão do serviço, propomos:

\*Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

\*Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

\*Detalhamento: Vamos organizar os conteúdos de promoção à saúde no espaço da reunião de equipe, buscando a colaboração e participação de toda a equipe.

Para o eixo de engajamento público, propomos:

\*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

\*Detalhamento: Pretendemos esclarecer à comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, durante consultas de puericultura.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, propomos:

\*Ação: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.

\*Detalhamento: Durante as reuniões de equipe os profissionais da UBS serão capacitados no que tange as ações de promoção à saúde da criança.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde da criança

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da UBS.

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

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

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: 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: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador: 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: 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 6 a 24 meses.

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

Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

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

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

Indicador: 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 7 dias de vida.

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

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

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

Meta 2.10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Qualificar o registro das informações

Meta 4.1 - Manter registro adequado na ficha espelho de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco

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

Indicador: 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.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção à saúde

Meta 6.1 - Dar orientações às mães para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas.

Indicador: 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: Proporção 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: 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, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães das crianças

Indicador: 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 desenvolver este projeto de intervenção, vamos adotar como embasamento para nossas condutas o seguinte protocolo: Caderno de Atenção Básica Número 33 – Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Como registro específico, vamos utilizar a ficha de puericultura disponibilizada pelo município de Rio Grande, bem como as cadernetas de saúde da criança (menino e menina) que são entregues ao nascimento, na maternidade. Como a ficha de puericultura não possui todos os dados necessários para o monitoramento das ações e coleta dos indicadores, será adotada, depois de ser apresentada à equipe, a ficha-espelho de saúde da criança, disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família - UFPel.

Faremos contato com os gestores da Secretaria de Saúde do município, a fim de solicitar a disponibilização de material suficiente para cobrir todas as crianças inseridas no programa. Também será solicitado o protocolo impresso, Caderno 33, para que fique disponível à equipe para consultas. Os custos da impressão/cópia de todas as fichas-espelho e do protocolo serão cobertos pela Secretaria Municipal de Saúde.



Para organizar o registro específico da intervenção (fichas-espelho), será preparado um arquivo de puericultura, sendo as referidas fichas armazenadas em arquivo próprio, com fácil acesso a todos da equipe. Será anotado em cada prontuário informações sobre a consulta, como já é realizado rotineiramente. Ainda, será elaborado um sistema de alerta para ser anexado às fichas, sinalizando crianças de risco, faltosos, vacinas e exames em atraso, como lembretes assinalados com marca-texto, com o intuito de alertar a equipe.

No que tange ao preenchimento das fichas-espelho/registro específico dos atendimentos, estes serão realizados pela enfermeira e pela médica especializanda. Em relação aos registros de saúde bucal, os mesmos serão realizados pelo odontólogo, durante o atendimento odontológico às crianças. Semanalmente, a enfermeira da equipe juntamente com a médica, realizará a transcrição de todos os dados obtidos nas fichas-espelho para a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), disponibilizada pelo curso de especialização da UFPel. O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado semanalmente, pela enfermeira e pela médica. De acordo com os resultados, pretendemos discutir com a equipe da UBS o andamento do programa, com ênfase em aspectos que não estejam transcorrendo de maneira adequada e para receber sugestões de melhorias na condução das ações.

Será providenciada busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, a ser feito pelos ACS, que deverão saber das gestantes de suas microáreas, bem como as prováveis datas de partos.

Procurar-se-á garantir material adequado para a realização das medidas antropométricas junto à Secretaria Municipal de Saúde e também a disponibilização das vacinas e materiais necessários para sua administração. Esperamos manter, como já ocorre, a realização de teste auditivo assim como o teste do pezinho. Será realizado contato com a gestão em casos de problemas com tais exames.

Buscaremos priorizar o acolhimento das crianças da área de abrangência, a ser realizado por toda a equipe, seja através de agendamento para atendimento de demandas não imediatas (consultas de puericultura com a médica e com a enfermeira) ou de atendimento imediato a crianças que apresentem queixas agudas ou que precisem ser vacinadas (porta aberta), a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. Será sempre priorizado o atendimento às crianças de risco.

Será realizado o acolhimento das crianças de 0 a 72 meses de idade e seu familiar na UBS, por qualquer membro da equipe, a fim de que se providencie o agendamento da consulta e inclusão no programa. Pretende-se contar com o odontólogo no acolhimento das crianças de 6-72 meses de idade, portanto será sugerido a organização da agenda de saúde bucal para atendimento dessa demanda. Serão organizadas visitas domiciliares para buscar crianças faltosas às consultas e posterior acolhimento, casos que serão discutidos semanalmente em reunião de equipe.

Será providenciado o encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento ou outros fatores que indiquem riscos, para diagnóstico e tratamento oportuno, a ser realizado pela médica especializanda, via sistema de referência padrão do município.

Haverá manutenção e controle da rede de frio e controle de estoque para evitar falta de vacinas e monitorar as datas de vencimento do estoque, ação a ser realizada pela enfermeira e/ou técnico de enfermagem.

No que se refere às ações de engajamento público, faremos contato com a associação de moradores do bairro e com representantes da comunidade para apresentar o projeto. Serão realizadas atividades de promoção à saúde, por meio do grupo que está sendo formado com as mães da comunidade, onde pretende-se realizar discussões acerca de temas variados com foco na saúde da criança, com periodicidade mensal, a ser conduzido pela médica e enfermeira e realizado nas dependências da UBS.

Visando engajar a comunidade e orientar sobre as vantagens e benefícios do programa de puericultura, estará disponível para leitura na sala de espera da UBS, folder explicativo sobre as vantagens e benefícios da realização programática de consultas para acompanhar o desenvolvimento das crianças. Parte essencial da sensibilização à comunidade será desempenhada pelos ACS que, durante todo o período da intervenção, visitarão as famílias que possuam crianças de 0-72 meses e realizarão orientação sobre o programa e incentivarão a adesão, explicando aos responsáveis as vantagens que a criança obterá ao ter seu desenvolvimento acompanhado regularmente.

Os pais ou responsáveis receberão orientações sobre o calendário vacinal da criança, a ser realizado através de conversas durante a puericultura médica e/ou enfermeira e/ou técnico de enfermagem. Orientações acerca da importância da

suplementação de ferro serão realizadas pela médica e/ou enfermeira durante as consultas de puericultura.

Os pais e responsáveis receberão orientações sobre a importância da realização do teste auditivo e como proceder para o agendamento do teste, a ser realizado pela enfermeira e/ou técnico de enfermagem e/ou pela médica, durante as consultas de puericultura ou outros momentos oportunos.

Em relação às capacitações da equipe sob responsabilidade da médica especializanda e apoio da enfermeira, pretende-se realizar discussões sobre os vários temas relacionados à saúde da criança: preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança; na realização do acolhimento às crianças de 0 a 72 meses de idade e seus responsáveis; no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS; na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade; para as ações de promoção à saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. Essas discussões serão realizadas durante as reuniões de equipe, que acontecem sempre nas quartas-feiras, no turno da tarde. Espera-se realizar três encontros para as capacitações.

No que tange às capacitações da equipe sobre os temas de saúde bucal, pretende-se contar com a parceria do odontólogo, para fornecer orientações sobre como realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade; para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico. Será sugerido atualização aos profissionais de saúde bucal da UBS para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Na semana que iniciará a intervenção, haverá a apresentação do projeto à equipe da UBS, bem como a primeira capacitação. Esse encontro será conduzido pela médica especializanda, na sala de reuniões da própria UBS, com início previsto para as 10h e duração estimada de duas horas. Essa capacitação será teórico-prática e será baseada no Caderno de Atenção Básica nº 33. O foco desse primeiro encontro será o acolhimento da criança, as Políticas de Humanização, além de reciclar a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da

Saúde e quais informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Na busca pela melhor qualidade do atendimento à criança, a enfermeira da equipe e a médica especializanda ficarão responsáveis pelo monitoramento e avaliação semanal das ações. Para isso utilizarão as fichas-espelho e os indicadores obtidos na planilha eletrônicas, avaliando o percentual de crianças que estão com as ações em dia e quais estão em atraso ou com ações pendentes.







### **3 Relatório da Intervenção**

Foi proposta uma intervenção à qualificação da atenção à saúde da criança, que foi desenvolvida na UBS/ESF José Salomão Profilurb, em Rio Grande/RS, com duração de 12 semanas.

A referida intervenção ocorreu no período de 9 de março a 29 de maio de 2015 e teve como principal objetivo qualificar a atenção à saúde da criança entre 0-72 meses, tendo como público-alvo as crianças nessa faixa-etária da área de atuação. Para isso, algumas metas foram estipuladas e ações para alcançá-las foram organizadas. Todas as ações foram orientadas pelo Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento – Ministério da Saúde, 2012. As ações desenvolvidas no período foram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

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

Atendendo a proposta inicial, monitoramos todas as crianças que foram cadastradas nesse período de 12 semanas de intervenção, mensalmente, ação realizada pela médica da equipe e também pela enfermeira. Isso foi possível através da adoção do registro específico – ficha espelho do programa.

Como temos algumas microáreas sem ACS, ainda estamos buscando e cadastrando as crianças na faixa etária de 0-72 meses, visto que em 12 semanas não foi possível cadastrar todas da nossa área de abrangência, mas essa ação continua na UBS. Com a busca de crianças na comunidade, houve o aumento da adesão às consultas de puericultura, bem como aumento das crianças seguidas adequadamente pelo serviço.



Aproveitamos a oportunidade para informar à comunidade a importância de levarem seus filhos, na faixa etária, à UBS, para a consulta de puericultura, esclarecendo os benefícios principais de se manter o monitoramento das crianças, entre os quais salientamos a alimentação correta de acordo com a faixa etária, em especial durante o primeiro e segundo ano de vida, a importância do aleitamento materno e as corretas suplementações de ferro e vitamina D preconizadas. Ainda na primeira semana de intervenção parte da equipe foi capacitada, pois algumas ACS estavam em atividade fora da unidade, de acordo com o protocolo adotado, Caderno 33 de Saúde da Criança, a fim de oferecermos um cuidado padronizado, adequado e que melhore a qualidade do desenvolvimento e crescimento dessas crianças, tanto a curto como a longo prazo.

Houve ênfase no monitoramento das crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, esse monitoramento foi realizado sem uma periodicidade específica, mas com atenção às gestantes que estavam nas últimas semanas de gestação. Procurávamos nos informar sobre o parto e nascimento dos bebês e realizamos busca ativa e visitas de puerpério para as que não compareceram na unidade na primeira semana de vida do recém-nascido. Essas ações foram realizadas em conjunto pela equipe, havendo envolvimento tanto das ACS como da médica e da enfermeira. Os demais eram vistos e avaliados quando compareciam a unidade para o teste do pezinho. Essa avaliação era feita principalmente pela médica, sendo algumas vezes também feita pela enfermeira.

Informamos às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da atenção à saúde da criança, orientando-as que o atendimento em puericultura poderia ser agendado para médica e enfermeira; capacitamos a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, além do que, capacitamos a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre o programa de saúde da criança.

Durante a intervenção, monitoramos semanalmente o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento através da revisão das fichas espelho. Para que tivéssemos o material adequado, na semana que precedeu a intervenção, foram solicitadas à Secretaria de Saúde cópias das fichas espelho fornecidas pela UFPel, bem como das curvas de crescimento, além, é claro, de algumas cópias do caderno do Ministério da Saúde referente a saúde da criança, para que mais pessoas da

equipe pudessem manuseá-lo simultaneamente. Não utilizamos a ficha de puericultura do município, apenas a sugerida pelo curso de especialização, por ser mais completa e possuir todas as informações necessárias para alimentar os indicadores. Durante as 12 semanas de intervenção, as condutas esperadas em cada consulta de puericultura foram compartilhadas com os pais e/ou responsáveis pela criança para que os mesmos pudessem entender o que foi discutido. Foi ensinado aos mesmos sobre como ler a curva de crescimento, identificando sinais de anormalidade, esse trabalho foi realizado durante o atendimento da médica.

Todas as crianças com déficit de peso foram monitoradas durante a intervenção, sendo garantido o material adequado para a realização das medidas antropométricas, além de acompanhamento em conjunto com a nutricionista.

Ainda na primeira semana da intervenção, fizemos o treinamento de toda a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas. Além do mais, toda a equipe foi treinada para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança; para tal, usamos as normas presentes no Caderno 33 de Saúde da Criança.

Monitoramos mensalmente todas as crianças com excesso de peso durante a intervenção, sendo garantido o material adequado para a realização das medidas antropométricas.

Como não houve nenhuma criança com necessidade de monitoramento especial com relação ao desenvolvimento neuro-cognitivo, o mesmo não foi realizado durante a intervenção.

A capacitação da equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e a capacitação no preenchimento da ficha de desenvolvimento foi realizada, porém somente na minha equipe e não contamos com a presença do técnico de enfermagem da equipe, pois ele não quis se envolver no projeto, infelizmente.

Monitoramos mensalmente a situação vacinal das crianças inscritas no programa; isso foi possível pelo uso das fichas espelho e controle das carteirinhas das crianças.

Garantimos, com o gestor, a disponibilização das vacinas e materiais necessários para a aplicação e realizamos mensalmente o controle dos estoques para evitar falta de vacinas, assim como a enfermagem monitorou a validade das

mesmas. A temperatura do refrigerador foi verificada, diariamente, pela técnica responsável pela sala de vacinas.

Em toda a oportunidade de conversas com os pais das crianças, orientamos sobre a responsabilidade de manter a vacinação em dia, sobre o calendário vacinal e garantimos sempre o atendimento imediato à criança que precisou ser vacinada, sendo estas dirigidas imediatamente à sala de vacinas da UBS.

Capacitamos a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, também fazendo uso do Caderno 33 de Saúde da Criança.

Monitoramos, mensalmente, o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro através da ficha espelho. No entanto, durante a realização da intervenção a Secretaria Municipal de Saúde não contava com esse suplemento disponível nos seus estoques. Mesmo assim realizou-se a prescrição.

Monitoramos, mensalmente, o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva, através da ficha espelho e através do cartão da criança. O encaminhamento para o teste é realizado pelo Hospital Universitário da FURG.

Os pais e responsáveis foram orientados durante a primeira consulta médica de puericultura sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Monitoramos, mensalmente, o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida através da ficha espelho. Este teste é realizado dentro da UBS, o que facilita muito o acesso para os pais das crianças.

As gestantes e a comunidade receberam orientações, durante as consultas na UBS, sobre a importância da realização do teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida. A enfermeira da equipe foi a responsável pela coleta do material para o teste.

Monitoramos, mensalmente, a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência através da revisão das fichas espelhos. Durante as 12 semanas de intervenção, as crianças atendidas pela médica/enfermeira foram encaminhadas no mesmo dia, após a consulta, para avaliação com o dentista. Esse atendimento foi muito bem recebido pelos pais e, apesar de algumas crianças terem pouca ou nenhuma higiene bucal, por falta de conhecimento dos pais, poucas tiveram necessidade de seguir em acompanhamento odontológico.

Durante o contato com a comunidade, esta foi informada da importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade; essa informação foi prestada por toda a equipe em diferentes momentos na UBS durante os atendimentos, sala de espera, sala de vacinas. Em especial, essa informação foi levada à população pelas ACS durante as visitas domiciliares.

Monitoramos, mensalmente, a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência, com primeira consulta odontológica através da revisão das fichas espelhos da saúde bucal. Também foi avaliada a agenda odontológica de modo a facilitar o acesso. Em geral, o dentista mantinha horários disponíveis durante as tardes para atendimento de puericultura, e se necessário retorno para nova avaliação em tempo diferente julgado por ele; o mesmo já fazia o agendamento com os pais da criança.

A equipe também foi capacitada para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico quando necessário.

Monitoramos, mensalmente, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo através das fichas espelhos, assim como, monitoramos mensalmente o número médio de consultas realizadas. Durante as 12 semanas de intervenção houve a necessidade de realizar buscas ativas às crianças faltosas. Entretanto, treinamos as ACS para realizar a busca ativa por meio de visitas domiciliares. As faltosas eram reagendadas pelas próprias ACS.

Foram monitorados, mensalmente, os registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS com a revisão das fichas espelhos e prontuários.

Na semana anterior ao início da intervenção apresentei a todos colegas da UBS o projeto de intervenção e também o material que seria utilizado, já para irem se familiarizando com a rotina e com os novos papéis a serem preenchidos. Já nesse primeiro momento notei resistência por parte da médica da outra equipe (somos duas equipes na UBS). Durante a primeira semana da intervenção, a enfermeira da minha equipe estava em férias, portanto os atendimentos e preenchimentos de fichas-espelho foram somente realizados por mim. Na outra equipe a médica realizou as consultas, porém não preencheu as fichas-espelho e me garantiu que entregaria preenchido na segunda-feira seguinte.

Assim foram mais de três semanas, sem que a médica me entregasse qualquer ficha preenchida com os atendimentos realizados. Tentei através das ACS buscar os dados perdidos, fora de suas microáreas, e elas até fizeram essa busca nas primeiras semanas. No entanto, com razão, pediram para não preencherem mais, pois elas deixariam de fazer outras visitas importantes para estar preenchendo algo que deveria ser feito no serviço, pelos meus colegas. Foi então que decidimos, eu e minha orientadora, manter a intervenção somente na minha equipe, já que entendemos que se esgotaram meus argumentos para fazê-las participar, explicando que não se tratava apenas de um mero trabalho acadêmico, mas sim, da qualificação de uma ação programática muito importante na atenção primária à saúde e que traria benefícios à comunidade, à UBS e à equipe. Também argumentei que o que fora exigido pelo curso nada mais era do que o preconizado pelo Caderno 33 do Ministério da Saúde, ou seja, função de todos que realizam a puericultura em qualquer serviço de saúde.

Apesar de a outra médica e sua equipe não terem participado, acredito que tenha ficado algo de positivo para ela, pois percebi maior interesse da parte dela em realizar os atendimentos de acordo com o que determina o Ministério da Saúde.

Orientamos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas durante o atendimento e aplicação das mesmas.

Monitoramos, mensalmente, o número de crianças de alto risco existentes na comunidade através das fichas espelhos, em reuniões da equipe. Todas as crianças de alto risco foram encaminhadas para acompanhamento no ambulatório de pediatria da FURG e mantiveram as consultas também na unidade.

Nos grupos de promoção à saúde, infelizmente, houve apenas um encontro, mas com uma participação muito boa por parte das mães e das avós das crianças. Acredito que tenha faltado mais ênfase, por parte da equipe, para estimular a participação dos pais/familiares nesses encontros, o que nos mostra onde temos que melhorar. A comunidade foi informada sobre os fatores de risco para morbidades na infância, sobre a importância do aleitamento materno, sobre a influência dos estímulos adequados para um bom desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros assuntos levantados pelas mães. Apesar de conseguirmos realizar apenas um encontro, continuamos tentando realizar novos, pois desejamos que essa ação siga dentro da unidade.

As ACS foram capacitadas para informar às famílias das crianças inscritas no programa da necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

A equipe foi treinada, na primeira semana da intervenção, para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Foram monitoradas, mensalmente, o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática realizada, isso também foi possível através da revisão das fichas espelhos.

No encontro do grupo de promoção à saúde, a comunidade foi esclarecida sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação durante o atendimento odontológico. As ACS foram orientadas para informar a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática.

Monitoramos, mensalmente, o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído, isso foi possível através da revisão das fichas espelho.

A comunidade foi esclarecida durante atendimento odontológico sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário.

A comunidade foi esclarecida sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças quando estavam nas consultas médicas e odontológicas.

Também foi monitorado, mensalmente, os registros de orientação sobre dieta aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática

Os responsáveis foram esclarecidos sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças quando estavam nas consultas médicas e odontológicas.

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

Infelizmente, a ação relacionada a meta de colocar todas as crianças para mamar durante a primeira consulta, foi a única que não foi cumprida conforme o previsto no projeto. Isso se deve ao fato de que várias das crianças atendidas

durante a intervenção chegavam na primeira consulta já desmamadas, ou por serem mais velhas (mais de 2 anos) ou por não estarem sendo amamentadas ao seio materno. As crianças que acompanhamos desde o nascimento foram todas colocadas para mamar durante a primeira consulta e apenas duas foram desmamadas antes dos 6 meses.

**Também não se concretizou a ação que propunha a utilização de folders como material explicativo para a comunidade; esse material foi solicitado à SMS (impressão), porém a mesma nunca nos deu retorno. Dessa forma, a educação em saúde por meio dos folders acabou não ocorrendo.**

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

Trabalhar com planilhas sempre foi algo onde encontrei dificuldades, mas de maneira geral estas fornecidas pelo curso não foram tão complicadas assim. De início parecem mais trabalhosas, mas ao longo da intervenção vão se tornando mais práticas e fáceis para organização dos dados. A substituição de planilhas, ao término da intervenção (eu utilizava as planilhas da Turma 6, uma de saúde da criança e uma de saúde bucal e fui orientada a utilizar a planilha única da Turma 8), consumiu um certo tempo, mas foi realizada sem maiores problemas.

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

Fazendo uma análise fiel e crítica da situação encontrada na UBS, posso dizer com sinceridade que não acredito na incorporação das ações da intervenção junto a saúde da criança na rotina do serviço após minha saída. A equipe encontra-se desmotivada e sem alguém que faça frente para a ação seguir adiante. Acredito que uma modificação nos profissionais técnicos iria estimular as ACS a voltar a trabalhar com motivação. A grande questão é que há muito tempo não tinham um profissional disposto a fazer Estratégia de Saúde da Família dentro da UBS; as atividades estavam somente sendo cumpridas minimamente, para constar.

A tentativa de mudar esse padrão ocorreu já um pouco antes de minha chegada, quando em agosto de 2014 foram trocadas as enfermeiras das duas equipes e juntamente a presença de uma terceira enfermeira responsável apenas

pela parte burocrática e de coordenação da UBS. A ideia era que se tivesse disponível duas enfermeiras para assistência, pois a UBS tem um movimento intenso, em função de ser uma unidade mista – ESF e unidade 24 horas - e alguém que pudesse ficar responsável somente pela parte de papéis, pois os dados estavam absolutamente desorganizados e desatualizados no sistema.

A primeira vista pareceu ser uma boa solução para a dinâmica de trabalho, o problema é que a forma de trabalhar de duas dessas três enfermeiras não agrada e nem incentiva o trabalho em equipe. São pessoas autoritárias, a um ponto que se torna desrespeitoso. Então, ao invés de termos uma melhora, tivemos uma reação de revolta na equipe, pois a forma de trabalhar dessas duas pessoas de suposta liderança é de muito discurso, mas de pouquíssima ação. Evidentemente, se essa dinâmica não mudar, não haverá sucesso em nenhum projeto que venha a ser implementado dentro da unidade.

Algumas mudanças para melhor acredito que irão permanecer, pois finalmente conseguimos manter na rotina alguns pontos, por exemplo: a periodicidade das consultas, a necessidade da revisão do recém-nascido durante os primeiros dez dias de vida, a importância do aleitamento materno e da alimentação adequada para faixa etária, as suplementações e suas doses e indicações, a importância da avaliação do dentista e das orientações passadas pela equipe de saúde bucal, entre outras. Acredito que durante essas 12 semanas isso foi tão repetido que acabará entrando na rotina mesmo após minha saída, mas não da forma como estávamos regularmente fazendo.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS José Salomão Profilurb, no município de Rio Grande/RS, entre os meses de março a maio de 2015. A intervenção teve a duração de 12 semanas e foi voltada para a qualificação da atenção à saúde da criança entre zero a setenta e dois meses.

Residem na área de abrangência, aproximadamente, 130 crianças na faixa etária do programa. Este dado numérico originou-se da estimativa da planilha de coleta de dados, para a população apenas da minha área de abrangência (2.621 pessoas), pois a outra equipe, como já mencionado no relatório, não participou, infelizmente, da intervenção.

Objetivo 1- Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde da criança.

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da UBS.

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

A intervenção realizada procurou qualificar o programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, adstritas na área de abrangência da equipe. A população total registrada nesta faixa etária, pelas estimativas, é de 131 crianças. Foi estipulada uma meta de cobertura de 60% para essa população. No primeiro mês atingimos 24,4% (32 crianças). Já no segundo mês de intervenção, a cobertura foi de 35,9% (47 crianças). E no final da intervenção alcançamos 42% (55 crianças) devidamente cadastradas e acompanhadas no serviço. Apesar dos índices ascendentes, não atingimos a meta proposta.

Para que tivéssemos esse índice crescente foi importante a participação de toda a equipe e principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde, que foram grandes incentivadoras da intervenção, atuando efetivamente na orientação aos responsáveis pelas crianças para que realizassem as consultas agendadas.

Acredito que se todas as equipes tivessem participado da intervenção – o que não ocorreu apesar de muita insistência minha - o trabalho em conjunto de todos e a soma de esforços poderia ter nos levado às proximidades da meta ora proposta. Incluo também a minha própria equipe, que se envolveu somente em parte no foco da intervenção; talvez com envolvimento de todos pudéssemos ter atingido a meta plena. Apesar disso, vejo de forma positiva, pois em termos de qualificação do atendimento melhoramos bastante, como será visto posteriormente.

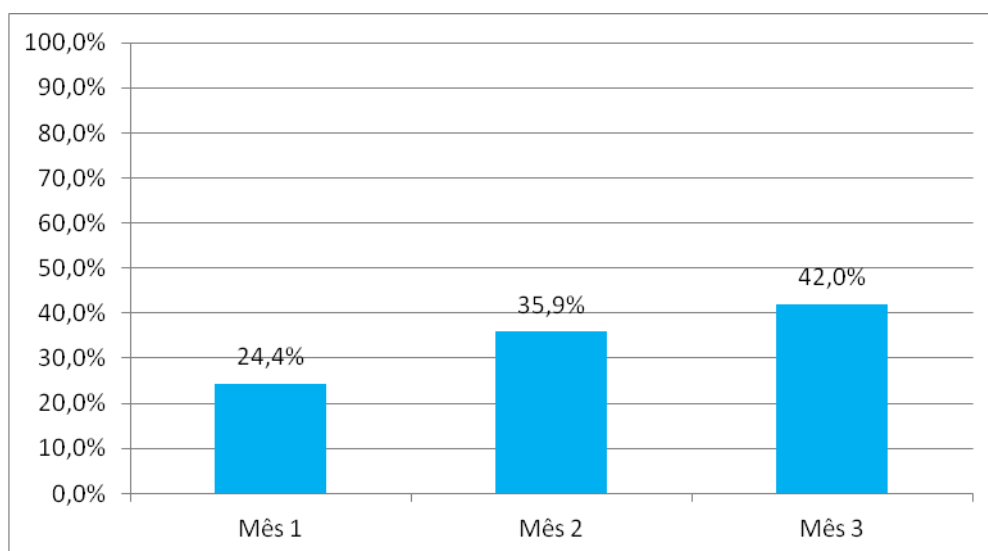


Figura 1- Gráfico da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa da UBS, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

Meta 1.2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

A qualificação da ação programática estendeu-se também à saúde bucal, sendo a população-alvo as crianças de 6 a 72 meses, somando um total de 30 crianças no período.

No que tange a saúde bucal, estabelecemos a mesma meta de 60%, o que foi alcançado e superado, porém apresentando algum decréscimo até o término da intervenção. No primeiro mês conseguimos captar 84,6% (11 crianças), decrescendo para 64% (16 crianças) no segundo mês e chegando a 63,3% (19 crianças) no terceiro mês. Nossa maior dificuldade em manter a meta foi devido a grande demanda do cirurgião-dentista do serviço, que atende duas equipes de ESF, mas que apesar disso mostrou-se colaborativo para dar continuidade aos atendimentos, após a intervenção. Outra questão que determinou que os números diminuíssem foi a quantidade de consultas de retornos nos meses subsequentes, tendo em vista que essas crianças já haviam passado pela primeira avaliação odontológica.

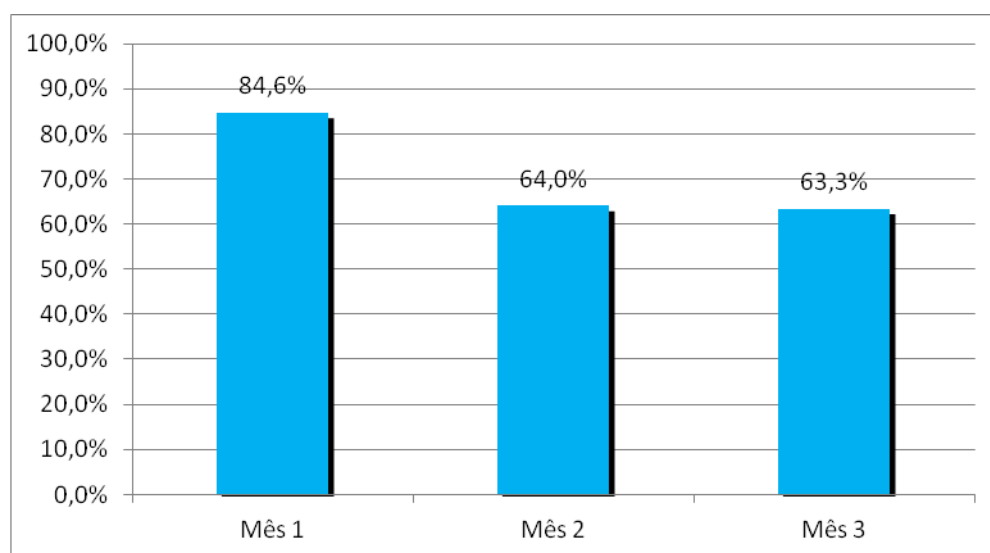


Figura 2- Gráfico da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com primeira consulta odontológica programática, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na UBS

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

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

Durante o primeiro mês de intervenção houve uma grande quantidade de nascimentos, o que resultou em um maior número de atendimentos aos recém-nascidos, como mostram os dados a seguir. No primeiro mês de intervenção consultaram na primeira semana de vida 20 crianças, onde atingimos 62,5%. No segundo mês conseguimos 34% (16 crianças atendidas). Já no último mês de intervenção, concluímos com 30,9% (17 crianças atendidas na primeira semana de vida). Nos outros dois meses, além de terem nascido menos crianças, focamos um pouco mais em atender aquelas crianças com mais de 24 meses que haviam se ausentado das consultas ou que nunca haviam realizado acompanhamento de puericultura na UBS, sendo que não tínhamos a informação sobre a data da primeira consulta, por falta de registro ou desconhecimento dos pais.

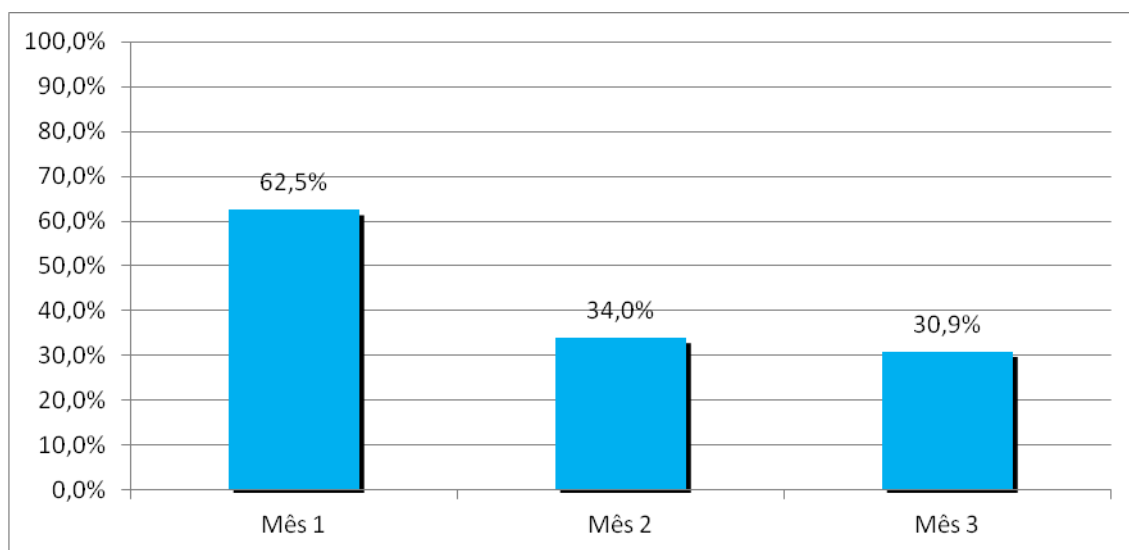


Figura 3- Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Este indicador denota a qualificação da ação programática na UBS. Todas aquelas crianças cadastradas, que passaram a ser atendidas em nosso serviço foram adequadamente monitoradas com relação ao seu crescimento. No primeiro mês foram monitoradas 100% das 32 crianças, no segundo mês 100% das 47

crianças e no terceiro mês 100% das 55 crianças inscritas no programa, atingindo-se, assim, a meta proposta. O bom trabalho das ACS contribuíram para o alcance desta meta.

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

No primeiro mês de intervenção identificou-se uma criança com baixo peso, estando em constante acompanhamento (100%); no segundo mês foi identificada outra criança, sendo que as duas estão em acompanhamento pelo déficit de peso (100%). No terceiro mês identificou-se mais uma criança com baixo peso, sendo acompanhadas todas as 3 (100%).

As crianças com déficit de peso, além de manter seu acompanhamento comigo na consulta de puericultura, passaram por avaliação nutricional, tendo assim melhorado consideravelmente de peso.

O trabalho interdisciplinar contribuiu para o devido encaminhamento das situações identificadas.

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Durante o período da intervenção, apenas 2 crianças entre as 55 acompanhadas apresentaram-se acima do peso desejado e ambas seguem com monitoramento adequado. No primeiro mês encontramos 1 criança com excesso de peso; no segundo mês mais uma criança foi identificada, totalizando 2 crianças monitoradas (100%). No terceiro mês, as 2 crianças estavam com monitoramento em dia, totalizando 100%.

Da mesma forma, as crianças com excesso de peso também passaram por avaliação nutricional, com estas, no entanto, não conseguimos melhorar tanto, pois hábitos alimentares são muito complicados de serem alterados, principalmente se isso já vem de um padrão errado de comportamento na família. Mas mantemos as orientações adequadas sobre alimentação.

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Foi monitorado o desenvolvimento de 100% das 32 crianças no primeiro mês da intervenção, mantendo-se também em 100% o monitoramento das 47 crianças inscritas no segundo mês da intervenção. Da mesma forma, 100% das 55 crianças cadastradas no programa estavam com monitoramento do desenvolvimento em dia ao término da intervenção.

A organização do serviço para acolher as crianças por agendamento contribuiu para o sucesso desta meta.

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

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

Todas as crianças atendidas na UBS seguiram a risca todos os padrões de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde em relação a atenção à saúde da criança; portanto no primeiro mês foram vacinadas 100% das 32 crianças atendidas, sendo que no segundo mês e terceiro mês também atingimos os 100%, sendo respectivamente 47 e 55 crianças com vacinas em dia.

Em todo o contato com a criança era solicitada a carteira de vacinas, para averiguar o esquema vacinal. Não enfrentamos dificuldades com o estoque de vacinas, controlado pela enfermagem; todas estavam a disposição no serviço.

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

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

Conforme relatei anteriormente, no primeiro mês de intervenção houve um maior número de atendimentos de crianças entre 0-6 meses, as quais não se enquadram dentro da faixa etária para suplementação de ferro. Atingimos somente 50% (4 crianças) entre os atendidos no primeiro mês. Nos meses subsequentes conseguimos atender, além dos bebês, as crianças maiores dentro da faixa de suplementação, logo aumentamos os indicadores, passando para 100% das 13 crianças do segundo mês e 100% dos 14 atendidos no terceiro mês de intervenção, dentro da faixa etária da suplementação.

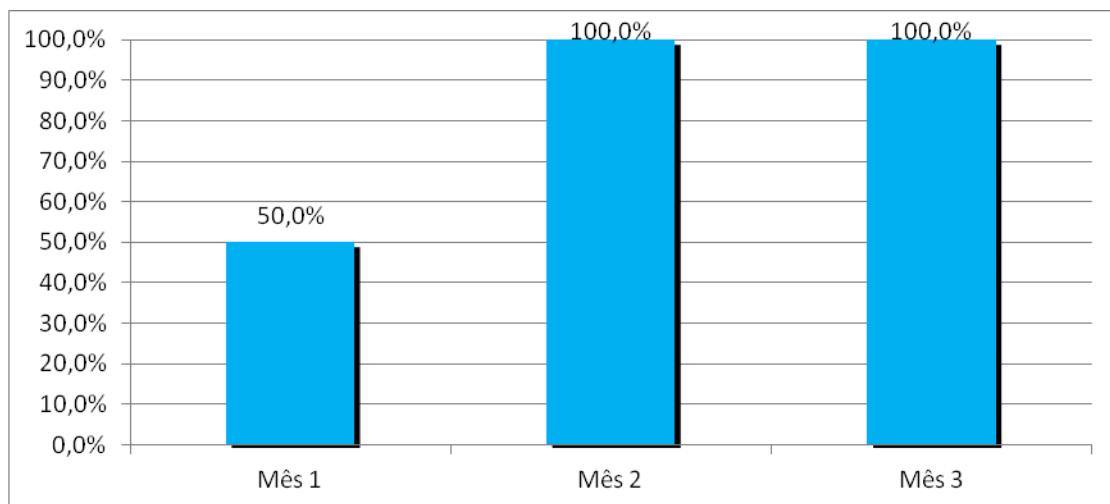


Figura 4- Gráfico da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

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

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Ainda durante a primeira semana de vida, quando foram à UBS para realizar o teste do pezinho, alguns recém-nascidos não haviam realizado o teste da orelhinha. No entanto, dentro do município, os recém-nascidos atendidos dentro do Hospital Universitário – FURG já recebem alta com a triagem realizada ou pelo menos agendada. Já os atendidos pela Santa Casa de Misericórdia não recebem a mesma atenção, e é com estes que temos atenção redobrada, pois temos que insistir com as mães para agendarem o teste. Apesar disso todos acabam realizando a triagem mais cedo ou mais tarde. Para justificar o aumento dos indicadores, mantenho o mesmo argumento sobre o maior número de atendimentos ao recém-nascidos durante as primeiras 4 semanas de intervenção. Sendo assim, no primeiro mês 93,8% das crianças atendidas haviam realizado o teste (30) e já a partir do segundo e terceiro mês todas as 100% acompanhadas, respectivamente 47 e 55, estavam com o teste realizado.

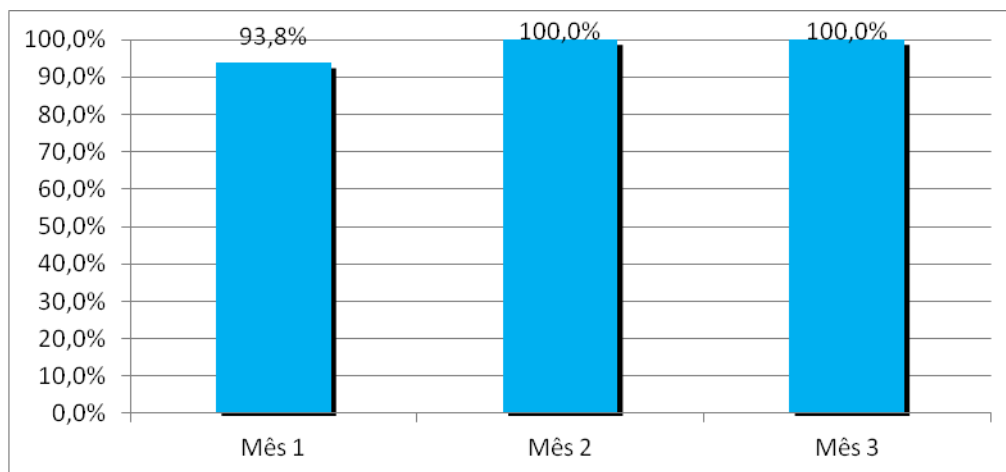


Figura 5- Proporção de crianças com triagem auditiva, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

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

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

Todas as crianças atendidas realizaram o teste do pezinho dentro dos primeiros sete dias de vida, totalizando 100% nos três meses de intervenção, com 32, 47 e 55 crianças, respectivamente, em dia. Entre os grandes facilitadores para isso estão o fato da equipe manter um olhar atento aos recém-nascidos, das orientações fornecidas durante o pré-natal e a coleta para o teste ser realizada na UBS, com facilidade.

Meta 2.10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês de intervenção 84,6% das crianças (11 crianças) haviam realizado avaliação da necessidade de atendimento odontológico; no segundo mês essa avaliação caiu para 72% (18 crianças), pela grande demanda que tem o odontólogo no serviço e no terceiro mês concluímos com 76,7% (23 crianças) com atendimento realizado.

Mesmo não atingindo a meta proposta, a inclusão da saúde bucal no atendimento rotineiro à criança foi um ganho ao programa. Isso se deu devido a boa parceria com o colega odontólogo. Mas é fato que a equipe precisa continuar a



orientação do cuidado à saúde bucal em todas as consultas de puericultura, para que a cultura do atendimento apenas em caso de dor seja modificada na comunidade.

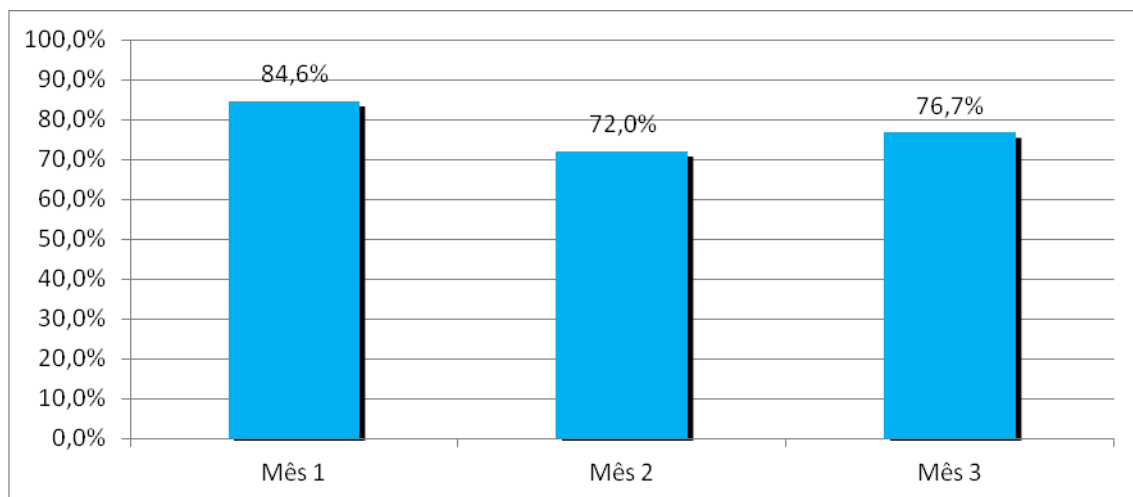


Figura 6- Gráfico da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

### 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: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Procurei, durante todo o período da intervenção, realizar busca ativa em todas as crianças faltosas. As buscas ativas foram realizadas em 100% dos casos, durante os três meses, e as consultas reagendadas. No primeiro e segundo mês, tivemos sete crianças faltosas, sendo todas buscadas através das vistas das ACS e no terceiro e último mês, foram 12 crianças faltosas às consultas, sendo que todas receberam busca ativa pelas ACS. No entanto houve casos em que as crianças não compareceram ao reagendamento; dessa forma alguns se tornaram um ciclo vicioso de buscas ativas.

Nesse ponto gostaria de salientar o quanto foi importante a participação das ACS no nosso trabalho. Desde o início se mostraram interessadas em aumentar e melhorar a atenção dispensada às crianças na UBS e foram incansáveis, junto comigo, até o final da intervenção. Realizaram busca ativa, fizeram orientações em

sala de espera e tentaram - continuamos tentando - desenvolver atividade de grupo com as mães e crianças.

#### Objetivo 4: Qualificar o registro das informações

Meta 4.1 - Manter registro adequado na ficha espelho de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

No início da intervenção algumas crianças não tinham prontuário adequadamente preenchido, nem as fichas-espelho, pois algumas informações em algumas cadernetas não estavam escritas. Em geral essas crianças eram recém-nascidos no Hospital Santa Casa, por isso alcançamos apenas 84,4% no primeiro mês de intervenção (27 crianças). Ao longo dos dois meses seguintes, conseguimos completar todas essas informações e manter o registro atualizados dessas e de todas as outras crianças, atingindo os 100% propostos no segundo e terceiro mês (47 e crianças, respectivamente).

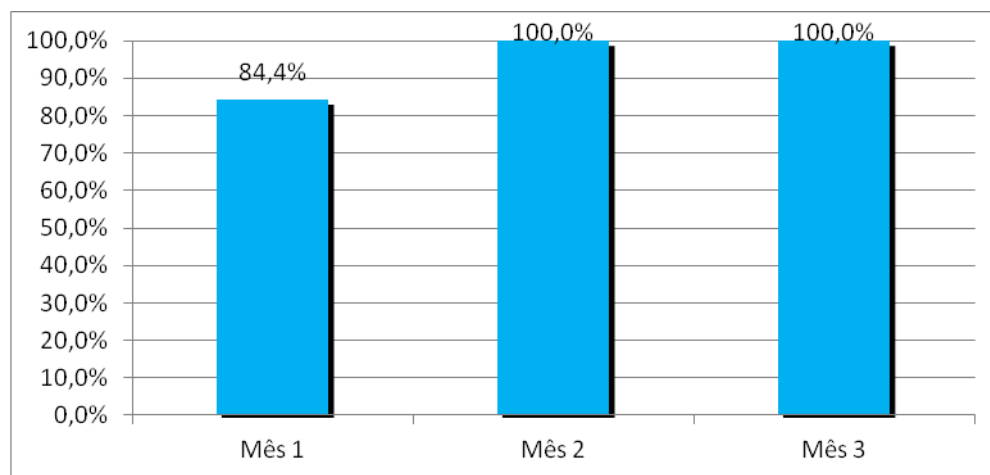


Figura 7- Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

#### Objetivo 5: Mapear as crianças de risco

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Como parte do atendimento em atenção à saúde da criança temos a avaliação de risco, que já vem muitas vezes desde a atenção ao pré-natal. Durante o primeiro mês de intervenção, não estávamos familiarizadas com essa prática, dessa forma atingimos apenas 71,9% das crianças (23 crianças). Então procurei me atualizar e estudar um pouco sobre essa questão e, ao decorrer dos outros dois meses, já estava preparada para desenvolver essa avaliação. Dessa forma conseguimos realizar a avaliação em todas as crianças cadastradas, no segundo e terceiro mês, conseguindo totalizar os 100% propostos (47 e 55 crianças).

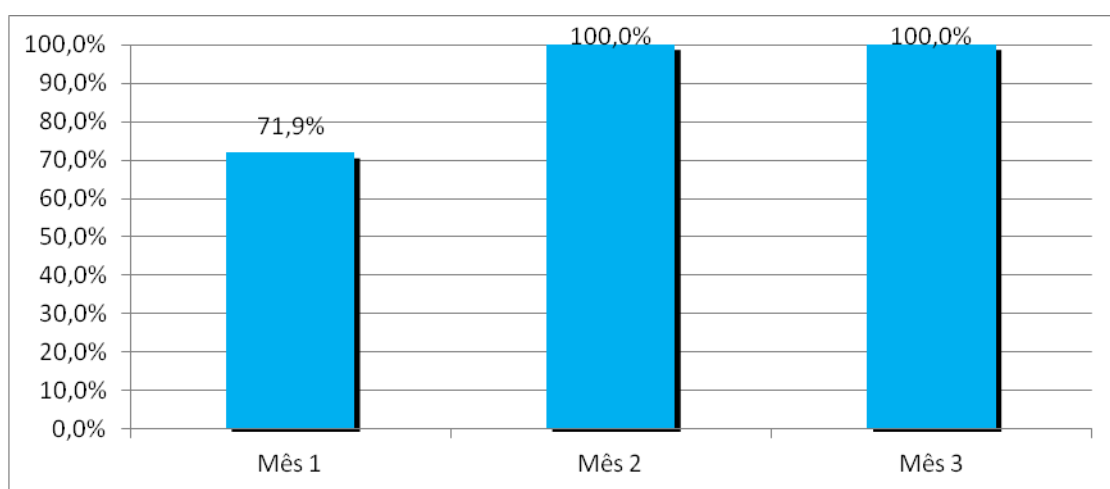


Figura 8- Gráfico da proporção de crianças com avaliação de risco, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

#### Objetivo 6: Realizar ações de promoção à saúde

Meta 6.1 - Dar orientações às mães para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas.

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

Num primeiro momento achei desnecessário falar em acidentes para as mães dos recém-nascidos, crianças que compuseram a maior parte dos atendimentos no primeiro mês de intervenção, o que aponta somente 84,4% (27 crianças). Após ler mais sobre o assunto, passei a salientar a questão da morte súbita do lactente, orientar melhor quanto a posição ideal para dormir e sobre a manobra correta para desengasgar o bebê, além das orientações básicas.

Logicamente, com as crianças maiores sempre salientamos os cuidados, principalmente após os primeiros passos. Com essa nova postura no decorrer das consultas conseguimos atingir nossa meta em 100% das crianças já no segundo mês de programa (47), mantendo os 100% também no terceiro mês, com 55 crianças.

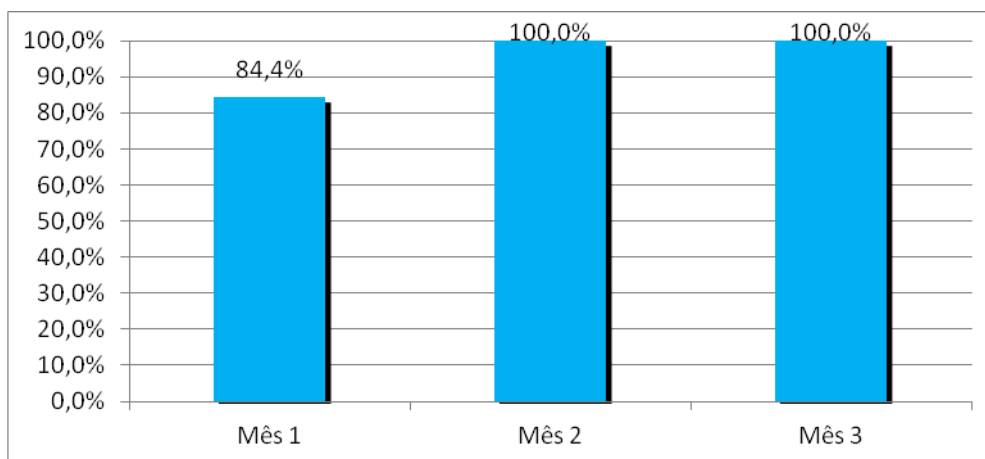


Figura 9- Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

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

Indicador: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Mais uma vez aparece mais alta a proporção durante as primeiras 4 semanas de intervenção, em função do maior número de atendimentos aos recém-nascidos no primeiro mês, onde 68,8% das crianças atendidas (22 crianças) mamaram na primeira consulta. Nos meses subsequentes os indicadores declinaram devido ao número de crianças maiores de 12 meses que foram atendidas, sendo que algumas já não mamavam, passando no segundo e terceiro mês para 46,8% e 49,1%, respectivamente 22 e 27 crianças assistidas durante o ato de mamar.

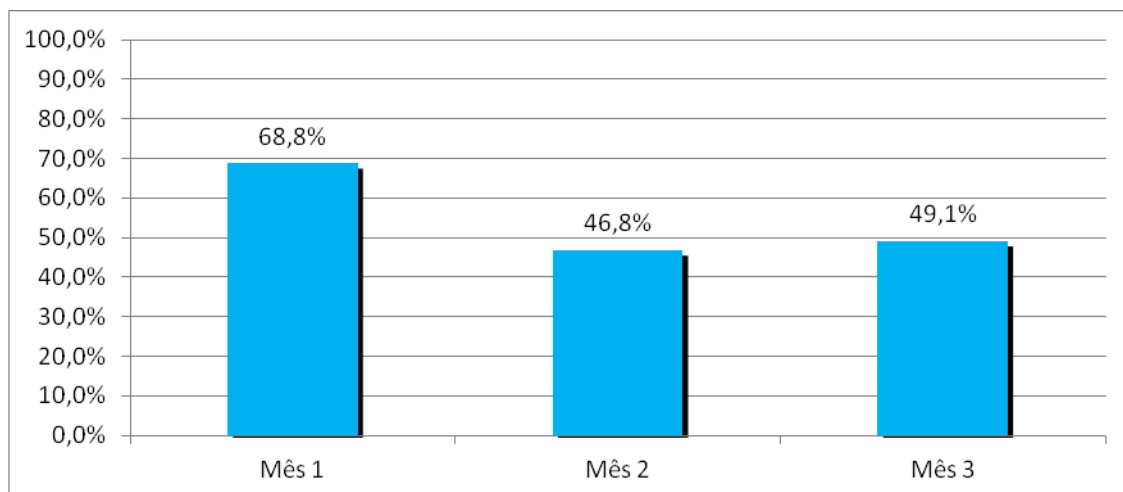


Figura 10- Gráfico da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

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

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

Todas as mães das crianças receberam, durante todo período da intervenção, orientações dietéticas adequadas para faixa etária, tanto durante atendimento médico como durante atendimento odontológico. Dessa forma, atingimos 100% da meta durante os três meses de intervenção, com 32, 47 e 55 crianças.

Nesse ponto, em especial, saliento o quanto foi estimulada a questão do aleitamento materno exclusivo pela equipe. Ficamos felizes em ver os 100% alcançados nessa meta.

**Meta 6.4 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães das crianças**

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Essas orientações sempre foram passadas durante meus atendimentos às crianças; no entanto com a participação da equipe de saúde bucal houve uma melhora significativa da higiene oral dos pequenos. Acredito que o fato de terem esse atendimento específico disponível e, de certa forma, obrigatório, as mães conseguiram absorver melhor a importância desses hábitos de higiene.

Apresentamos um número menor no primeiro mês de intervenção devido ao número de recém-nascidos, os quais não passaram pela avaliação da saúde bucal, tendo atingido então 84,4% (27 crianças). Nos meses que seguiram, conseguimos elevar os indicadores e assim os mantivemos até o final, com 100% no segundo e terceiro mês (47 e 55 crianças).

Ressalto a ótima parceria com a equipe de saúde bucal para o alcance dessa meta.

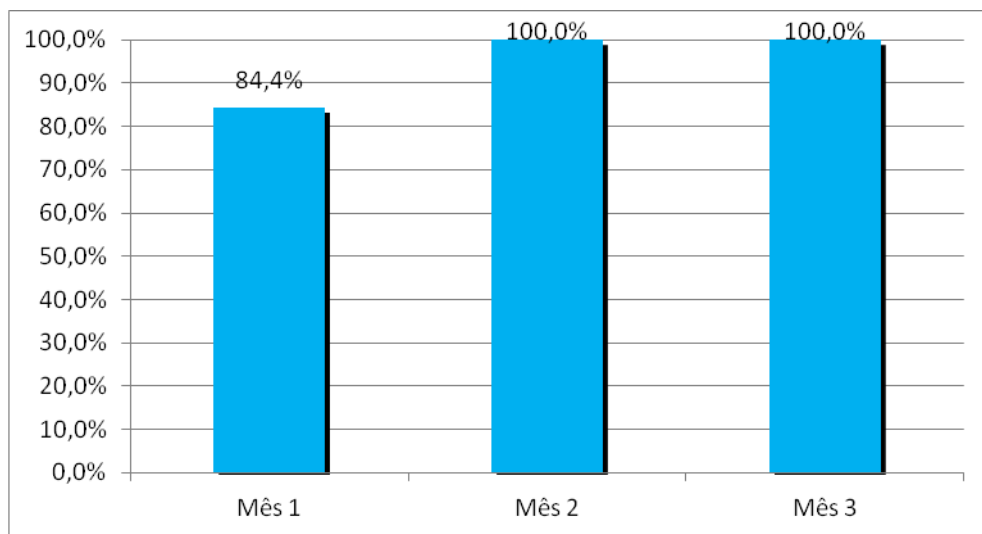


Figura 11- Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada procurou qualificar o programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, adstritas na área de abrangência da equipe. A população total registrada nesta faixa etária, pelas estimativas, é de 131 crianças. Foi estipulada uma meta de cobertura de 60% para essa população. No primeiro mês atingimos 24,4% (32 crianças). Já no segundo mês de intervenção, a cobertura foi de 35,9% (47 crianças). E no final da intervenção alcançamos 42% (55 crianças) devidamente cadastradas e acompanhadas no serviço. Apesar dos índices ascendentes, não atingimos a meta proposta. Ainda, organizou-se o fluxo de atendimento à criança, adotou-se protocolo específico e o programa passou a ser monitorado regularmente.

Para que tivéssemos esse índice crescente foi importante a participação de toda a equipe e, principalmente, das Agentes Comunitárias de Saúde, que foram

grandes incentivadoras da intervenção, atuando efetivamente na orientação aos responsáveis pelas crianças para que realizassem as consultas agendadas. Penso que se todas as equipes tivessem participado da intervenção – o que não ocorreu apesar de muita insistência minha - o trabalho em conjunto de todos e a soma de esforços poderia ter nos levado às proximidades da meta ora proposta. Incluo também a minha própria equipe, que se envolveu somente em parte no foco da intervenção; talvez com envolvimento de todos pudéssemos ter atingido a meta plena. Apesar disso, vejo de forma positiva, pois em termos de qualificação do atendimento melhoramos bastante.

A intervenção foi muito importante à equipe, já que conseguiu mostrar que o trabalho implementado e todo o empenho foram capazes de estruturar um programa e um controle adequado no atendimento às crianças. As ACS foram orientadas de como deveriam explicar à comunidade a importância do atendimento em puericultura, para assim termos uma melhor adesão. O uso do protocolo na rotina foi outro aspecto positivo à equipe.

Acredito que, muito mais do que os resultados em termos numéricos da intervenção, o projeto serviu para unificar a equipe que estava totalmente desestruturada. Mas, essa união da equipe 11 contrastou com a falta de coleguismo e falta de estrutura da equipe 10. Além da equipe não ter aderido à intervenção, foi nítido durante as doze semanas que quanto mais nos afinávamos e trabalhávamos melhor juntas, mais a outra equipe se desarticulava. Fato que culminou com a saída da médica da equipe 10 no início do mês de julho.

O serviço foi beneficiado no momento em que foi estruturado, de acordo com as recomendações oficiais, o programa de atenção à saúde da criança, com potenciais para trazer muitos benefícios à comunidade. O serviço ganhou uma ação programática estruturada, ou seja, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de 72 meses. Atualmente, as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde são realizadas adequadamente pela nossa equipe, para todas as crianças do programa. Outro aspecto positivo para o serviço foi o registro das informações, que foi implementado também.

Sobre o impacto que a intervenção teve em relação a comunidade, vejo que os responsáveis passaram a ter uma procura muito maior pelas consultas, inclusive os usuários da outra área, pois eles passaram a solicitar consultas comigo e com a enfermeira.

Ainda em relação a comunidade, acredito que a intervenção foi de bastante sucesso, pois além de termos conseguido aumentar nossa cobertura e melhorar muito a qualidade do atendimento que as crianças do bairro recebiam, mostramos à população que dentro da unidade existem profissionais interessados em acolher as crianças. Essa era uma grande reclamação, pois há muito tempo não se sentiam acolhidos na unidade e com o início do projeto isso foi mudando. Hoje, além de aumentarmos a cobertura de puericultura, também estamos aumentando a cobertura de pré-natal e puerpério, o que reflete automaticamente.

Quanto ao envolvimento da comunidade na intervenção, apesar de nossos esforços, não houve o envolvimento esperado. Como já citei, a população tem uma certa resistência em alguns aspectos do funcionamento da ESF em virtude de, na mesma unidade, contarem com o pronto-atendimento, noutro turno. Saliento como importante a participação no único encontro de grupo que conseguimos promover; naquele momento houve sim um belo envolvimento, com troca de ideias, diálogo aberto entre os profissionais de saúde e os usuários. No entanto, somente conseguimos reunir essas pessoas em grupo uma única vez.

Neste momento tenho certeza que tudo funcionaria diferente e melhor do que em março, quando iniciei a intervenção. Mudanças que eu gostaria que acontecessem dentro da UBS, mas que não tinha o poder de realizar, acabaram acontecendo mais tarde. Recebemos dois médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), esses colegas irão trabalhar na UBS durante um período de três anos, um deles irá me substituir e o outro já está substituindo a médica anterior.

Com a chegada dos novos colegas, acredito que seja viável o seguimento da intervenção pela equipe, quem sabe expandindo para outras ações programáticas.

Vejo que para continuar havendo melhoras no atendimento precisamos pegar o conceito de saúde da família e trazê-lo cada vez mais em sua natureza para dentro da unidade. O serviço e a comunidade precisam sentir-se acolhidos e assistidos pelos profissionais de saúde da estratégia, e não usar a UBS somente como pronto-atendimento ou ponte para consultas com especialistas.



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

Ilmo. Gestor do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica e Secretária de Saúde do município de Rio Grande/RS

Venho através deste, relatar os resultados de um projeto de intervenção, tendo como foco a saúde da criança, ocorrido na UBS José Salomão, por mim conduzido, em virtude do curso de especialização em saúde da família.

A referida intervenção ocorreu no período de março a maio de 2015, tendo então 12 semanas de duração e teve como principal objetivo qualificar a atenção à saúde da criança entre 0-72 meses, tendo como público-alvo as crianças nessa faixa-etária da área de atuação. Para isso, algumas metas foram estipuladas e ações para alcançá-las foram organizadas. Todas as ações foram orientadas pelo Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento – Ministério da Saúde, 2012.

Atendendo a proposta inicial, monitoramos todas as crianças que foram cadastradas nesse período de 12 semanas de intervenção, mensalmente, ação realizada pela médica da equipe e também pela enfermeira. Isso foi possível através da adoção do registro específico – ficha espelho do programa.

Como temos algumas microáreas sem ACS, ainda estamos buscando e cadastrando as crianças na faixa etária de 0-72 meses, visto que em 12 semanas não foi possível cadastrar todas da nossa área de abrangência, mas essa ação continua na UBS. Com a busca de crianças na comunidade, houve o aumento da adesão às consultas de puericultura, bem como aumento das crianças seguidas adequadamente pelo serviço. Abaixo, o gráfico que mostra o aumento da cobertura do programa:

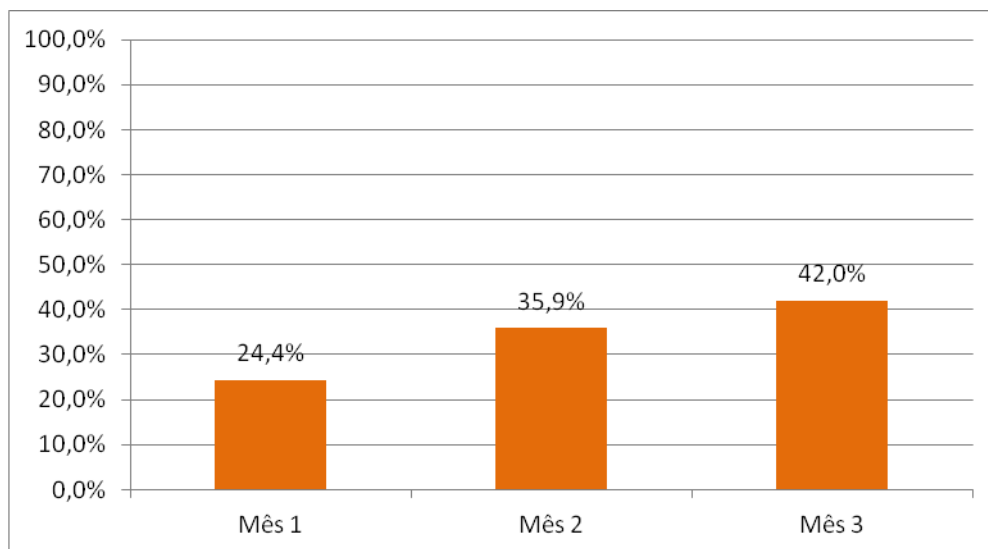


Gráfico da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa da UBS, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

Informamos à comunidade a importância de levarem seus filhos à UBS, para a consulta de puericultura, esclarecendo os benefícios principais de se manter o monitoramento das crianças, entre os quais salientamos a alimentação correta de acordo com a faixa etária, em especial durante o primeiro e segundo ano de vida, a importância do aleitamento materno e as corretas suplementações de ferro e vitamina D preconizadas. Ainda na primeira semana de intervenção parte da equipe foi capacitada, pois algumas ACS estavam em atividade fora da unidade, de acordo com o protocolo adotado, Caderno 33 de Saúde da Criança, a fim de oferecermos um cuidado padronizado, adequado e que melhore a qualidade do desenvolvimento e crescimento dessas crianças, tanto a curto como a longo prazo.

Houve ênfase no monitoramento das crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, esse monitoramento foi realizado sem uma periodicidade específica, mas com atenção às gestantes que estavam nas últimas semanas de gestação. Procurávamos nos informar sobre o parto e nascimento dos bebês e realizamos busca ativa e visitas de puerpério para as que não compareceram na unidade na primeira semana de vida do recém-nascido. Essas ações foram realizadas em conjunto pela equipe, havendo envolvimento tanto das ACS como da médica e da enfermeira.

Informamos às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da atenção à saúde da criança, orientando-as que o atendimento em puericultura poderia ser agendado para médica e enfermeira.

Realizamos monitoramento de crianças com baixo peso, as com excesso de peso, treinamos a equipe sobre as técnicas adequadas para realizar as medidas antropométricas, controlamos estoque de vacinas e a rede de frio, graças ao apoio da secretaria municipal de saúde e do senhor gestor.

Monitoramos ainda, mensalmente, o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva, o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área.

Foram monitorados, mensalmente, os registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS com a revisão das fichas espelhos e prontuários.

Nos grupos de promoção à saúde, infelizmente, houve apenas um encontro, mas com uma participação muito boa por parte das mães e das avós das crianças. A comunidade foi informada sobre os fatores de risco para morbidades na infância, sobre a importância do aleitamento materno, sobre a influência dos estímulos adequados para um bom desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros assuntos levantados pelas mães. Apesar de conseguirmos realizar apenas um encontro, continuamos tentando realizar novos, pois desejamos que essa ação siga dentro da unidade.

Fazendo uma análise crítica da situação encontrada na UBS, posso dizer com sinceridade que não acredito na incorporação das ações da intervenção junto a saúde da criança na rotina do serviço após minha saída. A equipe encontra-se desmotivada e sem alguém que faça frente para a ação seguir adiante. Acredito que uma modificação nos profissionais técnicos iria estimular as ACS a voltar a trabalhar com motivação. A grande questão é que há muito tempo não tinham um profissional disposto a fazer Estratégia de Saúde da Família dentro da UBS; as atividades estavam somente sendo cumpridas minimamente, para constar.

Algumas mudanças para melhor acredito que irão permanecer, pois finalmente conseguimos manter na rotina alguns pontos, por exemplo: a periodicidade das consultas, a necessidade da revisão do recém-nascido durante os primeiros dez dias de vida, a importância do aleitamento materno e da alimentação

adequada para faixa etária, as suplementações e suas doses e indicações, a importância da avaliação do dentista e das orientações passadas pela equipe de saúde bucal, entre outras. Acredito que durante essas 12 semanas isso foi tão repetido que acabará entrando na rotina mesmo após minha saída, mas não da forma como estávamos regularmente fazendo.

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

Aos usuários da UBS José Salomão Profilurb

Nós, membros da equipe de saúde da UBS José Salomão Profilurb, gostaríamos de compartilhar com vocês uma ação desenvolvida no serviço durante o ano de 2015. Iniciamos um novo protocolo de atendimento com nossa atenção voltada à saúde da criança, não focado na doença, mas na prevenção e acompanhamento do desenvolvimento de nossos pequenos.

Escolhemos esse tema pois observamos que a UBS tinha um número pequeno de atendimentos voltado para saúde da criança. E ainda, os atendimentos realizados estavam sem um padrão que conseguisse manter uma boa qualidade, em razão de sempre estar focado na doença e não na prevenção. O programa escolhido – Puericultura, como chamamos aqui – tem o objetivo de monitorar o crescimento e desenvolvimento da criança, desde seu nascimento até os cinco anos de idade. Dessa forma, a equipe de saúde passa a conhecer cada criança e tem a oportunidade de cuidar de forma integral de sua saúde.

Para que vocês possam entender melhor, vamos explicar por que é tão importante ter esse cuidado tão especial com a saúde da criança. É sabido já por diversas pesquisas científicas que manter consultas de rotina durante a infância proporciona um desenvolvimento melhor, pois leva em conta a criança, sua família e o entorno, analisando o conjunto biopsicosócio-cultural.

Nas consultas periódicas, o médico observa a criança, indaga aos pais sobre as atividades do filho, reações frente a estímulos e realiza o exame clínico. Quanto mais nova a criança, mais frágil e vulnerável, daí a necessidade de consultas mais frequentes durante o primeiro ano de vida. Em cada consulta o médico vai conversar, pedindo informações de como a criança se alimenta, se as vacinas estão em dia, como ela brinca, condições de higiene, seu cotidiano. O acompanhamento

do crescimento, através do peso, da altura e do perímetro cefálico (tamanho da cabeça) e sua análise em gráficos, são indicadores das condições de saúde das crianças. Sempre, a cada consulta, a criança deve ter seu crescimento e seu desenvolvimento avaliado. Crescimento é o ganho de peso e altura, um fenômeno quantitativo, que termina ao final da adolescência. Por outro lado, o desenvolvimento é qualitativo, significa aprender a fazer coisas, evoluir, tornar-se independente e geralmente é um processo contínuo, até a vida adulta.

Sendo assim, é importante que a equipe de saúde conheça o seu filho e que os pais possam estabelecer uma relação de mútua cooperação tanto com o médico como com a enfermeira, tendo pessoas de confiança a quem recorrer nos casos de dúvidas, para o seguimento preventivo do crescimento e do desenvolvimento de seu filho e nos casos de doença, alguém habilitado para ajudar a cuidar adequadamente de seu filho. Outro ponto essencial em salientar para vocês, é que dentro do posto de saúde que funciona pela Estratégia de Saúde da Família, o médico que irá cuidar de seu filho, provavelmente não será um pediatra, mas um profissional treinado, tão capaz quanto o próprio especialista para realizar esse atendimento.

Pensando nisto, a equipe de saúde de nossa unidade sentiu a necessidade de melhorar este serviço, estudou muito a respeito e programou maneiras de fazer isso. Após juntos decidirmos quais os passos a serem seguidos, em marco de 2015 começamos a colocar em prática tudo o que planejamos. Para realizar o projeto, em primeiro lugar, escolhemos um dia específico para atender uma agenda somente de puericultura, as segundas-feiras a tarde. Apesar de a comunidade ter uma impressão da consulta agendada, é muito importante que esses atendimentos específicos funcionem dessa maneira, para podermos estar a par de quem vem as consultas e buscar quem está faltando. Ficou como competência do médico atender as crianças de recém-nascidos até os dois anos de idade. Já as crianças maiores de dois anos e até os cinco anos, seriam atendidas pela enfermeira da equipe.

Para aprimorar nosso serviço, foram desenvolvidas formas de registro específico, organizado protocolo de orientações, protocolo para exames laboratoriais, vacinas, testes de triagem como o do pezinho, por exemplo. Oportunizamos acompanhamento em grupos com a participação de mães e avós para abordarmos os assuntos mais comuns sobre os quais surgem diversas dúvidas durante a vida da criança. No período de três meses, atendemos e cadastramos

adequadamente como recomenda o Ministério da Saúde, 55 crianças de nossa comunidade. Queremos aumentar esse número.

Estamos muito contentes com os resultados obtidos e pela participação das mães. Às mães e avós deixamos os nossos parabéns por aderirem ao programa, demonstrando assim, cuidados com seus filhos e vontade de construir sua família sobre os melhores alicerces. Foi muito gratificante para nós, como equipe, ver que nosso trabalho deu certo.

Trouxemos dois gráficos, apenas para visualizarem algumas entre as melhorias que conseguimos. O primeiro se refere ao aumento das crianças que passaram a consultar conosco, na UBS e o outro ao uso de suplementação de ferro, prevenindo a anemia:

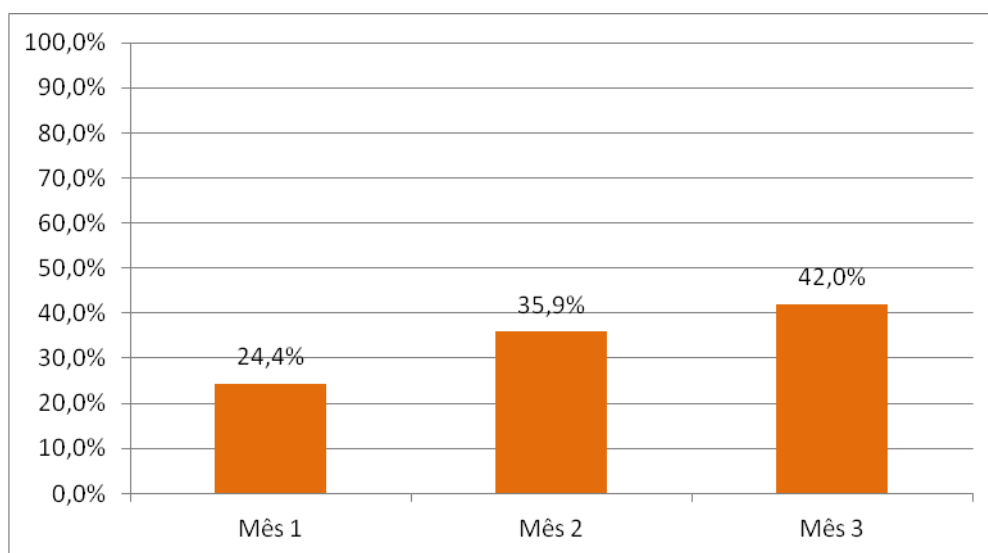


Figura 1- Proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa da UBS, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS

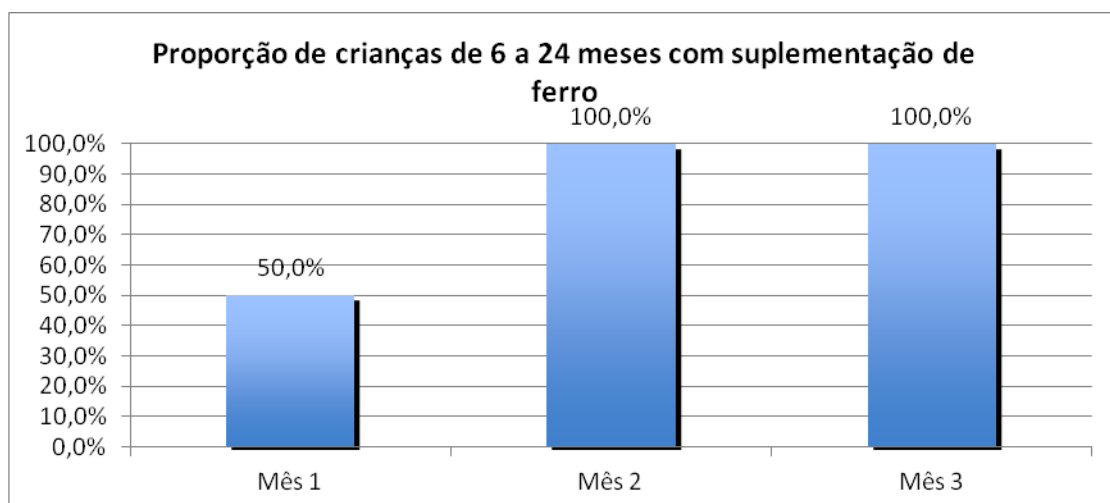


Figura 4- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, nos meses de março a maio de 2015, Rio Grande/RS



Queremos sempre continuar melhorando. Queremos manter o programa sempre em ordem e disponível para as crianças. E queremos poder contar com o auxílio de toda a comunidade do Profilurb para que tenham compreensão quanto à prioridade de consultas para as crianças e que sejam instrumentos na nossa busca de uma saúde melhor para nosso município – avisando aos pais que ainda não saibam da existência e da importância da puericultura.

Visto que os resultados foram válidos, esperamos efetuar este mesmo processo de estudo, planejamento e início de mudanças para outros setores da população que necessitam também de atenção priorizada – como diabéticos, hipertensos, gestantes e idosos.

Nós, como equipe de saúde, nos colocamos à disposição para esclarecer dúvidas, para fornecer orientações e para atendê-los adequadamente, da melhor maneira que pudermos.

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

Ao ingressar no programa, não tinha muitas expectativas com relação a crescimento profissional, pois tinha uma visão de que fosse exercer funções muito básicas e uma medicina sem muitos desafios. Realmente durante os primeiros meses, antes de entrar no período de licença maternidade, foi mais ou menos dessa maneira, tendo em vista que em dois meses dentro da unidade não foi possível me integrar totalmente à equipe. Apesar de ter sido muito bem recebida, tanto pela comunidade quanto pela equipe técnica, em vista do curto tempo, essa interação não foi completa.

Ao retornar da licença, em novembro de 2014, fui alocada em outra unidade, bem diferente daquela onde iniciei o programa. Uma unidade mista – com ESF durante o dia e plantões a noite, feriados e finais de semana. Isso por si só já é um fator complicador, que devemos aprender a como cativar a população para ESF. Além disso, essa unidade sempre foi um ponto de conflito no município, envolvendo um troca-troca de funcionários, denúncias frequentes da população, queixas com relação ao atendimento, atritos entre as equipes dos plantões e as equipes de saúde da família e ainda os próprios problemas que são rotina dentro de uma UBS.

Para mim fica uma satisfação pessoal muito grande, pois além de todo aprendizado que pude ter em relação a medicina, sendo na parte de clínica geral, de medicina de família e também de psiquiatria – áreas com as quais nunca me identifiquei durante a graduação – fica a sensação de que consegui, obviamente com a ajuda das minhas colegas de equipe, unificar e colocar como costume chamar, o trem da ESF dentro do trilho, ou pelo menos o mais próximo possível. Me sinto muito realizada com o trabalho que realizamos durante esses dez meses dentro da UBS, pois peguei a situação em total desestrutura, sem alguém com vontade de assumir a liderança da equipe, estavam à deriva. Pude visualizar isso

claramente em nossa última reunião com o NASF, já apresentando o novo colega médico que irá assumir em meu lugar, pois estava a par de todos os casos clínicos apresentados, conseguindo passar individualmente cada história para o novo colega. Inclusive no final da reunião, já em clima de despedida, a enfermeira da equipe elogiou o quanto eu estava envolvida e inteirada de toda área e dos usuários que atendemos. Isso tudo para mim é muito gratificante, porque não imaginava que poderia realizar esse trabalho de forma adequada, a ponto de ser elogiada por enfermeiros e ACS com mais de dez anos de experiência em ESF, partindo do princípio que era uma das áreas da medicina que nunca me interessei.

Em relação ao curso, apesar de não ter mantido um ritmo nas atividades conforme eu gostaria, em função de ter tido uma certa dificuldade em me adaptar e conciliar a vida profissional com a maternidade, também percebo que me foi de grande valia. Tive a oportunidade de entrar em contato com temas que nunca havia tido contato durante a graduação, pois no meu currículo não havia a disciplina de saúde da família como hoje existe na FURG. Dessa forma, penso que me acrescentou muito ao me abrir leituras como atenção à demanda espontânea na atenção básica, atenção domiciliar e, para mim o principal, a abordagem multidisciplinar.

Acredito que a maioria dessas modificações pelas quais passei, tanto as de cunho profissional quanto pessoal, tenham uma relação muito intensa com a maternidade. E por isso só tenho a agradecer a minha filha, Marina, que permitiu que eu me tornasse uma pessoa mais tranquila, mais diplomática, mais firme e mais segura nas minhas condutas.

## 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. 272p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional do Programa de Suplementação de ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 28p.

NELSON. **Tratado de Pediatria**. Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 18ª Edição. Elsevier, 2009.

SZPILMAN, A.R.M. Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. V.14, n.1, p.42-48, 2012.

VIEIRA, V.C.L.; FERNANDES, C.A.; DEMITTO, M.O.; BERCINI, L.O.; SCOCHI, M.J. Puericultura na atenção primária: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. V.17, n.1, p.119-25, 2012.

## **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 B - Planilha de coleta de dados

Cópia de rev Tomasi planilha final rafaela webster 210615 [Modo de Compatibilidade] - Excel

AVISO DE SEGURANÇA A atualização automática de links foi desabilitada. Habilitar Conteúdo

S36

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada a triagem?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	Livia da Silva Bandeira	6	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
2	2	Mikaela Costa Silveira	5	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
3	3	Lauany Rosa Farias	12	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
4	4	Fayllon Pereira	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
5	5	Henry da Silveira	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
6	6	Joao Pedro Tavares	2	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
7	7	Helior Prado da Silveira	3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
8	8	Emanuelly Maciel	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
9	9	cauá chalmé da cunha	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
10	10	Julia Rodrigues Piesem	22	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
11	11	hailan dos santos	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
12	12	yuri avila da roha	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
13	13	kelejon tavares oliveira	24	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
14	14	Rafael da Silva Lemos	60	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
15	15	beatriz chalmé moraes	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
16	16	luiza miranda san martins	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
17	17	eduardo cozza martins	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0

Orientações: Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 70% 22:13 20/07/2015





## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante