

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 0 A 72 MESES  
DA ESF SANTA TEREZINHA, SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

**SAMANTHA LAZZAROTTO CORREIA LIMA**

Pelotas, 2015

SAMANTHA LAZZAROTTO CORREIA LIMA

**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 Meses da ESF  
Santa Terezinha, São Lourenço do Sul/RS**

Trabalho de conclusão apresentado 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.

Orientadora: LIZIANE DA SILVA MATTE

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

L732m Lima, Samantha Lazzarotto Correia

Melhoria na atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses da ESF Santa Terezinha, São Lourenço do Sul/RS / Samantha Lazzarotto Correia Lima ; Liziane da Silva Matté, orientadora. — Pelotas, 2014.

70 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Matté, Liziane da Silva, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico este trabalho aos usuários da  
Estratégia de Saúde da Família  
Santa Terezinha de São Lourenço  
do Sul.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus e aos guias espirituais, a quem eu tenho muita fé, e sem eles nada seria possível.

A todos os meus familiares e amigos, e de uma forma grandiosa, ao meu esposo Paulo César Silveira, por toda a compreensão nas horas em que faltei como companheira e esposa.

Aos pacientes do território da estratégia pela confiança em mim depositada e a calorosa recepção que obtive na sua comunidade.

A toda equipe da Estratégia de Saúde da Família Santa Terezinha que não mediram esforços para que obtivéssemos os melhores resultados com este trabalho, e que dessa forma eu pudesse concluir essa etapa, obrigada pelo apoio e incentivo constantes.

Agradeço também a minha orientadora Liziane da Silva Matté pelo apoio, paciência, aprendizado e amizade.

Às minhas colegas do Provab do município de São Lourenço do Sul, Camila Scheffel e Rafaela Miquelarena Esteves, e a nossa supervisora do Provab Maria Amélia Mano, que me incentivaram, apoiaram de uma forma mais que especial; a convivência com vocês foi meu maior aprendizado.

Enfim, agradeço demais a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram mesmo sem saber, para que a realização deste árduo e valoroso trabalho se concretizasse, fazendo minha vida valer mais a pena.

A todos, meu muito obrigada!

## Lista de Figuras

Figura 1 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	42
Figura 2 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses com primeira consulta na primeira semana de vida no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	43
Figura 3 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	43
Figura 4 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	44
Figura 5 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	45
Figura 6 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	46
Figura 7 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	46
Figura 8 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	47
Figura 9 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	48
Figura 10 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com o teste do pezinho realizado até 7 dias no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	48
Figura 11 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	49
Figura 12 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	50
Figura 13 -	Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	50
Figura 14 -	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	51

Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	52
Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações de prevenção de acidentes na infância no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	53
Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	53
Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	54
Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.....	55

## **Lista de Abreviaturas**

- ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
- APS – Atenção Primária em Saúde
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
- ESB – Equipe de Saúde Bucal
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HIPERDIA – Hipertensos e diabéticos
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PIM – Primeira Infância Melhor
- PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFPeI – Universidade Federal de Pelotas
- UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>Apresentação</b>	10
<b>1 Análise Situacional</b>	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
<b>2 Análise Estratégica</b>	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	36
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	41
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	41
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discussão	56
4.3 Relatório da intervenção para gestores	58
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	59
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	61
<b>6 Referências</b>	63
<b>Anexos</b>	64
Anexo 1 – Ficha espelho	64
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	66
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	67
<b>Apêndices</b>	68

## Resumo

LIMA, Samantha Lazzarotto Correia. **Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 Meses da ESF Santa Terezinha, São Lourenço do Sul/RS**. 2015. 70 f.; il. Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

O trabalho de conclusão foi realizado na Unidade de Saúde da Família Santa Terezinha localizada na zona urbana de São Lourenço do Sul/RS que conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, onde atende aproximadamente 5000 usuários na área adstrita. Esse trabalho de conclusão foi direcionado à saúde da criança pois a infância é um capítulo definidor da trajetória de vida no indivíduo, e a promoção de saúde durante essa fase pode representar a qualidade de vida quando adulto. O desenvolvimento pleno de suas capacidades cognitivas, o estado nutricional adequado, sua capacidade humoral eficaz é determinado nos primeiros anos de vida. O programa saúde da criança contempla todos esses aspectos em atenção básica durante a puericultura, portanto esse acompanhamento deve ser realizado com muita dedicação e comprometimento tanto pelo médico como por toda equipe da estratégia de saúde da família. O objetivo principal do trabalho foi implantar o programa de saúde da criança, melhorando o atendimento para os residentes de 0 a 72 meses na área adstrita. O protocolo utilizado para amparar e guiar a implantação foi o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – 33, ano 2012. Os dados obtidos através dos registros específicos e prontuário foram mensalmente revisados para análise dos indicadores. Na área adstrita da unidade há 250 usuários na faixa etária entre 0 a 72 meses, valores estimados, já que previamente a implantação do programa, não havia nenhum registro específico para esta faixa etária. Ao término do trabalho chegamos ao total de 139 (55,6%) crianças cadastradas no programa de saúde da criança. Do total de 139 usuários cadastradas no programa, na faixa etária de 0 a 72 meses anos, 136 (97,8%) cuidadores/pais foram orientadas sobre questões próprias de desenvolvimento neurocognitivo e crescimento nutricional, estando essas com os cadastros em dia. Concluímos que através do trabalho foi possível identificar as deficiências do serviço e melhorá-las, qualificar e uniformizar o atendimento às crianças, criar registros específicos possibilitando controle contínuo e planejamento de novas ações, bem como após a implantação do programa a permanência das ações na rotina da unidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança, Puericultura, Saúde Bucal.

## Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, e está organizado em cinco capítulos, nos quais está contido todo o processo de trabalho desenvolvido durante o curso, o qual foi desenvolvido na Equipe de Saúde da Família Santa Terezinha do município de São Lourenço do Sul. Ele segue a formatação previamente estabelecida para os especializandos.

O primeiro capítulo trata da análise situacional, no qual as condições da unidade de saúde são apresentadas, relatando seus pontos positivos e negativos relacionados ao processo de trabalho e a estrutura física.

No segundo capítulo, nomeado análise estratégica, apresentamos o projeto de intervenção, onde se planeja as ações a serem desenvolvidas no período da intervenção.

O relatório de intervenção é apresentado no terceiro capítulo; nele são apresentadas as ações desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades encontradas e a viabilidade de incorporar as ações ao serviço.

O quarto capítulo apresenta os resultados da intervenção, onde são relatados os motivos pelos quais foi importante realizar a intervenção, como esta intervenção foi realizada, quais foram os resultados obtidos e qual o significado destes resultados obtidos para a comunidade, para o serviço e para o profissional de saúde.

O quinto capítulo, apresenta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e sobre a implementação da intervenção na unidade.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março, quando começaram a serem realizadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de dezembro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS no serviço**

Na Unidade Básica que estou atuando como médica do PROVAB já está implantada a Estratégia de Saúde da Família – Atenção Primária a Saúde.

Não posso afirmar até o momento se existe de fato a aplicação prática do conceito de ESF, mas o funcionamento da Unidade se dá da seguinte maneira: grupos de puericultura, pré-natal, hipertensos e diabéticos acontecem semanalmente, as consultas são disponibilizadas no caráter livre demanda diariamente por ordem de chegada, existem consultas com agendamento, até o momento exclusivo para idosos; e durante todo o horário de funcionamento são realizadas consultas de urgência em pacientes com dor e ou febre.

Além dessas atividades acontecem semanalmente as visitas domiciliares, que são para os pacientes acamados, idosos, ou com doença que dificulta ou impossibilita buscar atendimento na unidade. Acontecem em pequeno número, pois para visitar pacientes que moram afastados da unidade é necessário um carro da prefeitura, e nem sempre é possível dispor desse transporte.

Não existem ações de educação em saúde, e nos grupos que citei os atendimentos são individuais em dia e turno próprio para aquela patologia ou situação em questão, onde são liberadas as medicações, verificados sinais vitais, pesagem e medição.

Toda comunidade atendida pela área recebe atendimento e tratamento, mais curativo do que preventivo até o momento. A medicação básica é disponível gratuitamente para os pacientes, alguns medicamentos mais usuais diretamente na própria unidade, e alguns são fornecidos na farmácia central localizada na Secretaria de Saúde do município.

A maioria dos exames laboratoriais são realizados via agendamento, conforme a evolução do quadro clínico por vezes torna-se necessário um resultado laboratorial para determinar conduta clínica. Refletindo assim em atraso diagnóstico, pois depois

de solicitados serão realizados dentro de um ou dois meses, e o resultado demora mais uns dias para estar disponível.

Ao ler a Carta de Direitos dos Usuários do SUS pude perceber que nem todos os itens estão sendo realizados pelo serviço público local. Um dos principais pontos se dá na discrepância entre a atuação dos profissionais que compõem a Estratégia, que é mais humanizada e que busca de forma universal melhorar a vida da comunidade, e os outros colegas que atendem os pacientes como suporte clínico e ginecológico. Alguns pacientes acabam procurando por livre demanda o atendimento desses profissionais, e eles não registram em prontuário adequadamente, ou ainda, nem registram o seu atendimento em prontuário. E como, eu estou em tempo integral na unidade, algum problema na adesão ao tratamento, ou ainda, quanto ao manejo de determinada doença, acaba chegando a mim, e como não tem nada descrito fico com problemas para continuar o raciocínio do colega, então acabo atendendo o paciente começando do princípio sempre.

Outro ponto são os encaminhamentos que são realizados pelo sistema de referência, e fico aguardando com muita esperança a contra referência que nunca volta.

A Estrutura física da ESF Santa Terezinha é muito boa, pois conto com o que preciso para trabalhar, um ambiente limpo e arejado, material e medicações disponíveis, e uma interação entre a equipe que proporciona uma qualidade no serviço que é ofertado a população

Espero poder implantar melhor a Estratégia de Saúde da Família na área, apesar de reconhecer que será uma tarefa árdua mudar a mentalidade que está incrustada na população, que hoje busca na saúde uma solução curativista e não preventivista de mudança na qualidade de vida.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

O município de São Lourenço do Sul faz parte da microrregião Centro Sul do Estado do Rio Grande do Sul e possui com base no último censo, de 2010, em torno de 43 mil habitantes, sendo 52% residentes na área urbana e 48% na zona rural.

Segundo dados da Secretaria de Saúde Municipal, a cidade conta com cobertura de 93,9% na atenção primária, através de doze unidades básicas de saúde, sendo nove Estratégias de Saúde da Família (ESF), há uma 13ª unidade sendo construída. E também na atenção secundária, pois o município possui dois hospitais, sendo um deles localizado na zona rural e outro na zona urbana, que presta serviço de pronto socorro e pronto atendimento 24 horas da população.

Como suporte para as Estratégias de Saúde da Família, existe um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social, dois educadores físicos, que atuam realizando atendimentos, visitas domiciliares e grupos apoiando as equipes.

Há pouco foi inaugurado o CEO, Centro de Especialidades Odontológicas municipal, que atende exclusivamente a população lourenciana, localizado na área urbana e funcionando no mesmo prédio onde está o Núcleo de Fisioterapia ferramentas que agregam qualidade ao atendimento ao usuário da atenção básica.

Na atenção especializada, como o município é de pequeno porte, poucas especialidades são referenciadas dentro da própria localidade, contamos somente com cardiologista, nefrologista (inclusive serviço de hemodiálise no hospital municipal), pediatra, obstetras, ginecologia, e atualmente dermatologista, ultima contratação municipal. O restante dos especialistas são referenciados com muita dificuldade, e grandes filas para os municípios da região conforme pactuação com a 3ª regional de saúde.

Em exames laboratoriais da atenção básica apesar de ter quatro laboratórios credenciados no município exames simples chegam a ter uma demora de dois meses para ser agendados e realizados, o que representa um atraso substancial no diagnóstico e conseqüente tratamento de doenças. Problema que se agrava quando é necessária a realização de exames de média e alta complexidade que tem as filas de espera que chegam a mais de um ano para serem realizados.

Já solicitações de raios x e mamografias, não têm demanda reprimida sendo realizados brevemente, pois o prestador é na cidade. O que não ocorre com exames de média e alta complexidade como ecografias, tomografias, colonoscopias e ressonâncias devido a pactuação com os prestadores de serviços nem sempre serem compatíveis com a demanda, o que representa uma forte sobrecarga no setor de transportes já que esses exames e as consultas com especialidades são realizadas fora do município e em grande quantidade.

O projeto de intervenção será realizado na ESF Santa Terezinha que conta com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista e uma auxiliar em saúde bucal (o serviço de odontologia não é exclusivo da ESF, pois as profissionais se dividem para atender outra unidade de saúde), três técnicas em enfermagem, um burocrata, uma serviços gerais e três agentes comunitárias de saúde atuantes, uma das quatro microáreas está descoberta e necessita de outro agente comunitário. Ainda atuam como suporte de um turno de atendimentos por semana, um médico clínico e uma médica ginecologista. A unidade não é vinculada a uma escola, apesar de estar muito próxima fisicamente, ao lado de uma escola de ensino fundamental.

A ESF Santa Terezinha é localizada na área urbana da cidade, na periferia, com uma área de abrangência de 5.000 habitantes. E segundo os indicadores do Caderno de Ações na área residem 250 crianças até 6 anos, sendo 60 com até 12 meses, e 190 crianças com até 6 anos de idade, público alvo da intervenção.

A unidade passou por uma reforma há seis anos, quando se deu a implantação da ESF e, portanto tem uma estrutura física adequada contemplando os itens: ventilação, tipo de piso, acabamento das paredes, iluminação, dentre outros requisitos, estando compatíveis com as novas exigências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A avaliação mais crítica é quanto à adaptação aos deficientes mesmo tendo um banheiro apropriado para os deficientes físicos, sem degraus que dificultem a acessibilidade, entretanto, a unidade não possui corrimãos em todos os lugares solicitados, nem cadeira de rodas, e o calçamento ao redor da unidade é inadequado, o que dificulta a acessibilidade no local. Também não existem telas contra insetos, torneiras que dispensem o uso das mãos em todas as salas requisitadas e o armazenamento do lixo comum e contaminado não é isolado.

Em relação às atribuições da equipe apesar de cada profissional ter as suas funções pré determinadas, as atuações mesclam-se e sobrepõem-se nos atendimentos, pois a equipe atua de forma engajada, e todos os membros são aptos a realizar o acolhimento dos usuários que chegam a unidade, e após a triagem conforme a demanda são orientados, encaminhados ao profissional que lhe atenderá e resolverá a sua necessidade, ou ainda é realizado o agendamento do seu atendimento conforme o fluxo da agenda semanal da ESF.

Essa agenda se dá da seguinte forma, os atendimentos clínicos conforme liberação de fichas ocorre nas segundas, terças e quintas feiras pela manhã, nas

segundas a tarde são atendidas as gestantes, nas terças a tarde visitas domiciliares, e nas quintas a tarde grupos de puericultura, as quartas feiras são reservadas aos grupos de diabéticos pela manhã e grupos de hipertensos à tarde. Todos os pacientes com queixas agudas são triados pela equipe de enfermagem, e se necessitarem recebem atendimento médico em qualquer dia da semana, exceto nas sextas feiras que estão reservadas para a especialização do Unasus pela médica, e o posto realiza atividades ambulatoriais, administração de vacinas e referencia os atendimentos exclusivamente médicos ao pronto atendimento da cidade no hospital local.

Existe um excesso de demanda que está sendo suprido com a implantação da triagem realizada pela enfermagem, e agendamento conforme a queixa do paciente, na tentativa de organizar o fluxo, está sendo contratada uma segunda enfermeira que virá a agregar a equipe facilitando melhor o processo de acolhimento. Todos os usuários são acolhidos assim que chegam a unidade pela enfermeira, ou qualquer outro membro da equipe, e após esse processo, definida a demanda, são triados exclusivamente pela enfermeira, e as queixas agudas recebem atendimento imediato, já as queixas eletivas são agendadas para um horário de menor fluxo e flexibilidade na agenda da unidade.

A atenção à saúde da criança ocorre não só nos atendimentos médicos através de livre demanda como também nos grupos de puericultura onde ocorre a avaliação e orientação nutricional, avaliação do desenvolvimento, conferencia e realização de vacinas, orientação quanto à saúde bucal, sempre realizado através da equipe, com atendimento médico e da enfermagem, apenas a dentista não pode estar sempre presente, pois como foi dito não é exclusiva da equipe e por vezes está prestando atendimento em outro posto de saúde.

Nas consultas de puericultura os atendimentos de verificação da carteira de vacinação, bem como a administração destas, a pesagem e medição e registro na carteira da criança são realizados pela equipe de enfermagem, já as orientações e o exame físico, bem como a definição de tratamento clínico são determinadas nas consultas médicas.

Posso elencar como ponto faltoso a falha de registro das atividades quanto às crianças e a não existência de um protocolo a seguir, portando é cabível uma intervenção nesse publico.

Em relação à atenção à saúde da gestante, nossa unidade realiza semanalmente as segundas à tarde as consultas médicas com agendamentos prévios, porém em todo expediente da unidade as gestantes tem portas abertas e sempre são atendidas se queixas agudas. Nas consultas de pré natal são realizados exames trimestrais, avaliação do desenvolvimento do feto e da saúde materna, orientações quanto a puericultura e o parto, estímulo ao aleitamento materno e orientações próprias do período gestacional. O manual adotado como norteador das atividades é o caderno de atenção básica número 32 do Ministério da Saúde, e não há registro específico adequado. As consultas são registradas no prontuário médico das pacientes, o que dificulta o monitoramento e planejamento das ações.

As ações coletivas de educação em saúde são prejudicadas, pois não existe grupo específico de gestantes, somente um espaço na agenda para tal demanda e dessa forma o atendimento odontológico das gestantes ocorre somente se as mesmas procuram este atendimento, ou quando algum médico o solicita, o que é raro.

A prevenção do câncer ginecológico e de mama é realizada semanalmente, na maioria das vezes pela enfermeira, mas algumas vezes também pela ginecologista e pela médica. Durante a coleta, as pacientes são esclarecidas e recebem orientações sobre o assunto. Existem ainda atividades que ocorrem um sábado por semestre denominado mutirão de coleta do pré câncer, onde são realizados em média 70 coletas e solicitações de mamografias, pela enfermeira da unidade, a médica, e outras enfermeiras que vêm dar apoio na atividade. É utilizado o protocolo do Caderno de Atenção Básica número 23, porém como nas gestantes não existe registro específico para este atendimento que fique à disposição para o monitoramento e planejamento de ações, apenas há uma pasta onde ficam disponíveis os resultados dos exames que devem ser entregues às pacientes. Em São Lourenço ocorre um encaminhamento direto ao especialista os resultados que tiverem alterações sugestivas de câncer do colo do útero, o que agiliza e facilita muito a resolutividade desse problema nas pacientes.

A adesão da população para este tipo de procedimento tem sido significativa, pois a enfermeira que realiza os exames proporciona um bom acolhimento e conquista a confiança das pacientes para realizar o exame.

Em relação aos hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), a ESF realiza grupos semanalmente as quartas feiras, uma microárea por semana, representando um

encontro mensal com cada paciente. Nesse momento todos os pacientes tem a sua pressão arterial aferida, avaliação de peso e IMC comparativo com o mês anterior, realização de glicemia capilar nos diabéticos que são orientados a vir a unidade em jejum e os grupos são realizados nas manhãs, e após essa avaliação são disponibilizados aos pacientes chá e bolachas. Realizada essa primeira avaliação com a equipe de enfermagem e posterior anotação dos valores nas carteirinhas dos pacientes, estes tem um breve contato com o médico individualmente, onde são orientados quanto as suas patologias, medicações em uso e cuidados com a alimentação, realiza-se ainda um exame físico direcionado, bem como a entrega da medicação para o mês, ocorrem também a solicitações e avaliações de exames de rotina. O médico nesse momento registra os dados em ficha específica onde também é realizado o controle das medicações e da freqüência no grupo.

As atividades de educação em saúde no grupo HIPERDIA, ocorrem em encontros trimestrais com todos os pacientes, chamados grupões do hiperdia, em um salão de uma comunidade religiosa próxima a unidade, com a participação dos profissionais do NASF, a equipe toda inclusive a dentista, e após as palestras explicativas são realizadas dinâmicas e confraternizações com música e café da tarde compartilhado.

Em relação à utilização de protocolos para atenção dos diabéticos e hipertensos, não possuímos nenhum em nossa ESF, mas eles estão disponíveis na secretaria municipal de saúde e no site do Ministério da Saúde, assim podem ser consultados sempre que necessário. O monitoramento das ações realizadas fica a critério da agente comunitária da área, e o chamamento dos pacientes faltosos, bem como a entrega das medicações quando por algum motivo os pacientes não podem comparecer ao grupo.

Quanto ao envolvimento dos membros da equipe na realização do grupo de HIPERDIA, pode-se dizer que é o grupo que mais envolve os membros, pois dele participam a médica, a enfermeira, a dentista, as técnicas em enfermagem, a auxiliar de saúde bucal e as agentes comunitárias de saúde.

A respeito da saúde do idoso, nossa UBS não possui grupo específico para esta população, mas tem grande contato com estes pacientes no grupo de HIPERDIA, visto que a maioria dos participantes deste grupo tem mais de 60 anos. Além disso, consegue suprir as necessidades dos idosos com as visitas domiciliares

e agendamento, pois esses pacientes tem direito a consultas agendadas não necessitando retirar ficha.

Pelo fato de não existir o grupo de idosos, não é utilizado nenhum registro específico para o atendimento dos mesmos, sendo as anotações realizadas apenas no prontuário e na ficha específica do HIPERDIA. Também não há, na unidade, protocolo ou manual que regulamente a atenção nesta área.

Por conseguinte, durante este período de avaliação da qualidade do serviço em todos os aspectos, percebeu-se que nossa ESF apresenta boas condições de estrutura física, bom acolhimento, adequada atenção à maioria das dos grupos e à demanda espontânea. As maiores dificuldades estão no registro adequado das ações para posterior planejamento, avaliação e monitoramento. Outro aspecto relevante é a baixa freqüência de atividades de educação em saúde.

### **1.3 Comentário Comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional**

Após esse período de avaliação situacional da ESF Santa Terezinha avalio que muito mudou em relação a primeira impressão descrita na primeira tarefa do curso de especialização, numa primeira leitura enfatizei os problemas que eram visíveis na unidade, porém após um contato mais profundo acredito que há condições de executar um trabalho sério e eficiente em saúde nesta unidade.

## **2. Análise estratégica – Projeto de intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A infância é um capítulo definidor da trajetória de vida no indivíduo, e a promoção de saúde durante essa fase pode representar a qualidade de vida quando adulto. O desenvolvimento pleno de suas capacidades cognitivas, o estado nutricional adequado, sua capacidade humoral eficaz é determinado nos primeiros anos de vida.

O programa saúde da criança contempla todos esses aspectos em atenção básica durante a puericultura, portanto esse acompanhamento deve ser realizado com muita dedicação e comprometimento tanto pelo médico como por toda equipe da estratégia de saúde da família.

O projeto de intervenção será aplicado na ESF Santa Terezinha, uma unidade básica de saúde reformada há seis anos para adaptar-se aos requisitos para estratégia de saúde da família que conta com duas salas de atendimento médico – clínico e ginecológico, consultório odontológico, sala de procedimentos, sala de reuniões, sala de vacina, sala de nebulização, recepção, cozinha, expurgo e banheiros. A equipe é formada por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um médico, e três agentes comunitárias, ainda trabalham na unidade como suporte, uma cirurgiã dentista, um técnico de saúde bucal, e dois médicos (um clínico e uma ginecologista) que não atuam nas ações da estratégia. Hoje há mais de oito mil prontuários individuais na unidade e estamos em processo de mapeamento de área, mas estima-se uma cobertura de cinco mil usuários em média, há crianças com baixa adesão as atividades da unidade e muitas sem acompanhamento em saúde.

Os usuários da área adstrita são em sua grande maioria de baixa renda, e não poucos de extrema pobreza, residem em moradias populares e muitos são dependentes financeiros de programas do governo como Bolsa Família. A população de modo em geral são famílias bem numerosas e tem a tradição de buscar saúde nos momentos de doença, não tem o condicionamento da promoção de saúde como prevenção, e apesar do chamamento dos agentes comunitários são

muito resistentes em participar das atividades da unidade, principalmente no acompanhamento das crianças. As quintas feiras à tarde já são direcionadas as crianças com encontros quinzenais no grupo de puericultura, onde ocorre acompanhamento do crescimento, pesagem e desenvolvimento com registro nos gráficos dos cadernos da criança e nos prontuários, controle vacinal (realização e conferência das carteirinhas), orientações nutricionais, e orientações de riscos próprios para idade, promoção da saúde bucal através da distribuição e explicação de um folder, com ênfase na importância do cuidado com os dentes. Ainda ocorrem atividades programadas para hipertensos, diabéticos e gestantes, além dos atendimentos clínicos conforme demanda.

Como já existe um grupo de puericultura em atividade, e levando a consideração a baixa adesão da população adstrita, é necessário ampliar a cobertura, padronizar as orientações através da implantação de um protocolo juntamente com um treinamento da equipe, estruturar um sistema de revisão de registro buscando qualificação nas ações de saúde da criança através do envolvimento de toda a equipe.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 – Objetivo geral**

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança da ESF Santa Terezinha, São Lourenço do Sul/RS.

### **2.2.2 – Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças.

### 2.2.3 - Metas

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

2. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

## **2.3 - Metodologia**

### **2.3.1 – Detalhamento de ações**

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa através da ficha espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita através do trabalho dos agentes comunitários, e em todos os momentos em que as crianças tiverem contato com a unidade; priorizar o atendimento de crianças nas consultas clínicas.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios através das visitas domiciliares dos ACS e da equipe da ESF.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. 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. Essas capacitações serão constantes nas reuniões de equipe e seguirão as orientações descritas no Manual da Criança disponível na unidade, que será formulado com base no Caderno de Atenção Básica número 33: Saúde da Criança.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida com base nas fichas espelho preenchidas pelos agentes comunitários na visita de puerpério imediato.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, já nas consultas de pré natal ou em quaisquer contato da mãe ou cuidadora com a unidade de saúde.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Essas capacitações serão constantes nas reuniões de equipe e seguirão as orientações descritas no Manual da Criança disponível na unidade, que será formulado com base no Caderno de Atenção Básica número 33: Saúde da Criança.

Meta 2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento nas consultas de puericultura.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe. Fazer treinamento

para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Esse treinamento será contínuo nas reuniões de equipe.

Meta 3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar as crianças com déficit de peso, através da detecção nas avaliações de crescimento registradas nas fichas espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Esse treinamento será contínuo nas reuniões de equipe.

Meta 4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar as crianças com excesso de peso, através da detecção nas avaliações de crescimento registradas nas fichas espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe. Fazer treinamento

para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Esse treinamento será contínuo nas reuniões de equipe.

Meta 5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, através do sistema de referência.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança. Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Esse treinamento será contínuo nas reuniões de equipe.

Meta 6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas. Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. Através dos registros nas fichas espelho das crianças cadastradas no programa.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Realizar controle da cadeia de frio. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança nas consultas ou nas visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina

ministrada e seu aprazamento. Esse treinamento será contínuo nas reuniões de equipe.

Meta 7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro através do registro nas fichas espelho da crianças.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir a dispensação do medicamento (suplemento) junto a secretaria municipal de saúde.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro nas consultas e nas visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Meta 8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva através do registro nas fichas espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo ou do encaminhamento ao serviço de referência.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste durante as consultas clínicas ou nas visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Meta 9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida através do monitoramento das gestantes com trabalho de parto iminente, e através dos ACS no território.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

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

**Meta 1.** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas, através dos registros das fichas espelho.

**Ações:**

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

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança através das visitas domiciliares ou no contato com a unidade de saúde.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Fazer treinamento de ACS nas reuniões de equipe para a identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

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

**Meta 1.** Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço..

**Ações:**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. Os registros serão realizados em todos os contatos das crianças com o serviço de saúde em paralelo com o registro em prontuário

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Preencher SIAB/folha de acompanhamento. Implantar ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros.

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

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

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

Meta 1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso através da avaliação das fichas espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade nas reuniões de equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância através de atividades de educação em saúde, e nas consultas ou visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção nas reuniões de equipe e os riscos de cada faixa etária descritos no Manual da criança disponível na unidade.

Meta 2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta. Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. Esses monitoramentos através dos registros nas fichas espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno nas reuniões de equipe.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal durante as consultas de puericultura, de pré natal e nas visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega" durante as reuniões de equipe.

Meta 3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças nas consultas ou nas visitas domiciliares.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança nas reuniões de equipe e no manual disponível na unidade.

Meta 4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar as atividades educativas coletivas da equipe da saúde da família em conjunto com a equipe de saúde bucal.

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

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

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade nas reuniões de equipe. Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche em atividade educacional promovido pela equipe de saúde.

### **2.3.2 – Indicadores**

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1: 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.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Meta 2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2: 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 3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 3: 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 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 5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta 6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

Meta 7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 7: 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 8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Meta 9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 9: 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.

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

Meta 1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado

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

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

Meta 1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Meta 2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Meta 3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

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

Meta 4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

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

### **2.3.3 – Logística**

A intervenção a ser realizada na ESF Santa Terezinha focará na Saúde da Criança, com ações voltadas principalmente para as reuniões do grupo de puericultura, com base no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde número 33, de 2012, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.

Pretendo expor a intervenção estruturada em uma reunião de equipe, orientar como deve ser realizado o preenchimento da ficha da criança, realizar um seminário para treinamento da equipe com as orientações de puericultura como preconizado pelo Ministério de Saúde contando com material explicativo impresso que será entregue para cada membro da equipe, esse material será confeccionado pela médica.

Como atualmente não há ficha da criança nas atividades da unidade, pretendo implantar uma ficha de forma a padronizar as consultas do grupo, onde as orientações serão dispostas seqüencialmente conforme a idade da criança, e o profissional que estiver realizando a consulta, possa ir checando a cada item abordado. Utilizaremos também como suporte as carteiras-espelho de vacinação para nesse mesmo momento verificar a imunização das crianças.

Não há na saúde municipal ficha da criança implantada, será formulada da forma mais completa, para que possa coletar todos os indicadores que proporcionem uma avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. A criação da ficha da criança se dará em conjunto com a equipe de enfermagem, e após será solicitada junto ao gestor publico realizar as impressões em número expressivo para que se incorpore a prática de acompanhamento de puericultura da unidade.

De posse dessas fichas, no contato mais precoce da criança com o serviço as informações descritas no prontuário serão devidamente preenchidas na ficha, seja nos grupos de puericultura que acontecem quinzenalmente, ou ainda quando forem realizar alguma vacina, ou ainda quando forem consultar através de livre demanda. Após poderemos realizar um catálogo digital de forma a organizar esse registro específico das crianças que estão sendo acompanhadas, e comparar com as crianças residentes na área de cobertura através das informações das agentes comunitárias. Ao cruzar essas informações, conseguiremos chegar as crianças faltosas e a partir daí realizar uma busca ativa.

Como segundo objetivo da intervenção pretendo realizar avaliação através de exames de hemograma em todos os pacientes, para ter dados prévios a intervenção de suporte de ferro, e realizar suplementação como orienta o ministério de saúde. Em um segundo momento da intervenção, avaliar a melhora dos níveis de ferro nas crianças.

Para apresentar a comunidade a importância do cuidado na saúde da criança pretendo ofertar nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS um folder para divulgação e chamamento das crianças para os grupos de puericultura que ocorrerão quinzenalmente, ainda a cargo dos agentes comunitários ficará o preenchimento do cabeçalho das fichas da criança para que se forem faltosas as grupos possamos entrar em contato convocando o comparecimento no grupo seguinte.





### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente**

A intervenção realizada na ESF Santa Terezinha ocorreu paralelamente ao cronograma proposto pela especialização, do dia 08 de agosto a 30 e outubro de 2014, totalizando 12 semanas.

A participação e o apoio da equipe ocorreram desde a formulação do projeto, sempre em reuniões de equipe, a partir da escolha do foco da intervenção até nas criações de estratégias para alcançarmos as metas propostas.

As ações de Saúde da Criança foram implementadas em um primeiro momento em um treinamento da equipe que aconteceu na primeira semana da intervenção, e a comoção de que todos seriam indispensáveis na execução dessas ações.

Utilizamos como protocolo de ação um manual de fácil acesso e simples linguagem para todos integrantes da equipe. Assim padronizamos, independente de qual profissional que executasse as ações, todas as informações prestadas aos cuidadores, todas as avaliações realizadas no monitoramento do crescimento, no desenvolvimento de cada criança, e na conferência dos registros de vacinas.

Ainda como material de apoio implantamos uma ficha de cadastro (ficha espelho) para cada criança participante do programa, a qual foi inserida na rotina da unidade como forma de controle na qualidade dos registros individuais, e facilidade no acesso das informações de assiduidade e acompanhamento.

Como já relatado a participação de todos foi fundamental para o resultado obtido. Alguns profissionais tiveram funções definidas e mais específicas em diferentes momentos da intervenção, nas primeiras seis semanas os agentes comunitários foram mais solicitados para realizar os cadastros (no cronograma estava previsto realizar esse cadastro através das fichas A em duas semanas, mas não foi possível). Os agentes ainda realizaram o trabalho de campo para informar a população da ação proposta, e no decorrer do período da intervenção foram os

responsáveis pelos chamamentos, e buscas ativas que foram necessárias para conseguirmos avaliar todas as crianças.

As técnicas de enfermagem e as enfermeiras estiveram presentes na realização dos registros, atualizações de cadastro e conferência do calendário vacinal de todas as crianças que estiveram em contato com a unidade durante esses três meses.

No projeto inicial propomos o cadastro das crianças, sem logística definida para tal atividade. E a viabilização dessa ação só foi possível com o comprometimento da equipe, e com a adequação do calendário semanal da unidade, onde definimos uma manhã por semana para realizar as atividades e as visitas domiciliares nas crianças. Além disso, durante a terceira semana de intervenção ocorreu a contratação de uma segunda enfermeira o que ajudou muito no direcionamento dessa profissional para as ações na unidade em horários em que o restante da equipe estava envolvida com outra atividade, como grupo de diabéticos ou gestantes por exemplos.

No projeto inicial não foi determinada ação ao cuidado às crianças com risco social ou com problemas familiares porém, através das fichas espelho, e de posse dessas informações montamos uma lista de crianças que necessitam de um olhar especial da equipe, e estabelecemos uma estratégia de visitas domiciliares, e controle rígido na assiduidade ao grupo de puericultura, se ausência busca ativa imediata.

Realizamos atividades educacionais em grupo sobre risco de acidentes dentro do lar, fases de desenvolvimento neurológico e cognitivo. E em um encontro em comemoração ao dia da criança realizamos palestras sobre saúde bucal e benefícios do aleitamento materno.

Durante toda a intervenção executamos, como proposto pelo cronograma, o controle da cadeia de frios como já era rotina da unidade, as vacinas chegam pela rota na segunda feira e são devolvidas a secretaria de saúde na sexta, pela rota também, pois ocorrem muitas faltas de luz no bairro, e na secretaria há gerador de energia para resolver esse problema.

**3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente**

Em relação às ações de saúde bucal, obtivemos uma melhora substancial das condições de execução das ações, pois durante a realização do projeto não tínhamos uma equipe de saúde bucal exclusiva da unidade, então as orientações seriam realizadas somente através de folder explicativo entregue nas consultas de livre demanda e na puericultura. Mas após a sexta semana de intervenção a dentista e a auxiliar bucal passaram a realizar 40 horas semanais na unidade podendo realizar diversas avaliações nas crianças, melhorando bastante os indicadores.

Outro ponto que na prática da intervenção divergiu do prazo proposto pelo cronograma inicial foram o preenchimento e atualização das fichas da criança conforme as informações dos prontuários quanto à suplementação de ferro, triagem auditiva, realização do teste do pezinho, crescimento e desenvolvimento – previsto para ocorrer em três semanas e foi executado durante todas as semanas da intervenção. E a conferência dos espelhos das carteiras de vacinação das crianças cadastradas e atualização nas fichas da criança – previstas para ocorrer em três semanas que também foram executadas durante os três meses.

Como ação proposta quanto a suplementação de ferro, tínhamos a intenção de realizar exames séricos seriados para avaliar valores de hemograma na puericultura, não conseguimos acessar nenhum resultado, apesar de solicitar os exames, pois a execução de exames de laboratório ultrapassa dois meses de espera. As propostas de orientações sobre a importância de realizar a suplementação e a disponibilização das medicações para as crianças de 6 a 24 meses foi executada com sucesso, mas não conseguimos avaliar se a medicação entregue foi administrada aos bebês, pois pretendíamos contar com o apoio e monitoramento do PIM (Programa Infância Melhor), e não foi possível articular essa ação devido ao excesso de demanda dessa equipe.

Durante a intervenção fui submetida a um procedimento cirúrgico de emergência (colecistectomia) e as coletas de sistematização dos dados diminuíram um pouco seu ritmo, apesar da equipe ter se comprometido de manter a execução das ações durante o meu afastamento. O que refletiu em uma demanda maior de visitas domiciliares e buscas ativas após o meu retorno para conseguir chegar o mais próximo das metas.

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

Tivemos uma dificuldade grande quanto ao cadastro e as divulgações em uma das quatro microáreas da unidade pois está sem agente comunitário há mais de um ano, e devido ao excesso de demanda não conseguimos deslocar a equipe para o território e ampliar o cadastro, ou ainda atingir a meta de 100%.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

Avalio a intervenção como realizada com sucesso, principalmente por contarmos a aceitação e participação da equipe, da gestão e da comunidade, através das profissionais da creche e da escola, não só na divulgação das ações, como no espaço para atividades. Obtivemos uma ótima repercussão da ação dentro dos bairros, através da satisfação expressada no balcão da unidade, junto a gestão, e aos agentes comunitários. A visão da comunidade é de que a estratégia se preocupa com as crianças, pois foram envolvidas em prevenção e promoção de saúde.

As ações que foram realizadas na intervenção, como monitoramento, avaliação e cuidado através da implantação da ficha espelho hoje faz parte da rotina da unidade, e qualquer membro da equipe tem condições de realizar as ações conforme o manual a disposição (baseado no caderno de saúde da criança do Ministério da Saúde).

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Estratégia de Saúde da Família Santa Terezinha, localizada na zona urbana do município de São Lourenço do Sul, durante um período de 12 semanas. O trabalho consistiu em implantar as ações de saúde da criança conforme o protocolo do Ministério da Saúde, realizando nesse período diversas estratégias a fim de contemplar de forma mais completa possível a promoção de saúde e o monitoramento das crianças do território da unidade. Com base nas metas definidas no projeto de intervenção apresentaremos os resultados obtidos em tópicos a seguir:

**Meta:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Conseguimos realizar o cadastro no programa 139 crianças que representam 54,4% das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a área de abrangência da unidade.

As inscrições no programa de saúde da criança ocorreram mais naquelas residentes em três das quatro micro áreas, pois contamos com os agentes comunitários para realizar esse cadastro e o chamamento dessas crianças para a unidade. E uma micro área está sem ACS há mais de um ano. Como estratégia de apoio, fizemos o chamamento na creche e na escola do bairro, mas mesmo assim não tivemos uma representatividade substancial dessa área.

No primeiro mês realizamos 103 (41,2%) cadastros, e no segundo mês chegamos a 136 inscrições, chegando a 139 crianças no terceiro mês da intervenção, tendo uma melhora e atualização das informações das crianças no contato com a equipe de saúde.

Cumprimos a meta pré estabelecida, mas avalio que se tivéssemos o apoio de mais um ACS teríamos uma cobertura maior.

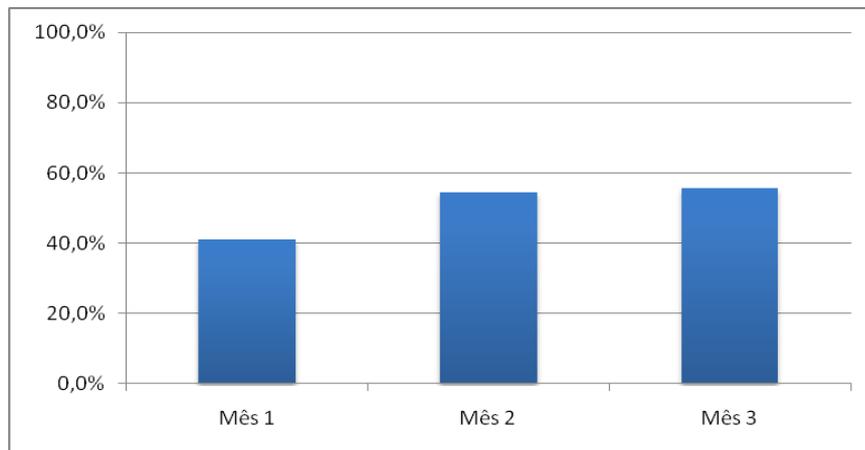


Figura 1 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** 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.

Todas crianças que nasceram durante o período de intervenção tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida, porém como avaliamos as crianças de 0 a 72 meses, com uma inscrição inicial através dos dados das ACS, e depois foi realizada a atualização do cadastro. Esse indicador é só uma constatação do que ocorreu na puericultura imediata.

Apesar de não obter o indicador de 100%, obtivemos como indicadores parciais da intervenção, no primeiro mês 72 (69,9%), no segundo mês 100 (73,5%), e ao final da intervenção 120 das 139 crianças realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, o que representa 88,2% das crianças. Após a realização da intervenção, com o treinamento da equipe e a importância de realizar a primeira consulta da criança na primeira semana de vida, os próximos nascimentos do território terão uma atenção especial, para agendamento dessa consulta. Os indicadores obtidos são próximos a meta estabelecida.

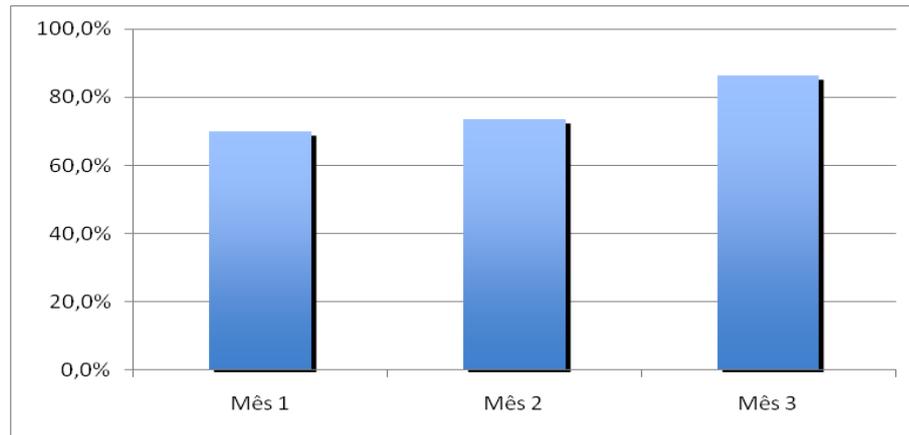


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre com primeira consulta na primeira semana de vida no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Das 139 crianças inscritas, conseguimos no período da intervenção obter o contato de 136 crianças com a equipe. E apesar de realizar o chamamento através de contatos via agente de saúde para consultas agendadas dessas três crianças e não conseguir avaliar o crescimento destas, obtivemos indicadores bem próximos da meta. Essa demanda de crianças foi absorvida pela equipe (médica, enfermeiras e técnicas de enfermagem), qualificados após treinamento específico, durante todo horário de funcionamento da unidade, sob livre demanda.

A evolução mensal dos indicadores é proporcional às crianças atendidas na unidade de saúde, sendo no primeiro mês 75 (72,8%), no segundo 110 (80,9%) e ao final da intervenção no terceiro mês 136 (97,8%).

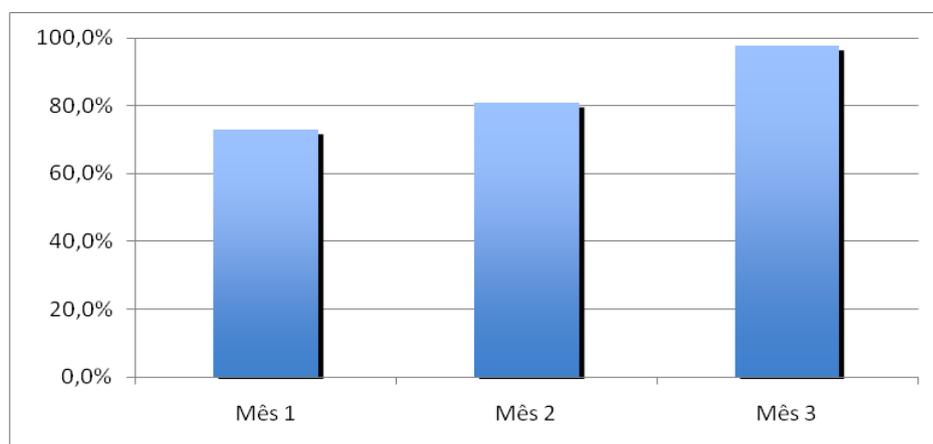


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Chegamos a 100% de monitoramento, com 19 crianças abaixo da curva de peso. Estas crianças estão recebendo uma atenção especial, principalmente nas orientações nutricionais aos cuidadores/pais, e avaliação mensal agendada com a equipe.

O monitoramento aconteceu durante a intervenção paralelamente a detecção do déficit de peso, no primeiro mês das 12 crianças abaixo do peso 11 foram monitoradas (91,7%), no segundo mês esse número subiu para a constatação de 16 crianças com déficit de peso, e destas 15 monitoradas (93,8%) e ao fim da intervenção 19 crianças, todas com monitoramento em dia (100%).

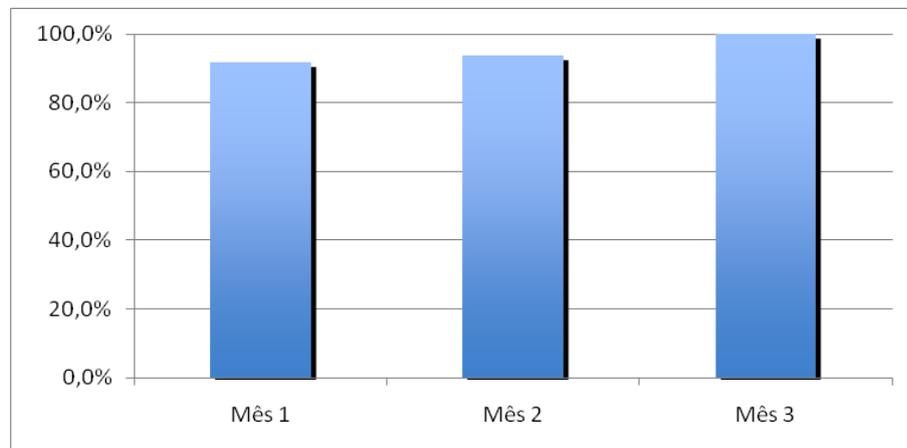


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Chegamos no ultimo mês da intervenção com a constatação de 18 crianças com peso acima da curva padrão, 17 realizaram monitoramento, representando um indicador de 94,4%. Esse monitoramento ocorreu durante a intervenção paralelamente a constatação do excesso de peso, apresentando como indicador no primeiro mês 11 crianças, destas 10 monitoradas (90,9%), e no segundo mês o indicador parcial de 14 crianças, destas 13 monitoradas (92,9%).

Como estratégia propomos orientações nutricionais aos pais/cuidadores, e indicação de avaliação mensal com a equipe da unidade.

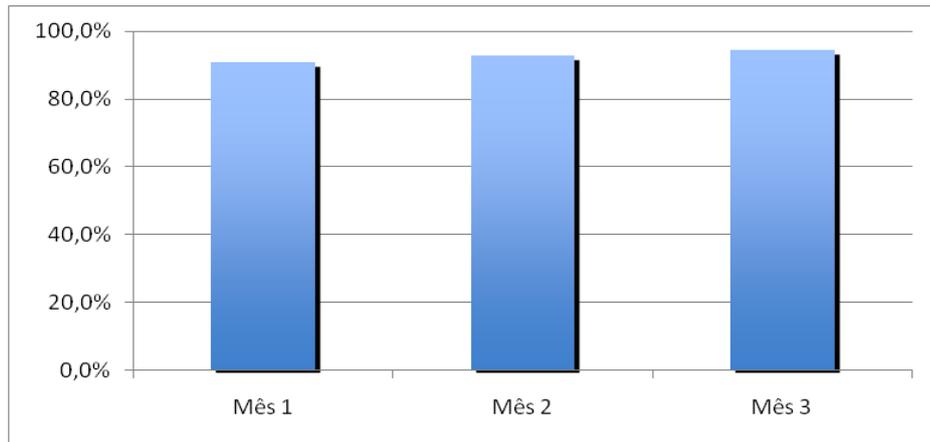


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Da mesma forma que o indicador de monitoramento de crescimento das 139 crianças inscritas, conseguimos no período da intervenção obter o contato de 136 crianças com a equipe. Destas 133 tiveram a avaliação do grau de desenvolvimento representando 97,8% indicador bem próximo da meta. Essa demanda de crianças foi absorvida pela equipe (médica, enfermeiras e técnicas de enfermagem), qualificados após treinamento específico, durante todo horário de funcionamento da unidade, sob livre demanda.

A evolução mensal dos indicadores é proporcional às crianças atendidas na unidade de saúde, sendo no primeiro mês 76 (73,8%), no segundo 108 (79,4%) e ao final da intervenção no terceiro mês 133 (95,7%).

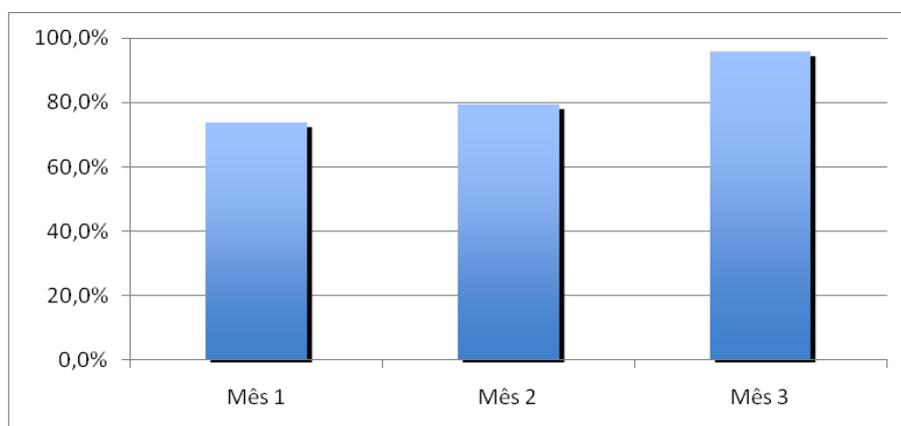


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Apesar de atenção especial da equipe em relação a conferencia das carteirinhas de vacinação das crianças, e cumprimento do calendário, sempre que possível, obtivemos resultados mais modestos nessa meta.

Acredito que alguns fatores foram responsáveis por esta constatação, nem sempre tínhamos a disposição as vacinas na unidade, ou ainda algumas vacinas que deveriam ter sido realizadas estavam fora do período da aplicação, ou ainda alterações em condições clínicas dos pacientes que inviabilizaram a administração das vacinas.

Mesmo assim, chegamos a 90,6% das crianças, 126, com vacinas em dia no fim da intervenção. Como indicadores parciais no primeiro mês 77 (74,8%) e no segundo mês da intervenção 107 (78,7%).

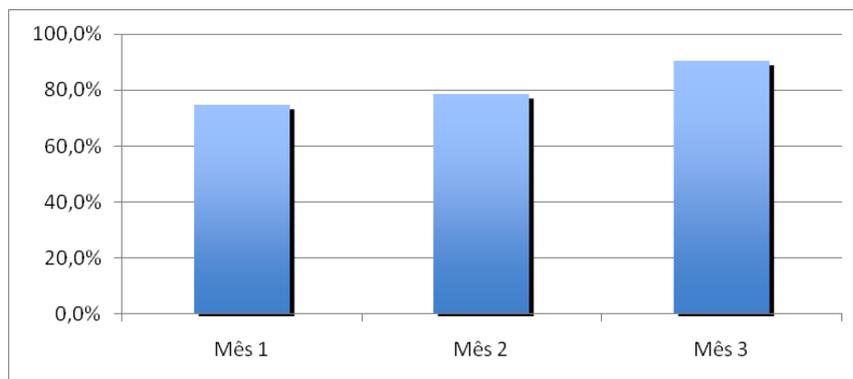


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** 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.

A suplementação de ferro foi proposta as crianças integrantes da faixa etária de 6 a 24 meses durante a intervenção. Porém a adesão foi modesta, principalmente pelo fator financeiro, enquanto tínhamos na farmácia da unidade o sulfato ferroso para dispor aos pais/cuidadores estes afirmavam que iriam realizar a suplementação.

E dada a falta da medicação para entregar aos pais, e apenas com a prescrição, não foi constatado a adesão, como alternativa realizamos orientações nutricionais.

Somente 27 crianças (64,3%) realizaram suplementação de ferro durante o período da intervenção, e deveríamos ter 100%, ou seja, 42 crianças. No primeiro mês 16 (50%) das 32 cadastradas na faixa etária indicativa de suplementação, e no segundo mês 23 (54,8%) das 42 cadastradas.

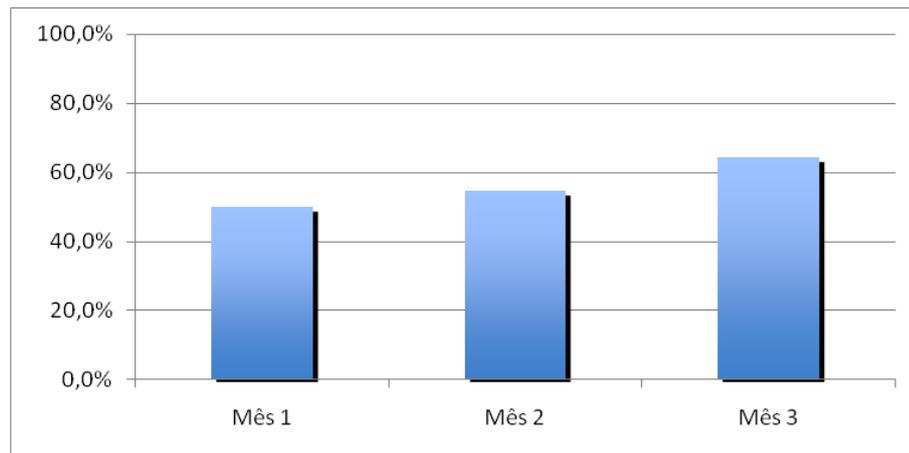


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

A triagem auditiva das crianças é realizada através do sistema de referência, e nem sempre é realizada, apesar de todas as crianças terem recebido encaminhamento ao fonoaudiólogo para realizar o teste.

Conforme foram realizados os cadastros das crianças no programa obtivemos as informações da realização os testes. No primeiro mês das 103 crianças cadastradas 61 (59,2%) tinham realizado o teste de triagem auditiva segundo informações dos cuidadores, no segundo mês das 136 crianças 76 tinham o registro da realização do teste na carteira da criança, e ao fim da intervenção após avaliação das crianças observamos que das 139 crianças inscritas no programa 106 realizaram a triagem auditiva, representando 77,9%, a melhora do índice através da constatação da realização do teste, segundo os cuidadores/pais, mesmo quando não foi registrada na carteira de vacinação.

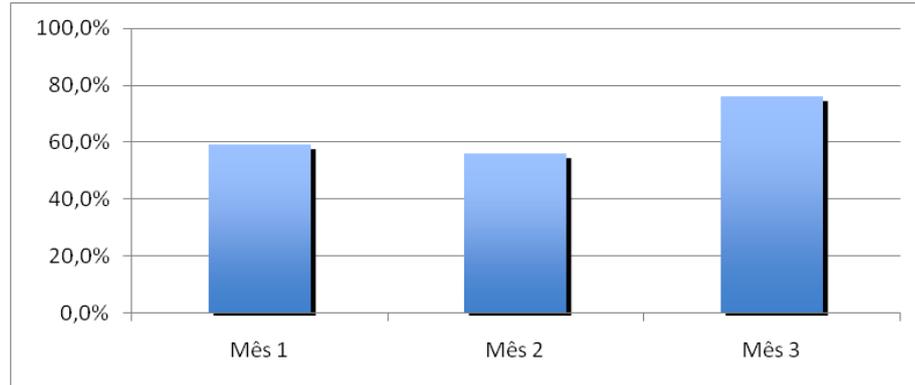


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** 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.

A evolução mensal foi proporcional ao cadastramento e atualização do registro das crianças no programa, no primeiro mês 75 crianças cadastradas, 72,8% das 103 cadastradas, no segundo mês 79 crianças, representando 58,1% das 139 cadastradas. E ao fim da intervenção, após uma melhora no registro, das 139 crianças que foram avaliadas durante a intervenção, apenas 121 tinham certeza da realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. Acredito até que mais crianças realizaram o teste no período indicado mas como os cuidadores/pais não tinham o resultado, ou ainda, não existia nenhum registro no prontuário da criança consideramos que o teste não foi realizado em 15 crianças, com um indicador de 89% de realização.

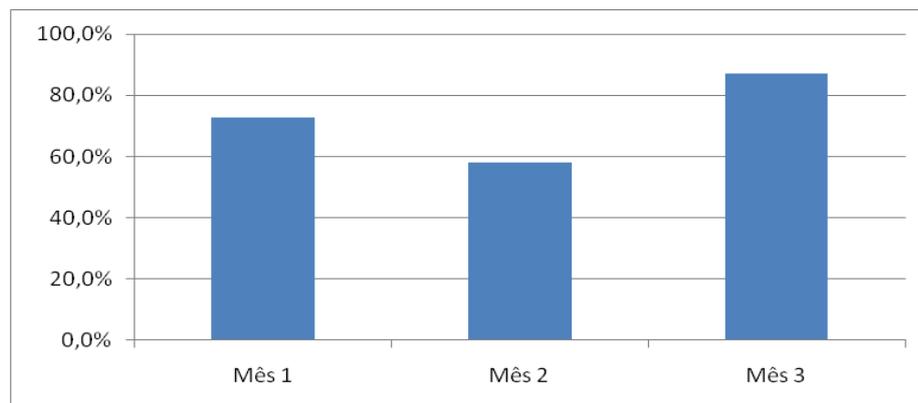


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com o teste do pezinho realizado até 7 dias de vida no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em crianças de 6 a 72 meses.

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

Como na ESF Santa Terezinha não tínhamos equipe de saúde bucal exclusiva da ESF, a realização da avaliação odontológica das crianças eram realizadas nas consultas de puericultura, e agendadas conforme a necessidade (visualização de doença). Porém, nas últimas 4 semanas da intervenção com a dedicação exclusiva da cirurgiã dentista e da auxiliar de saúde bucal a nossa equipe, podemos ampliar as ações melhorando os indicadores.

Obtivemos 67 crianças avaliadas nesse aspecto representando 54,9% do total de crianças, tendo os melhores índices no terceiro mês da intervenção. Como evolução do indicador, no primeiro mês obtivemos 40 avaliações (44%), no segundo mês 34 (27,9%).

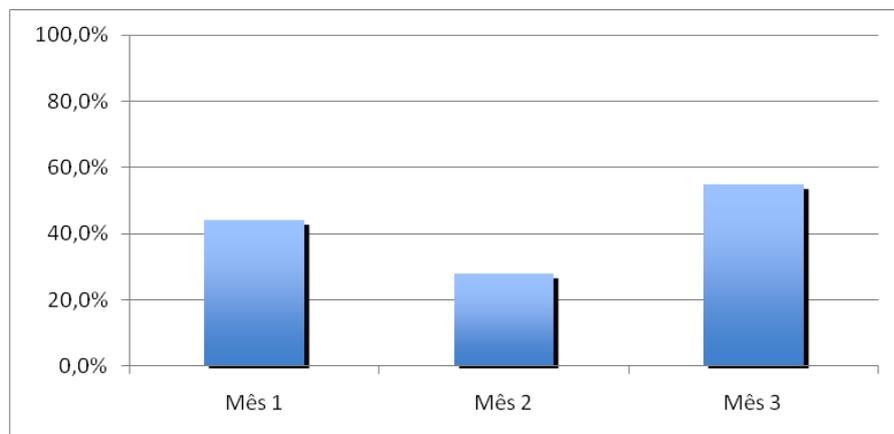


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** Realizar primeira consulta odontológica programada em crianças de 6 a 72 meses.

**Indicador:** Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica.

Após as avaliações odontológicas das crianças pelos membros da equipe foram agendadas 11 consultas no segundo mês da intervenção, e 27 consultas no terceiro mês da intervenção (após a implantação da equipe de saúde bucal a equipe da estratégia), chegamos a um total de 38 consultas realizadas em crianças de 6 a

72 meses. Foram triados os pacientes apresentando alterações na formação da arcada dentária, e/ou visualização de cáries. Outras crianças avaliadas não foram agendadas até o momento devido ao excesso de demanda.

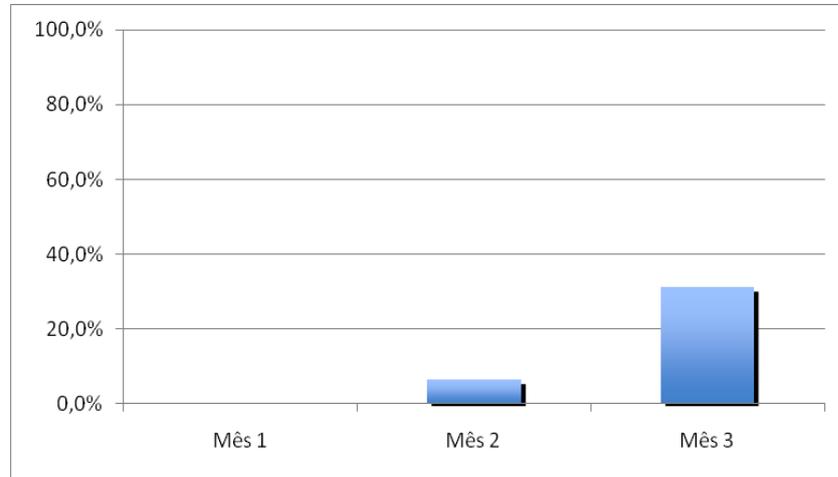


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Não tínhamos um cadastro das crianças adstritas da unidade e também não havia até implantação das ações de monitoramento, consultas agendadas ou qualquer tipo de busca ativa as crianças. Dessa forma não obtivemos indicadores até o terceiro mês da intervenção, quando foi possível constatar ausência de duas crianças às consultas de puericultura e assim realizar busca ativa.

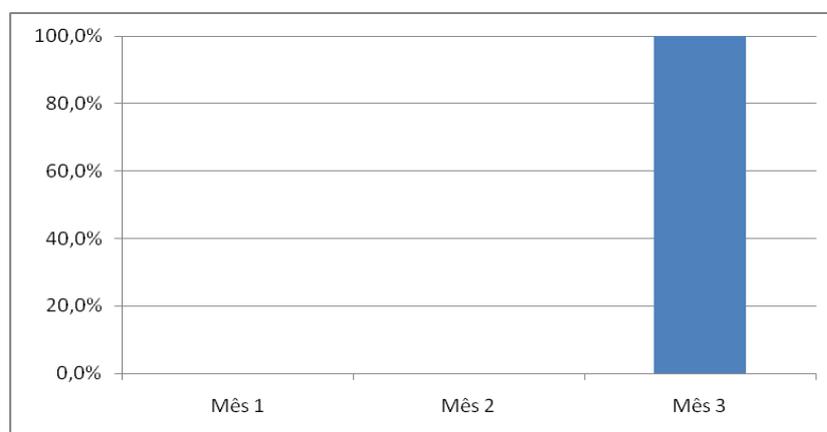


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Após a implantação da intervenção e através dos cadastros realizados conseguimos obter ao final do terceiro mês um indicador bem próximo a meta estabelecida, pois das 139 crianças da área 134 estão com o registro atualizado representando 96,4%, resultado obtido através do empenho da equipe. A evolução dos registros foi 77 crianças com registro atualizado, representando 74,8% das 103 crianças cadastradas no primeiro mês, e 89 registros atualizados, 65,4% dos cadastros ao segundo mês. Os cadastros das crianças no programa foram realizados primeiramente pelas ACS e após foram realizadas as atualizações dos registros conforme informações nos prontuários, e após realização de avaliação individual na unidade com um profissional da equipe. Mesmo com as estratégias de visitas domiciliares e sucessivos chamamentos três crianças cadastradas pelas agentes não compareceram a unidade.

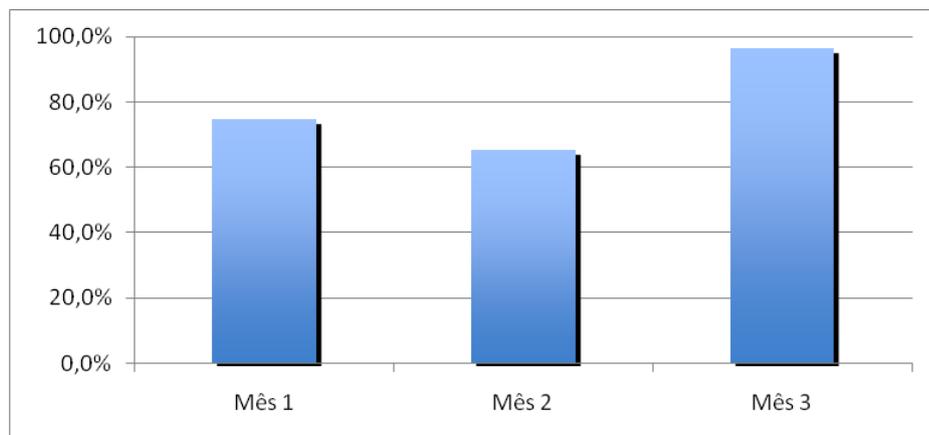


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com o registro atualizado no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** Realizar avaliações de risco nas crianças.

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

As crianças cadastradas no programa tiveram as fichas espelho preenchidas por um membro da equipe, e como a avaliação de risco é um item descrito nessa ficha, ao fim da intervenção 131 crianças foram avaliadas quando a presença de risco, representando 94,2%. As crianças que tiveram essa classificação como positiva para algum item estão descritas em um levantamento e receberão atenção

especial da equipe (agente de saúde, enfermeira e médica). A evolução do indicador foi de 75 (72,8%) no primeiro mês, e 85 crianças (62,5%) no segundo mês.

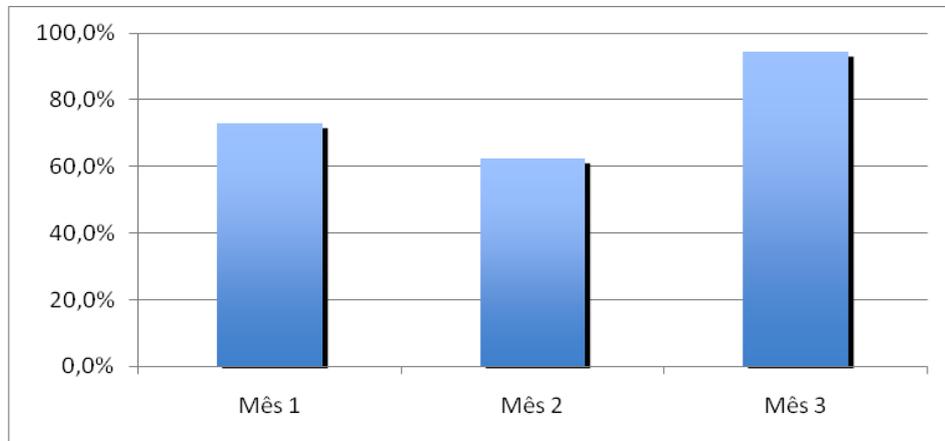


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

As orientações sobre prevenção de acidentes na infância foram realizadas no momento em que os cuidadores e as crianças tiveram contato com a equipe, e no decorrer da intervenção obtivemos crescimento desse indicador como pode ser observado no gráfico. No primeiro mês da intervenção 78 (75,7%) mães tinham recebido orientações, no segundo mês 88 (64,7%) e no fim da intervenção chegamos a 133 mães ou cuidadores orientados sobre prevenção de acidentes na infância, representando 95,7%. Mesmo com as estratégias de visitas domiciliares e sucessivos chamamentos três crianças cadastradas pelas agentes e ou seus cuidadores não compareceram a unidade ou não estavam em seus domicílios no momento da visita.

Além das orientações prestadas nas consultas individuais esse assunto foi abordado em uma atividade educacional realizada na quarta semana da intervenção.

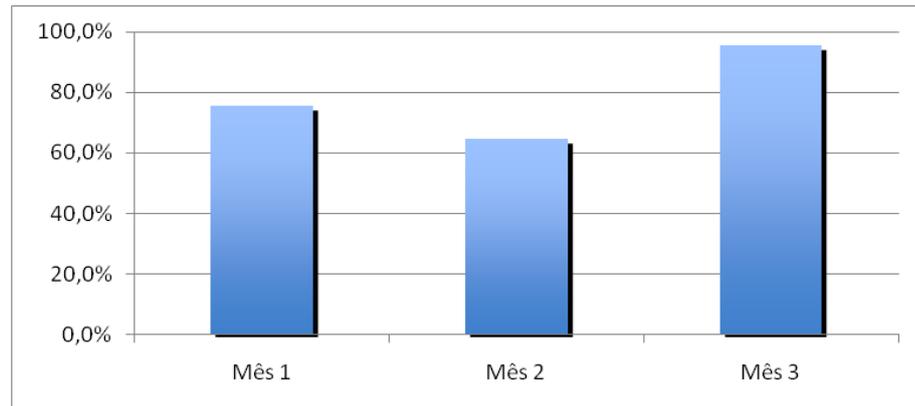


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Todas as mães são estimuladas a realizar aleitamento materno exclusivo, e as crianças que realizaram a primeira consulta durante o período da intervenção foram postas a mamar neste momento. Porém como a maioria das crianças não estão mais na faixa etária da amamentação, consideramos que todas as mães que amamentaram, ou ainda que receberam orientações sobre aleitamento, como positivas neste item.

Dessa forma ao fim da intervenção chegamos ao indicador de 126 orientações sobre aleitamento, representando o percentual de 90,6%. O que representa uma evolução satisfatória em comparação aos resultados do primeiro mês da intervenção quando tínhamos 72 (69,9%) orientações, e no segundo mês com 84 (61,8%) orientações.

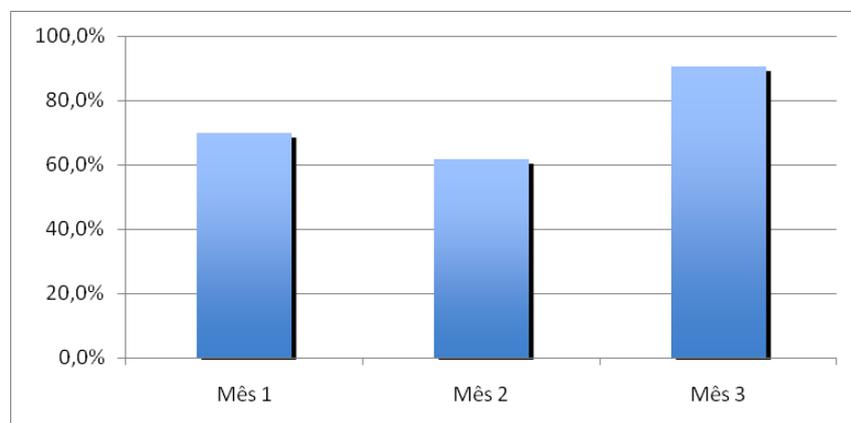


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

**Meta:** 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.

Como todas as crianças que tiveram contato com a equipe receberam o mesmo tipo de informação, pois essas informações foram padronizadas no treinamento prévio a implantação da intervenção, e disponibilizadas em manual impresso para consulta pela equipe inclusive durante a consulta. Todos os cuidadores ou pais das crianças que tiveram contato com a equipe receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, um total de 133 orientações representando 95,7% das crianças do território. Mesmo com as estratégias de visitas domiciliares e sucessivos chamamentos três crianças cadastradas pelas agentes e ou seus cuidadores não compareceram a unidade ou não estavam em seus domicílios no momento da visita.

Como evolução mensal do indicador no primeiro mês 77 (74,8%) e no segundo mês 87 (64,0%) orientações nutricionais.

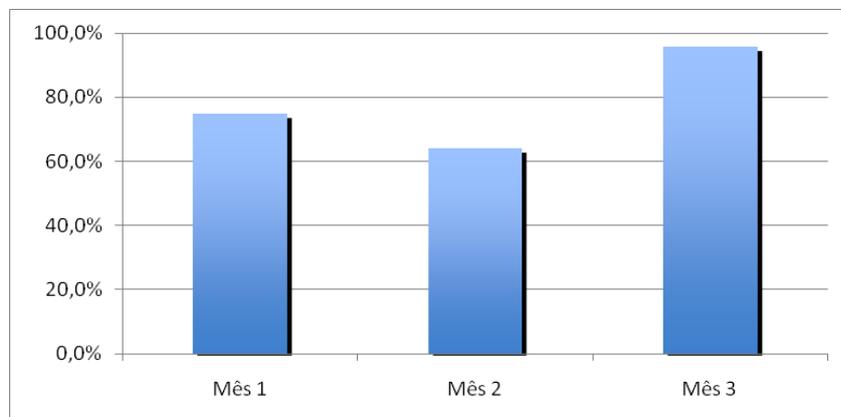


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

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

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

Obtivemos indicador final de 99,7% de orientações em relação às crianças com monitoramento em dia, 132 orientações em relação a 133 crianças que tiveram

contato com a unidade durante a intervenção e estão com monitoramento em dia, e 95,0% em relação ao total de crianças cadastradas no programa (139). No decorrer da intervenção foram realizadas no primeiro mês 76 (73,8%) orientações, e no segundo mês 86 (63,2%) orientações. Como no início da intervenção não tínhamos a equipe de saúde bucal com dedicação exclusiva a nossa unidade, utilizamos a estratégia de montar um folder explicativo ilustrado e esse material foi entregue a todas as crianças durante as consultas, e pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares.

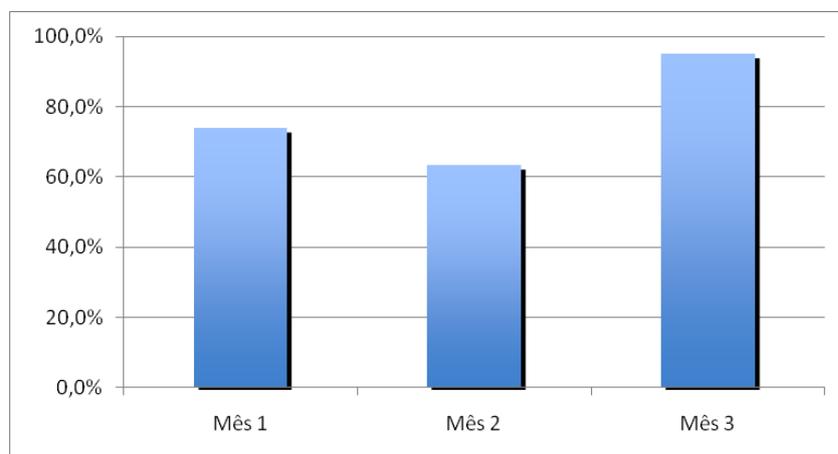


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie no programa da unidade de saúde. ESF Santa Terezinha. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na ESF Santa Terezinha representou a implantação do programa de Saúde da Criança conforme as orientações do Ministério da Saúde descritas no caderno de atenção básica nº 33, do ano de 2012, na rotina desta equipe.

Através do cadastramento das crianças até 72 meses de idade no programa e registro na ficha espelho, passou-se a ter condições de realizar ações de monitoramento de crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações nutricionais, risco de acordo com a faixa etária, saúde bucal. Além do subsídio de informações para que a equipe interfira em situações em que a criança apresenta

déficit de desenvolvimento, crescimento, ou risco definido, representando assim melhora na qualidade de promoção de saúde.

Esse período representou um crescimento para a equipe, pois com base no protocolo do programa do ministério foi realizada a qualificação e o treinamento da equipe para executar as ações da intervenção. Inclusive foi montado um manual para que todos realizem o mesmo atendimento, independente de quem atenda essa criança, seja técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico. Os ótimos indicadores obtidos durante a intervenção só foram possíveis devido ao engajamento da equipe, pois o excesso de demanda impossibilitaria concentrar as ações em um profissional, então todos estiveram aptos, e realizaram as ações com qualidade.

A agenda da ESF Santa Terezinha antes da intervenção contemplava somente o grupo de puericultura com crianças até 24 meses, mas sem registro próprio, e sem estratégias de avaliação da assiduidade e controle de registros. As vacinas eram realizadas conforme livre demanda, após os grupos de puericultura e em campanhas de vacinação, não havia conferência das carteiras espelho, nem busca ativa das crianças com vacinas atrasadas. O restante do público alvo tinha contato com a unidade em consultas focadas em queixas clínicas, em processo de doença. Após a intervenção buscamos a mudança na visão da equipe e da população no sentido de promoção e prevenção de saúde com atividades de educação e monitoramento.

As ações que foram realizadas nesse período foram absorvidas pela equipe como parte da rotina, e continuam sendo realizadas com qualidade mesmo após o término da intervenção. Com a integração da segunda enfermeira na equipe, esta ficou responsável pelo controle e monitoramento da qualidade do programa, e a equipe segue participando das ações executadas.

Não obtivemos o cadastramento total das crianças do território, pois das quatro microáreas, uma permanece sem agente comunitário. Após a contratação desse profissional conseguiremos uma melhora na cobertura do programa.

No seguimento das ações planejamos realizar atividades educacionais em conjunto com a escola e a creche do bairro buscando melhorar a qualidade da alimentação das crianças, e a conscientização da importância da saúde bucal. E buscamos integrar o acompanhamento do PIM (Programa Primeira Infância Melhor), as ações de monitoramento do programa de saúde da criança na estratégia.

### 4.3 Relatório para os Gestores Municipais

Após o término da intervenção realizada na ESF Santa Terezinha nos meses de agosto, setembro e outubro desse ano visando à implantação do programa de Saúde da Criança conforme protocolo do Ministério da Saúde venho através deste relatório informar aos senhores representantes da gestão municipal o impacto das ações na comunidade e na rotina da unidade.

Primeiramente realizamos o cadastramento das crianças de 0 a 72 meses adstritas da ESF, esse cadastramento foi efetivo em três das quatro micro áreas do território, pois como é de conhecimento dos senhores, a micro área que compreende o bairro avenida está sem agente comunitário há 2 anos. Mesmo assim conseguimos realizar o cadastro de 139 crianças, destas 136 foram avaliadas pela equipe dentro do período de três meses. Esse cadastro foi ponto de partida para realizar diversas melhoras na rotina da unidade, pois através do registro especial nas fichas espelho (que gentilmente foram impressas pela secretaria de saúde) é possível monitorar e registrar as avaliações realizadas as crianças, bem como identificar situações de risco, social ou de desenvolvimento que mereçam uma atenção especial da equipe.

A equipe foi fundamental na implantação do programa, já desde o início da avaliação e escolha do foco de ação da intervenção. Como no início com o interesse no aprendizado e qualificação do conhecimento em saúde da criança em treinamento realizado nas reuniões de equipe.

O contato das crianças do território que foi estabelecida nos meses da intervenção será mantido através de ações de promoção e prevenção de saúde, pois estamos buscando mudar a mentalidade da comunidade no processo saúde-doença para o contato com o serviço de saúde educativo.

Nem todos os pontos planejados para serem realizados na intervenção foram possíveis, principalmente no que diz respeito à realização de exames laboratoriais para avaliação de anemia infantil e parasitoses tão freqüentes nessa faixa etária. Devido ao atraso no agendamento desses exames, utilizamos como estratégia realizar a suplementação de ferro profilática e tratamento de parasitoses empírica.

Buscamos durante a intervenção melhorar o atendimento as crianças ampliando o espaço na agenda semanal da unidade, não determinando horário definido, e não limitando idade para participar do grupo de puericultura como antes

ocorria. Esse processo foi facilitado com a contratação da segunda enfermeira que além de agregar no processo de atendimento individual, tomou frente ao processo de monitoramento da assiduidade e conferência da realização das vacinas.

Outro tópico que melhorou durante a intervenção foi a disponibilização da equipe de saúde bucal com exclusividade para a ESF, pois além de ampliar a cobertura da demanda reprimida tornou-se mais disponível para realizar ações de prevenção.

Após esse período de implantação observamos melhora nos indicadores de saúde da área, e agregamos o programa a rotina da unidade. Buscamos ampliar as atividades que vem sendo realizadas com atividades educacionais em parceria com a escola e a creche do bairro, e determinar uma atividade conjunta do programa da ESF com as ações do PIM (Primeira Infância Melhor).

O engajamento da equipe com as ações propostas demonstra que se outros programas forem implantados teremos uma melhora no atendimento da comunidade em geral e não só com o público infantil.

#### **4.4 Relatório para a Comunidade**

Durante o mês de agosto até o mês de outubro foram implantadas no posto da Santa Terezinha diversas atividades voltadas às crianças até 6 anos de idade com a intenção de conhecer essas crianças e trazer elas para o cuidado da equipe do posto.

Antes desse período de mudança os bebês que nascessem no bairro Avenida, ou nas vilas Santa Terezinha, Fiorame, Kraft e Camponesa, tinham um contato com o posto, primeiro para realizar o teste do pezinho e a consulta de revisão do nascimento, e depois eram convidadas a participar do “grupinho de bebês” de 15 em 15 dias, onde eram pesadas, examinadas pelo médico e ganhavam as vacinas. O que mudou? Agora as crianças são convidadas e monitoradas, pois se não vierem a consulta, nossa equipe vai realizar uma visita e marcar uma consulta e chamá-los a vir a unidade. Por quê? Para que com essa avaliação continua seja possível detectar qualquer problema com a criança assim que ela aparecer, e aumentar as chances de resolver e não representar problemas para essa criança. Isso pode até parecer perseguição, mas é com a intenção da criança ter todos os cuidados que ela precisa e merece.

As crianças maiores de 2 anos não precisavam mais vir ao posto pro grupo de bebês, só vinham para serem pesados para o bolsa família, ou se estivessem doentes. Mas agora o posto é um espaço que deve fazer parte da rotina das crianças, como os filhos dos que estão melhores de vida, e vão ao pediatra duas ou três vezes no ano, fazem exames, e consultam só pra ver se está tudo bem. Os seus filhos também terão esse espaço aqui no posto, e tudo isso vai ficar anotado em uma ficha só dele. Toda equipe, técnicos de enfermagem, enfermeiros e o médico podem fazer essa consulta, já que todos foram treinados para orientar vocês pais, ou cuidadores, a dar o melhor para essa criança crescer saudável.

Sabemos que logo que a intervenção começou alguns ficaram descontentes, pois nas manhãs de terças-feiras durante um mês e meio não tiveram fichas para consultar com o médico, mas é que estávamos organizando esse novo sistema de atendimento para as crianças. Agora estamos com as consultas de volta a normalidade, e as crianças tem condições de ter um atendimento melhor sempre que precisarem.

Além disso, estamos com portas abertas para atender as crianças que estiverem doentes, é só vir ao posto, e as enfermeiras realizaram uma avaliação, que chamamos de triagem, para ver se é preciso o atendimento médico, ou ela mesmo pode orientar e tratar a criança. O importante é que não é necessário tirar ficha, ou ficar com o filho em casa doente por que não tinha mais ficha.

Além de tudo isso que foi dito, vamos continuar indo a escola e a creche para ver e acompanhar seus filhos, netos, e de vez em quando poderá ter um recadinho, uma folha explicativa, ou um convite nos cadernos deles, então estejam atentos.

Depois desses três meses de trabalho conseguimos fazer muitas vacinas que estavam em atraso, muitas avaliações com a dentista, prevenindo as cáries, e melhoramos muito os cuidados das crianças dos bairros, pois orientamos os pais como alimentar melhor os pequenos, e como evitar acidentes.

Em nome da equipe agradeço a compreensão de vocês com esse período de adaptação, e a participação nas atividades que realizamos. Estamos trabalhando para melhorar o posto de saúde Santa Terezinha não só no que diz respeito às crianças como em todos os aspectos.

## **5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem**

Chegando ao final da especialização de saúde da família da UNASUS/UFPEL, considero um grande crescimento pessoal no que diz respeito a melhora profissional e a aquisição de conhecimento proposto pelo curso.

As práticas realizadas na atenção básica e o contato com a comunidade proporcionados pela especialização do Provac, que venho realizando desde março, representaram um amadurecimento no meu perfil profissional e na segurança das condutas estabelecidas dentro e fora do consultório.

A intervenção realizada na ESF Santa Terezinha teve como foco a Saúde da Criança, assunto pouco valorizado durante a minha vida acadêmica, e foi um desafio estudar efusivamente para realizar o melhor trabalho com as crianças da comunidade. E superar as dificuldades para implantar o programa na rotina da estratégia que já nas primeiras semanas de atuação diagnosticava excesso de demanda.

As atividades clínicas propostas pelo curso foram aproveitadas ao máximo, e eram a parte mais interessante do curso na minha avaliação, pois observava o aprendizado direto nos casos clínicos propostos e muito bem formulados pela UFPel. As atividades iniciais da avaliação da unidade e do projeto de intervenção pareciam maçantes, mas após a execução da intervenção as considero necessárias para definir uma boa realização do trabalho.

Nem sempre participei com muitas postagens dos fóruns, mas li todos os posts dos colegas e principalmente os do fórum de clínica, onde aprendi bastante.

Durante o decorrer do curso nem sempre fui tão dedicada como eu gostaria de ter sido, principalmente em relação aos prazos de entrega das tarefas. Em alguns momentos por não ter dedicação exclusiva a especialização, precisando realizar plantões durante os finais de semana. Além de outros projetos da própria unidade que demandavam dedicação fora do horário de trabalho, como confecção e implantação de protocolo de triagem, reuniões para realizar em conjunto com outros profissionais da cidade um fluxo de atendimento de fisioterapia de São Lourenço do

Sul. E na última unidade, a minha total dedicação aos estudos das provas de residência.

Relendo as minhas perspectivas iniciais em relação ao curso observo o anseio quanto à intervenção e o impacto das ações no dia a dia na ESF Santa Terezinha e melhoria da promoção de saúde para a comunidade, mas agora reflito que isso foi apenas uma pequena parcela de todo o aprendizado e experiência que a especialização proporcionou a minha formação profissional.

Estou muito satisfeita de ter optado por dedicar 2014 ao Provac, e a especialização de Saúde da Família, fui conquistada pela Medicina de Família e Comunidade, e me considero realizada pelo trabalho que venho desenvolvendo e o retorno dos usuários. Inclusive se não for aprovada na residência, vou migrar para o programa Mais Médicos e continuar atuando na ESF Santa Terezinha.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 134, de 01 de fevereiro de 2013 (DOU 04/02/2013)**. Institui o Componente Construção no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), redefine os prazos para conclusão das obras e início de funcionamento das UBS financiadas por meio do Plano Nacional de Implantação de UBS nos termos da Portaria nº 2.226/GM/MS, de 18 de setembro de 2009, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.226/GM/MS, de 2009. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Sinopse do censo demográfico 2010: Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=43>>. Acesso em: 28 mai 2014.

Anexo 1 – Ficha Espelho (Frente)



Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

**DADOS DO NASCIMENTO / PUERICULTURA IMEDIATA**

Parto:  Normal  Cesáreo Idade Gest: \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias Peso: \_\_\_\_ g Est: \_\_\_\_ cm P. Cef: \_\_\_\_ cm P. Tor: \_\_\_\_ cm Apgar: 1º: \_\_\_\_ 5º: \_\_\_\_  
 Teste do Pezinho: Realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Normal  Alterado Manobra de Ortolani:  Negativo  Positivo Teste do Olhinho:  Normal  Alterado  
 Triagem Auditiva: Realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Normal  Alterado Reflexo da Sucção:  Normal  Alterado Preensão Palmo Plantar:  Normal  Alterado  
 Moro:  Normal  Alterado Bolsa Escrotal:  Normal  Alterado Fontanelas:  Normal  Alterado Aleitamento Materno na Consulta:  Sim  Não

**RISCO SOCIAL / PROBLEMAS FAMILIARES**

Risco Social:  área de risco  baixo peso ao nascer  morte infantil familiar  mãe menor de 18 anos  baixa escolaridade materna  dependência química familiar  
 Problemas: \_\_\_\_\_

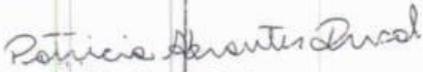
**CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO**

Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplice viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____							
							Tetra viral Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____			Outra: Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____
										Outra: Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____
										Outra: Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____





**Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<b>Projeto: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i></b>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

**Apêndices**

**Grupo de Bebês na ESF Santa Terezinha**



**Paciente do Grupo de Bebês com a médica**



