

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 6**



**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois  
meses na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes,  
Pelotas/2015**

**Nathalia Bobrowski Richter**

**Pelotas, RS**  
**2015**

Nathalia Bobrowski Richter

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois  
meses na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes,  
Pelotas/2015

Trabalho 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.

Orientador: José Adailton da Silva

Pelotas, RS  
2015

## Universidade Federal de Pelotas / DMS

## Catalogação na Publicação

R537m Richter, Nathalia Bobrowski

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, Pelotas/2015 / Nathalia Bobrowski Richter; José Adailton da Silva, orientador. – Pelotas: UFPeL, 2015.

91 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde da Criança 4. Puericultura 5. Saúde Bucal I. Silva, José Adailton da, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

*Dedico este trabalho aos meus pais, meus exemplos de vida e de perseverança; à minha irmã, pela amizade e pela paciência diárias; ao meu noivo, pelo companheirismo e pelo amor dedicados; aos meus amigos, minhas maiores conquistas e, principalmente, a Deus, meu protetor e base de tudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, sempre presente em todos os momentos da minha vida, abençoando e iluminando o meu caminho.

Aos meus pais Hugo e Leci e a minha irmã Marianna, que me ensinaram a construir o meu futuro de maneira altruísta e responsável.

Ao meu noivo Túlio, que compartilhou seus sonhos comigo e me motivou a ser cada dia melhor.

Ao orientador José Adailton que, pacientemente, me instruiu a cada tarefa solicitada durante este período, com excelência profissional.

A todos os queridos amigos e profissionais da UBS/ESF Simões Lopes, que cooperaram positivamente para a realização e concretização deste projeto.

E a todos que, felizmente, fazem parte da minha vida e engrandecem o meu viver.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	58
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	59
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	60
Figura 4	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	61
Figura 5	Proporção de crianças com a vacinação em dia para a idade.	62
Figura 6	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.	63
Figura 7	Proporção de crianças com triagem auditiva.	64
Figura 8	Proporção de crianças com o teste do pezinho realizado até os 7 dias de vida.	66
Figura 9	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 10	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com a primeira consulta odontológica.	67
Figura 11	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no Programa de Saúde da Criança.	68
Figura 12	Proporção de crianças com registro atualizado.	69
Figura 13	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.	70

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DM - Diabetes Mellitus

EOAE - Emissões Otoacústicas Evocadas

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Grupo de Hipertensos e Diabéticos

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica

RS - Rio Grande do Sul

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TAN - Triagem Auditiva Neonatal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Unidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

USF – Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. Análise Situacional .....	10
1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família / Atenção Primária Saúde .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Texto comparativo: uma reflexão antes e após a análise situacional.....	20
2. Análise Estratégica –Projeto da Intervenção .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e Metas .....	25
2.2.1 Objetivos Gerais .....	25
2.2.2 Objetivos Específicos .....	25
2.2.3 Metas.....	25
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística .....	46
2.3.4 Cronograma .....	48
3. Relatório da Intervenção .....	51
4. Avaliação da Intervenção .....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão .....	72
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	75
4.4 Relatório da intervenção para comunidade .....	78
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem .....	81
6. Referências .....	83
Anexos .....	85



## RESUMO

RICHTER, Nathalia Bobrowski. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, Pelotas/2015.** 2015. 91f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS: 2015.

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial. Este trabalho contempla a intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes em Pelotas e teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes à área adstrita da Unidade Básica de Saúde e, mais especificamente: ampliar a cobertura do programa de saúde da criança, melhorar a qualidade do atendimento à criança, melhorar a adesão ao programa, melhorar os registros das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a saúde das crianças. A intervenção teve a duração de doze semanas. Para que fosse possível o desenvolvimento deste trabalho foi necessária uma reestruturação na UBS, a equipe necessitou de qualificação para realizar o cuidado conforme o preconizado pelos protocolos: “Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, nº 23, Brasília – DF, 2009” e “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, nº 33, Brasília – DF, 2012”. Foram adotadas fichas-espelho para a qualificação dos registros, de forma a garantir informações precisas e monitorar o programa. Foi possível com a intervenção cadastrar 289 crianças, sendo que na área havia uma estimativa de 523, ou seja, alcançando-se, no período, 55.2% de cobertura. Através das consultas de puericultura, buscou-se assegurar o crescimento e o desenvolvimento das crianças na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social, desta forma, contribuindo para a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil que ainda se observam em nosso meio e, conseqüentemente, atuando na qualidade de vida das crianças incluídas nessa assistência. Após a intervenção as ações continuam ocorrendo de forma sistemática na rotina do serviço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho relata uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, localizada no município de Pelotas/RS, que objetivou melhorar a atenção à saúde das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes à área adstrita da UBS.

O volume está organizado em cinco capítulos, que correspondem às quatro unidades propostas no curso de Especialização em Saúde da Família. No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, que aborda aspectos da UBS, sua estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos, programas desenvolvidos, situação de saúde no município.

No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o Projeto de Intervenção, baseado no protocolo do Ministério da Saúde, a partir da utilização dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde: “Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, nº 23, Brasília – DF, 2009” e “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, nº 33, Brasília – DF, 2012”. Neste capítulo, apresentam-se os objetivos do trabalho, as metas, os indicadores, a logística e as ações propostas, bem como o cronograma.

Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório da Intervenção, que aborda as ações previstas e desenvolvidas durante este período, bem como aquelas que não foram desenvolvidas; também a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção à rotina do serviço.

No quarto capítulo explana-se sobre os Resultados da Intervenção e a Discussão, além do Relatório da Intervenção para os Gestores assim como para a Comunidade.

Finalizando o volume, realiza-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem decorrente da experiência adquirida no curso.

## 1. Análise Situacional

### 1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde

A Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, localizada no município de Pelotas/RS, é composta por 3 equipes de Estratégia à Saúde da Família, cada uma com 6 a 8 microáreas correspondentes. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde. Há ainda um odontólogo, um nutricionista e um assistente social para as todas as equipes. Além disso, a unidade dispõe de 2 médicos que cumprem 20 horas semanais para reforço da demanda significativa. Há uma equipe de limpeza composta por 2 profissionais que zelam pelos cuidados higiênicos na Unidade. Integro a equipe 1, realizando trabalho como médica pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Tal como eu, outro médico integra a unidade, pela equipe 2, sendo igualmente do PROVAB. Os demais médicos são contratados pela Prefeitura Municipal.

Trabalha-se em um espaço limitado, no qual as salas são relativamente pequenas e, na maioria das vezes, não comportam a estrutura por ela demandada. Além disso, são poucas salas, e os profissionais se organizam de forma a ocupar cada espaço em um determinado horário, a fim de conseguir realizar a Estratégia de forma plena.

As equipes organizam-se de forma programática e este planejamento é feito através de reuniões semanais, objetivando conciliar os agendamentos, sustar dúvidas, discutir projetos e definir metas, além de reunir-se, também, com as demais equipes, igualmente de forma semanal, de modo a traçar planos futuros e definir situações.

Compõe-se uma agenda que comporta diariamente espaço para agendamentos prévios, consultas para os usuários da demanda espontânea, visitas domiciliares, grupos de pré-natal, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e tabagismo. Todas as situações de urgência que adentram a unidade são prontamente atendidas e encaminhadas à resolução conforme necessário.

Há uma relação estreita com a comunidade no sentido de modificar situações e privilegiar aqueles que mais necessitam do atendimento à saúde. Com as visitas domiciliares, conhece-se o espaço no qual os usuários residem e as situações pelas quais enfrentam, além de suas limitações sociais e financeiras. Depara-se com indivíduos que recebem o atendimento da equipe de saúde, porém se limitam à realidade de não conseguir arcar com os custos de medicações que, na maioria das vezes, não são disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município e, portanto, ausentes na unidade; outras vezes, em posse das medicações, os usuários não possuem suporte familiar e/ou emocional para a administração correta e o uso regular. Percebe-se, em contrapartida, que há um vínculo bastante positivo de colaboração da equipe no sentido de tentar modificar a realidade preocupante que muitas famílias enfrentam. A partir dos grupos de pré-natal, Hipertensão (hipertensão arterial + diabetes *mellitus*), tabagismo (implantado na Unidade esse ano), fornecem-se informações de entendimento fácil e estruturado, com resoluções práticas disponíveis a todos os interessados. Essas questões são discutidas em grupo, onde os usuários são ouvidos, examinados e, principalmente, incentivados a uma mudança positiva em seus hábitos e em seu cotidiano. Os estudantes graduandos em enfermagem e medicina, que lá desenvolvem estágios e programas, empenham-se igualmente em contribuir para uma cobertura mais efetiva da população a fim de aumentar a frequência dos participantes dos grupos e suas adesões.

Através da rotina diária, buscam-se alternativas para sanar os problemas existentes e as limitações diárias, o que por vezes demanda um significativo esforço frente às dificuldades encontradas e à busca de um modelo de Saúde traçado como exemplo em livros mas que, na prática, está distante de ocorrer plenamente, pois necessita da contribuição de todos, seja na resiliência da equipe, na perseverança da comunidade, ou no engajamento público, elo fundamental.

## 1.2 Relatório de Análise Situacional

Pelotas é um município do Estado do Rio Grande do Sul, considerado uma das capitais regionais do País, possuindo uma população de 328.275 habitantes, segundo dados do IBGE (2010), e é a terceira cidade mais populosa do Estado. Atualmente, a cidade possui 51 Unidades Básicas de Saúde administradas pela Prefeitura, sendo que 31 fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, com 30 equipes completas e

um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O município não possui Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém possui um Centro de Especialidades, incluindo Psiquiatria, Infectologia, Ginecologia, dentre outras especialidades, para referência da Atenção Primária, além de Ambulatórios de Especialidades, tais como Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Cirurgia Geral, oportunizando o encaminhamento dos usuários do nível primário ao secundário e terciário, também presentes no município. Há disponibilidade, à população, de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), especializado em Saúde Bucal que serve de referência à Unidade Básica de Saúde, e está localizado na Faculdade de Odontologia/ Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

A Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, localizada na área urbana do município de Pelotas, começou a participar do Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 2002, que posteriormente fora transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), compondo-se de 3 equipes que acompanham cerca de 10.476 habitantes. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem, e cerca de 4 a 8 agentes comunitários de saúde, de acordo com o número de microáreas adstritas. A unidade possui, ainda, 2 médicos, não participantes da ESF, que trabalham somente um turno, e realizam o reforço no atendimento visto a grande demanda espontânea. Trabalham na Unidade, também, um nutricionista, um odontólogo e um assistente social, além de 4 recepcionistas e 2 auxiliares de limpeza. Acadêmicos de diversas áreas da saúde, tais como medicina, enfermagem, nutrição e odontologia, os quais atuam na UBS vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET), provenientes da Universidade Federal de Pelotas, também realizam atividades diariamente na Unidade, a qual funciona em dois turnos, todos os dias da semana.

Observando a estrutura física da unidade, percebe-se a ausência de uma ambiência adequada, visto que, além de limitados, os espaços possuem defeitos diversos em portas/paredes/janelas/pisos/acabamento, dificultando uma atenção física acolhedora e humanizada, além das inúmeras falhas de ventilação e iluminação; há infiltrações importantes e, seguidamente, ocorre comprometimento do prédio que, por muitas vezes, encontra-se parcialmente inundado por água das chuvas. Os consultórios possuem, em geral, uma mesa, 2 a 3 cadeiras, uma maca ginecológica, um armário comum e uma pia, somente. Apenas um consultório conta com sanitário adequado. É importante ressaltar que não há, na unidade, salas para coleta de

material para análises clínicas, sala de nebulização, escovário, área para compressor e bomba, banheiro para funcionários com armários individuais e sanitários para os usuários separados por sexo e com, pelo menos, um sanitário destinado a deficientes, conforme é preconizado pelas normas arquitetônicas das unidades básicas de saúde da família. Também não existe uma central de material e esterilização, sala de utilidades e sala de reuniões dos agentes comunitários de saúde. Há um único ambiente para recepção/arquivo dos prontuários, o que limita a movimentação/execução de tarefas naquele espaço restrito, o qual funciona como porta de entrada para a UBS. Ademais, a sala de espera comporta um máximo de 15 pessoas sentadas, o que significa dois terços aquém do esperado para uma unidade com 3 equipes ESF. Torna-se importante destacar, de forma alarmante e desafiadora, a dificuldade de acesso físico para idosos e portadores de deficiências, seja pela presença de degraus imponentes ou pela falta de corrimões e rampas, bem como ausência de banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas.

A territorialização e o mapeamento da área são realizados pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, realizando, assim, a adstrição de clientela e a cobertura da região de abrangência. Cada profissional reúne-se semanalmente com sua equipe a fim de avaliar ações e discutir agendamentos, e com todas as equipes, também de forma semanal, com o objetivo de trocar ideias, monitorar programas e organizar a pauta semanal. Ativamente as equipes atualizam as necessidades da unidade junto à Secretaria de Saúde do município a fim de garantir material básico necessário para satisfazer o comprometimento com a comunidade como Estratégia de Saúde da Família. Realizam-se, também, campanhas educativas entre os funcionários e a comunidade a fim de otimizar o insumo utilizado evitando o desperdício e protegendo o patrimônio da unidade. São realizados grupos de aleitamento materno, combate ao tabagismo, atenção às pessoas com diabetes, hipertensão, pré-natal, puericultura, saúde da mulher e saúde bucal, além de demais projetos, ainda iniciais, para outras atividades educativas e que possuem qualidade multiprofissional e interdisciplinar, consideradas tão importantes para o processo de educação à saúde da comunidade. Cada profissional possui compromisso sobre suas ações particulares, principalmente quando utilizadas coletivamente para o benefício de uma população, gerando maior responsabilidade social e estimulando a interação entre os profissionais e a troca ativa de conhecimento, contribuindo positivamente para a concretização de cada objetivo.

Em relação à população adscrita de 10.476 habitantes, pode-se observar, em números discriminatórios, conforme dados oficiais do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, datados de abril/2014, a composição de 4.749 indivíduos do sexo masculino, e 5.727 do sexo feminino, sendo que a ESF 01 abrange 3.463 pessoas, destacando-se 1.579 homens e 1.884 mulheres; a ESF 02 com 3.581 indivíduos, compondo-se de 1.650 homens e 1.931 mulheres; e a ESF 03 com 3.432, sendo 1.520 homens e 1.912 mulheres. Preconiza-se que cada equipe seja responsável por 2.000 pessoas (idealmente) e 4.000 (no máximo). Assim sendo, todas as equipes possuem adequadas áreas de abrangência para o desenvolvimento de sua estratégia. Há prevalência de idosos na unidade, apresentando, a partir de dados do SIAB, também datados de abril/2014, correspondendo a cerca de 38% da população total (n=3981).

Quanto ao acolhimento, a unidade não possui uma equipe específica para tal, sendo este realizado inicialmente na recepção, por seus funcionários, repassando-se ao enfermeiro, conforme a área e sua equipe de cobertura, e posteriormente, liberando-se após conduta ou repassando-se aos médicos conforme a necessidade. Os casos urgentes, emergentes, prioritários, são atendidos prontamente, independentes da equipe de cobertura. Percebe-se a necessidade constante da comunidade de entender a unidade de saúde como disponível, seja para atendimento de casos agudos, para melhoria da qualidade de vida dos casos crônicos, para fornecimento de medicações e vacinação. Uma vez disponibilizado acesso à demanda espontânea, através da Estratégia de Saúde da Família, há uma alteração visível na percepção que os indivíduos têm sobre seu acesso primário à saúde, entendendo-se a UBS como principal porta de entrada da população, priorizando a facilitação de acesso, e globalizando maior atenção e cuidado ao paciente. O excesso de demanda raramente é encaminhado ao pronto-atendimento mais próximo e acessível conforme a necessidade particular de cada indivíduo, normalmente optando-se por gerar excesso no número de atendimentos para resolução imediata e facilitada aos usuários. As equipes realizam atendimentos à demanda em tempo integral, o que confere uma cobertura louvável no que se refere à dispensação de cuidados imediatos, infelizmente limitado, por vezes, no que tange estrutura física, ambiência e insumos necessários à realização do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica, seja por materiais para atendimento às urgências, medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da família/postos de saúde

utilizados para o atendimento às urgências clínicas e equipamento de proteção individual.

Na unidade, são realizadas consultas de puericultura todos os dias, e em todos os turnos de funcionamento, realizadas essencialmente pela equipe de enfermagem e com o devido acompanhamento médico. Há demanda espontânea para o atendimento de problemas agudos infantis e, mesmo quando há excesso de demanda, busca-se suprir de forma precoce e eficiente com tal problemática, encaminhando tais crianças somente quando não compete à unidade o nível de complexidade da situação. Os atendimentos são realizados por todas as equipes de forma igualitária, mesmo quando fora da área de cobertura. As informações referentes às consultas de puericultura são realizadas pelas equipes no prontuário, de modo não uniformizado, e nas fichas específicas de puericultura, as quais não estão discriminadas por equipe e encontram-se desorganizadas e incompletas, com um número total não corresponde ao registrado. Cerca de 50 crianças menores de um ano são acompanhadas na UBS, o que gera um indicador de cobertura de 40% em relação ao estimado previsto para tal área, que seria de 125 crianças. Os indicadores de qualidade, tais como avaliação do teste do pezinho, teste da orelhinha, busca ativa às crianças faltosas ou em risco, cadastro das crianças adstritas à área, são falhos, uma vez que não há um registro eficiente da ação realizada por cada profissional. Além disso, tal arquivo é organizado semestralmente, o que gera uma desordem significativa na verificação e atualização das fichas e seus registros. Em reunião semanal dos funcionários da Unidade, com todas as equipes, oportuniza-se a discussão sobre tal fato a fim de entender os motivos pelos quais isso ocorre. Há o comprometimento de todos os envolvidos em estimular a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida; a realizar, pelo menos, o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério de Saúde; a realizar o teste do pezinho no primeiro contato com o recém-nascido; a encaminhar à triagem auditiva neonatal precocemente; a vacinar conforme calendário atual, oportunizando cada encontro; a monitorar crescimento e desenvolvimento de cada criança; além de orientar e fiscalizar o correto aleitamento materno, visando à exclusividade até os 06 meses, estimulando a pega e mamada correta e contribuindo com a resolução de dúvidas dos pais em cada ocasião. Em contraponto, não há o registro correto de tais atividades de forma sistemática por todos os profissionais envolvidos, gerando uma incompletude na análise dos dados e um desencontro quanto em análise dessas fichas onde estão registradas as consultas



de puericultura, visto que alguns profissionais registram no prontuário clínico, outros na ficha de puericultura, e outros ainda, somente na caderneta da criança. Faz-se necessário, diante do exposto, uma mobilização a respeito do registro correto dessas consultas a fim de buscar usuários faltosos, monitorar as ações programáticas e sua eficácia em nossa unidade, além de otimizar o serviço prestado à população de forma qualificada e satisfatória.

O pré-natal na unidade básica de saúde Simões Lopes é realizado essencialmente pelo médico em todos os turnos de funcionamento e, também em todos os dias da semana, porém, existem grupos de gestantes realizados mensalmente, um em cada equipe (totalizando 3), no qual há a participação ativa de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, acadêmicos do PET/Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, nutricionista e odontólogo. As gestantes com problemas de saúde agudos são atendidas prontamente pela enfermagem, repassando posteriormente ao médico de cada equipe para avaliação, em um prazo máximo de 15 minutos. As gestantes só são encaminhadas a outro serviço quando necessitam de complexidade superior frente à situação encontrada, quando a unidade encontra deficiência em resolver o caso de forma efetiva e com os meios adequados. De qualquer outra forma, procura-se suprir a demanda diária de gestantes, optando por seu atendimento preferencial mesmo que gere um excesso de demanda naquele determinado turno. Estima-se que, atualmente, existam cerca de 50 mulheres realizando o pré-natal na unidade, um número que fica aquém do estimado de gestantes residentes na área de abrangência, uma vez que o esperado para a área seria de aproximadamente 157, o que representa apenas 32% da cobertura; ademais, não é possível estimar os indicadores qualitativos, tais como a realização das consultas rotineiramente conforme protocolo do Ministério da Saúde, a realização adequada dos exames do pré-natal e das vacinas recomendadas, visto o registro defasado. Há um significativo questionamento no sentido de entender se, na realidade, as gestantes não estão sendo abordadas através de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, ou se não estão atraídas à consulta através de informações sobre a importância da realização de acompanhamento na gestação, ou se os dados não estão sendo registrados devidamente, subestimando o número de gestantes realmente acompanhadas. Além disso, e talvez ainda mais lastimável, seja a constatação que não são realizados registros das consultas de forma uniforme por

todos os médicos e suas equipes, gerando uma desigualdade em quesitos analisados, e uma falta de dados consistentes para a avaliação e monitoramento do pré-natal.

Na unidade, a coleta do exame citopatológico de colo do útero, visando o rastreamento do câncer de colo do útero nas mulheres entre 25 e 64 anos - sendo o estimado 2.723 mulheres nesta faixa etária - é realizada pelos médicos e pelos enfermeiros, sendo disponibilizada em todos os turnos de funcionamento, e em todos os dias da semana. Os registros são realizados em um livro específico para o controle deste exame, porém, sua revisão, considerada de semanal a mensal, não visa à verificação de mulheres em atraso com o exame, seja ele de rotina ou alterado, nem à completude do registro ou avaliação da qualidade do programa. Em sua revisão, muitos dados estão incompletos, os resultados, por vezes, são omitidos, e não há um controle do número de mulheres em dia com o exame, sua regularidade e periodicidade. O registro é feito também no prontuário clínico, de forma não padronizada pela equipe, e sem junção destes dados para melhor avaliação. São realizados rastreamentos organizados, mediante marcação prévia em agendas e, também, oportunistas, uma vez engajados na busca ativa por usuários faltosos, com pouca adesão aos tratamentos, e na oportunidade da realização de tal exame. Já o rastreamento do câncer de mama, imponente em sua realidade por vezes tão penosa aos dados mundiais, é realizado, também, pelos médicos e pelos enfermeiros, sendo que o controle diagnóstico é feito unicamente pelo médico. O exame clínico de mamas é realizado, conforme o preconizado, em todas as oportunidades, e estimulado para um melhor controle de tal afecção. Não há um registro específico, tal como no programa preventivo de câncer de colo do útero, no qual há uma cobertura de, somente, 8% de mulheres com idade entre 25 e 64 anos estimadas para a área, e 16% de cobertura, em relação ao câncer de mama, de mulheres entre 50 a 69 anos abordadas, o que omite dados importantes quando à avaliação desta ação na Unidade. Outra questão, igualmente difícil, refere-se à grande quantidade de tempo para a realização da mamografia a partir de seu pedido, pois atualmente, cerca de 6 meses, no mínimo, se o pedido foi feito corretamente, pela equipe, e se os dados da paciente estão em perfeita atualização, o que atrasa o processo de busca incessante no diagnóstico precoce do câncer de mama. Entende-se que se faz necessário uma nova abordagem desta ação programática, não somente com a realização dos registros adequados a uma eficaz avaliação, como também, no sentido de seguir um protocolo de atendimento baseado nos Cadernos de Atenção Básica, objetivando

monitorar, organizar e avaliar os indicadores de qualidade de um programa tão significativo para a saúde das mulheres. Cabe, também, à Secretaria Municipal de Saúde e seus gestores garantirem o pleno funcionamento deste serviço, gerando condições adequadas para o diagnóstico precoce e para o tratamento digno dessas mulheres em casos confirmados.

Os desafios do controle e prevenção da hipertensão e suas tantas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto torna-se importante que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Preconiza-se alimentação adequada, no que tange à restrição do consumo de sal e no controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool a fim de que os níveis desejados de pressão arterial possam ser atingidos. Objetiva-se o princípio fundamental da prática centrada na pessoa, envolvendo usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à HAS. Um dos desafios para as equipes da atenção básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

Já em relação ao diabetes mellitus, os objetivos mais importantes das ações de saúde são controlar a glicemia e, com isso, a longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essa patologia. Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Na unidade em questão, realizam-se os chamados grupos HiperDia, com a adesão das 3 equipes existentes, cada uma realizando um grupo semanal, totalizando 12 encontros mensais, e cerca de 80 hipertensos participantes. Nos grupos participam o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, nutricionista, agentes comunitários de saúde e acadêmicos de medicina, enfermagem e nutrição, sendo os últimos encarregados de trazer seminários e materiais para apresentação de assuntos relacionados ao processo saúde-doença e orientações para a promoção da saúde dos

usuários hipertensos. Da mesma forma, 27 diabéticos participam de tais grupos, com o mesmo objetivo.

Além dos grupos, são realizadas consultas individuais diariamente, sejam agendadas, ou por demanda espontânea, em todos os turnos de funcionamento, nas quais os profissionais envolvidos realizam orientações de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Não há um arquivo específico para os registros de atendimentos dos adultos diabéticos, contudo, através de dados do SIAB, estima-se que há 438 indivíduos diabéticos e 1.671 hipertensos, o que gera um índice de cobertura de 65% e 71%, respectivamente. Constata-se, também, a ausência de profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM, o que é uma realidade lamentável visto a importância de tal registro para uma avaliação adequada do serviço prestado pela UBS a fim de abranger um número maior de pessoas beneficiadas com tal abordagem. Portanto, realizar uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde no país.

Com relação à saúde do idoso na unidade de saúde da família não se consegue avaliar, visto a ausência de um registro específico para a avaliação de atendimentos prestados a idosos, o exato número de usuários que realizam acompanhamento regular na unidade, e nem a distinção das enfermidades apresentadas por eles. A Unidade recebe a caderneta de saúde da pessoa idosa pela Secretaria de Saúde, sendo distribuída e garantida aos usuários com mais de 60 anos a fim de realizar o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, além de conter a lista de medicamentos utilizados e informações clínicas importantes para acompanhamento de cada paciente. Os profissionais envolvidos com os atendimentos dos idosos realizam adequadamente a Avaliação Multidimensional Rápida nos usuários, além da avaliação do risco de morbimortalidade, orientação nutricional para hábitos alimentares e orientação para a prática de atividade física regular. Os atendimentos aos usuários idosos são realizados todos os dias e em todos os turnos de funcionamento da Unidade, através de agendamentos prévios, por eles próprios ou pelo agente comunitário de Saúde responsável por sua microárea, e, também, por demanda espontânea. Todos os idosos que adentram na Unidade com situações agudas de

saúde são avaliados e conduzidos de acordo com cada caso, sendo manejados adequadamente, o que é um aspecto bastante positivo na unidade, respeitando principalmente o princípio de Equidade preconizado pelo SUS, uma vez que se lida com indivíduos mais fragilizados e carentes de atenção e cuidados especiais. A maioria das visitas domiciliares são destinadas à população idosa, visto a constante dificuldade de deambulação, deslocamento ao Posto e manutenção de cuidados e medicações.

Observando-se a incompletude dos indicadores de qualidade dos programas de pré-natal, puerpério, saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão, diabetes, saúde da pessoa idosa e saúde bucal, e seus baixos índices de cobertura, conforme supracitado percebem-se as inúmeras limitações nos programas oferecidos na unidade, visto à falta de um registro e monitoramento adequados, gerados, principalmente, pela ausência de protocolos apropriados. Através da rotina diária, procuram-se alternativas para sanar os problemas existentes e as limitações diárias, o que por vezes demanda um significativo esforço frente às dificuldades encontradas, conforme supracitado. As equipes lidam frequentemente com esses enfrentamentos e busca, diariamente, suprir as faltas e enobrecer as vitórias cotidianas através do bem estar dos usuários que frequentam a Unidade.

### 1.3 Texto comparativo: uma reflexão antes e após a análise situacional

Ao iniciar as atividades na unidade de saúde Simões Lopes, observa-se uma organização de trabalho composta por 3 equipes engajadas na realização da Estratégia de Saúde da Família. Cada equipe compondose de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cerca de 4 a 8 agentes comunitários de saúde, dependendo do número de microáreas existentes em cada região adstrita à unidade. Há, também, 2 médicos, uma nutricionista, uma assistente social e um odontólogo, que não participam da ESF. Os atendimentos são feitos em dois turnos, manhã e tarde, em todos os dias úteis da semana. O prédio onde se localiza a unidade é antigo, e a estrutura física é relativamente pequena, com espaços limitados e pouco arejados. A equipe na qual fui alocada me recepcionou positivamente e foi bastante colaborativa em todos os aspectos de integração com a comunidade.

Após a realização da análise situacional, pode-se perceber que a implantação da ESF, em detrimento ao modelo tradicional de UBS, trouxe benefícios aos usuários,

uma vez que cada equipe, responsável por uma região do bairro, articula-se no sentido de oferecer um atendimento multiprofissional e interdisciplinar aos indivíduos, comprometendo-se em abranger globalmente a estrutura familiar. Sendo assim, há consultas agendadas de puericultura às crianças, coleta de citopatológico de colo de útero, acompanhamento pré-natal às gestantes, visitas domiciliares aos idosos, grupos de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus e tabagistas. Além disso, oportunizam-se consultas diárias à demanda espontânea, compondo-se de problemas agudos de saúde.

Os profissionais relacionados à nutrição, odontologia e assistência social atendem individualmente e oferecem suporte a todas as equipes para a integralidade do atendimento. Os médicos contratados que atendem em horário reduzido e turno único, respondem à demanda espontânea, em grande quantidade na unidade, visto a totalidade de 10.476 habitantes na área pertencente ao posto de saúde, segundo dados presentes no SIAB em abril/14, no momento da elaboração da análise situacional.

Contudo, observamos que há muito o que ser melhorado para estar adequado às recomendações do Ministério da Saúde. O prédio, construído há cerca de duas décadas para compor uma unidade de saúde, não acompanhou proporcionalmente o crescimento da população do bairro, gerando dificuldades físicas importantes. Não há salas suficientes para todas as atividades, e os profissionais necessitam revezar-se para melhor aproveitar as acomodações existentes. Os espaços são limitados, o que gera sempre uma quantidade maior de pessoas presentes do que o preconizado, principalmente na sala de espera. Não há banheiros suficientes e adequados e o acesso é bastante dificultoso para pessoas com limitações físicas, visto a inexistência de rampas de acesso e espaço para o livre trânsito de cadeirantes. A estrutura da unidade, a qual solicita reforma e ampliação há alguns anos, localiza-se em um terreno inferior aos demais, apresentando-se constantemente inundada com a água das chuvas, frequentes no inverno gaúcho. Ademais, há goteiras e infiltrações importantes, dificultando o atendimento quando em dias de chuva intensa.

A partir dessa observação crítica, faz-se necessário articular todos os profissionais da unidade na busca por melhores condições de trabalho junto aos gestores municipais a fim de otimizar os atendimentos e garantir acesso universal a todos os usuários adscritos à área. Além disso, enaltecer os programas já existentes

para melhor abranger todos os eixos da comunidade, cadastrando um número maior de pessoas e realizando seu seguimento adequado.

## 2.1 Justificativa

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial. A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção à criança, de forma individual ou coletiva, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos. (BRASIL. Revista Escola Enfermagem. USP vol.45 no.3 São Paulo, 2011)

Deve-se destacar que a atenção básica à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações, tendo influências de cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais existentes ao longo dos anos, do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade. Apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido nas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade. Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a referência à atenção especializada nos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade. (BRASIL. Revista Escola Enfermagem. USP vol.45 no.3 São Paulo, 2011)

Todas as equipes da UBS Simões Lopes realizam atendimentos à população infantil em todos os turnos de funcionamento da Unidade, integralmente, seja de forma agendada ou demanda espontânea. Segundo dados do SIAB (abril/2014), há 50 crianças entre 0 e 12 meses que realizam puericultura na UBS, o que corresponde a somente 40% do esperado (125 crianças) com tal idade residentes na área; há



inconsistência dos dados no que tange-se ao acompanhamento de crianças entre 0 e 72 meses mediante o esperado para a área supracitada, uma vez que a puericultura é realizada somente com as crianças até 12 e 24 meses, impossibilitando uma conclusão precisa sobre o índice de cobertura.

As consultas de puericultura são registradas pelos profissionais no prontuário clínico, na caderneta de saúde e na ficha da criança, de forma não padronizada, gerando dificuldades importantes na busca do cadastro, na obtenção de informações e na análise dos dados. As fichas das crianças estão dispostas em ordem alfabética com divisória entre os menores de um ano e os maiores de um ano. Tal disposição não é organizada frequentemente, o que torna os registros bastante defasados, com dados perdidos ou inconsistentes, uma vez que as informações coletadas são registradas em vários locais diferentes.

Ademais, não há uma atualização recente quanto à realização da consulta de puericultura no que se refere à anamnese e ao exame físico, de forma que cada profissional avalia o paciente da forma que julga necessário, sem o protocolo devido. O calendário vacinal, por exemplo, que sofre mudanças frequentes, não se encontra atualizado na sala de puericultura, o que dificulta seu seguimento de forma adequada por todos os profissionais.

Dessa forma, conforme o supracitado julga-se de extrema importância uma intervenção no sentido de ampliar a cobertura de crianças atendidas, não somente no 1º ano de vida, mas também até os 72 meses, considerados cruciais para o pleno crescimento e desenvolvimento dos indivíduos a fim de que se tornem adultos saudáveis e comprometidos com sua saúde. Além disso, primar para a realização de um registro padronizado, a partir de um protocolo específico, a fim de monitorar e avaliar tal ação para que todas, ou pelo menos, a grande maioria das crianças, sejam beneficiadas com a promoção de saúde eficaz e preocupada em atender suas necessidades adequadamente. Para tal, será necessário o envolvimento de toda a equipe, compreendendo desde a ação do agente comunitário, na busca de crianças faltosas, à equipe médica e de enfermagem, na obtenção de um protocolo, até então inexistente, e na realização de consultas que abordem integralmente o indivíduo, possibilitando modificar a realidade de desorganização até então.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde do Simões Lopes, no município de Pelotas/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 registros das informações;
- 5- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- 6- Promover a saúde das crianças.

### 2.2.3 Metas

Para cada objetivo estabelecemos metas a serem alcançadas:

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações

As ações necessárias para alcançar os objetivos e metas propostas estão descritas a seguir, por eixo programático e objetivos específicos. Para melhor entendimento organizou-se o seu detalhamento para cada ação:

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

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da USF.

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.
- Detalhamento: Durante as 12 semanas de intervenção será realizado monitoramento mensal do número de crianças cadastradas no programa pelos profissionais da UBS, além de captar novas crianças na área de abrangência da unidade através dos agentes comunitários de saúde. O monitoramento será realizado através da avaliação das fichas-espelho implantadas na Unidade.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, priorizando o atendimento de crianças.
- Detalhamento: Todas as crianças na faixa etária do programa serão cadastradas através da ficha-espelho. As agendas dos profissionais que irão realizar a puericultura serão organizadas para acolher o maior número de crianças que procurarem o serviço. A UBS acolherá essas crianças de forma organizada, tentando sempre agendá-las para os dias já estabelecidos de atendimento.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.
- Detalhamento: No período de intervenção serão prestados esclarecimentos à comunidade sobre a importância da realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre a periodicidade recomendada entre as consultas. Esses esclarecimentos serão prestados por toda a equipe de saúde da unidade durante os atendimentos e por meio dos ACS ao realizarem suas visitas.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas políticas de humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, além de prestar orientações acerca das informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre o programa de saúde.
- Detalhamento: Durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na UBS, visando a melhor orientação sobre suas atribuições e acolhimento dessa demanda. Durante as capacitações será dado enfoque sobre as

orientações adequadas que a comunidade deve receber em relação ao programa de saúde da criança. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões semanais de equipe.

**Objetivo 2-** Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.
- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, a ser realizado pelos profissionais que realizarão as consultas, juntamente com as informações de nascimentos trazidas pelos ACS. Será utilizada a ficha-espelho proposta pelo programa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.
- Detalhamento: Será realizada busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, a ser feito pelos ACS, após detectada a ausência na unidade.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.
- Detalhamento: As mães serão informadas sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, iniciando com a conversa sobre puericultura já durante o acompanhamento pré-natal e, posteriormente, por toda a equipe e através orientações dadas pelos agentes comunitários de saúde em domicílio.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas políticas de humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, e também, capacitar a equipe sobre a importância da Puericultura e que

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

- Detalhamento: Como já apontado, durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na USF. Entre os temas abordados, estará o acolhimento e adoção dos protocolos oficiais. Também será abordado a importância de informações precisas sobre o funcionamento do programa no serviço. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões semanais de equipe.

Meta 2.2 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças

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

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, daquelas com déficit ou excesso de peso, a ser realizado pelo profissional de saúde através dos registros das consultas de puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), além de possuir a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

- Detalhamento: Procurar-se-á garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Será solicitado à Secretaria Municipal de saúde a fim de tentar garantir material adequado para a antropometria nas consultas de puericultura. Será disponibilizada versão atualizada do protocolo, impressa e disponível no serviço, para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Serão dadas orientações aos pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. Tais orientações

serão realizadas através de conversas, panfletos, etc. durante a puericultura pelo profissional de saúde responsável.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, e para o devido preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando as medidas a fim de melhor interpretá-las.

- Detalhamento: Realizar-se-á treinamento sobre as técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas, pelos responsáveis pela Puericultura, aos profissionais envolvidos a fim de padronizar as condutas da equipe. Será provida capacitação da equipe sobre o preenchimento e interpretação das curvas do cartão da criança nas reuniões semanais de equipe e, também, cotidianamente.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo.

- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, a ser realizado em conjunto com a equipe, através dos dados das consultas de Puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será providenciado encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, a ser realizado por mim mediante necessidades identificadas em minhas avaliações ou avaliações da equipe.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Serão dadas orientações aos pais e responsáveis sobre as condutas esperadas nas consultas e sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; a ser realizado através de conversas, panfletos, etc., durante a puericultura pelo profissional responsável.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

- Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade; a ser realizada a todos os profissionais caso desejem, por meio de conversas, seminários, etc, durante reuniões de equipe a se realizarem no início do projeto e durante o seu transcorrer, cotidianamente

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas, ou com vacinação incompleta.

- Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal do percentual de crianças com vacinas atrasadas ou com vacinação incompleta ao final da puericultura, a ser realizado pelo profissional responsável pela consulta.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, além de garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, fazendo adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e realizando controle da data de vencimento do estoque.

- Detalhamento: Será garantido com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, através de solicitações feitas pelos profissionais da UBS. Garantir-se-á atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem. Será feita manutenção mensal do adequado controle de estoque para evitar falta de vacinas e monitorar as datas de vencimento do estoque pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, responsáveis por sua aplicação.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será feita orientação dos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, a ser realizado através de conversas durante a puericultura pelo profissional responsável.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será provida capacitação da equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento durante as reuniões de equipe.



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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.
- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, mediante anotações geradas nas consultas de Puericultura e garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).
- Detalhamento: Será solicitado a cada responsável pela realização da puericultura a solicitação e o controle frequente de estoque da medicação, a fim de estar sempre disponível para dispensação.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.
- Detalhamento: Será fornecida orientação aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, a ser realizado pelo profissional responsável pela consulta de puericultura.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

- Ação: Capacitar a equipe para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.
- Detalhamento: Garantir as recomendações atualizadas sobre a suplementação de sulfato ferroso pelo Ministério da Saúde, através de estudo dos protocolos e cadernos de atenção básica.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.
- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva mediante análise do registro nas fichas-espelho pelos profissionais responsáveis.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Garantir junto ao gestor a realização da triagem auditiva neonatal
- Detalhamento: Serão feitas tentativas de garantir, junto ao gestor, a realização de teste auditivo, a serem realizadas pelo profissional responsável em casos onde se observe dificuldade em realizar o exame.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.
- Detalhamento: Será fornecida orientação aos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, a ser realizado pelo responsável pela consulta de puericultura.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Orientar a equipe sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.
- Detalhamento: Atualizar a equipe nas reuniões semanais sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.
- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram teste do pezinho pelos profissionais de saúde.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.
- Detalhamento: Serão feitas tentativas de garantir, junto ao gestor, o material adequado para realização do teste do pezinho, solicitações essas a serem realizadas pelo enfermeiro responsável.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.
- Detalhamento: Buscar-se-á orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, a ser feita pelo profissional de saúde nas consultas de pré-natal e por toda a equipe através de conversas, cartazes etc.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.
- Detalhamento: Será verificado se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Caso não, será providenciada a devida capacitação.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.
- Detalhamento: Será realizada monitorização da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência, a ser realizado pelo profissional que executar a puericultura e encaminhado para agendamento de consulta de saúde bucal.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.
- Detalhamento: Será realizado acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde através de conversa com o responsável e posterior agendamento para sequência de seguimento de consultas.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.
- Detalhamento: Buscar-se-á informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, a ser realizado na puericultura pelo profissional responsável.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.
- Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, a ser realizado pelo profissional de saúde bucal da unidade.

Meta 2.11 – Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na UBS.

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal das crianças de 6 a 72 meses de idade, que necessitavam e realizaram a consulta odontológica, pelo profissional odontólogo por meio da ficha-espelho do programa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento e agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade.

- Detalhamento: Será discutido com o colega odontólogo para que priorize as crianças que necessitavam de consulta odontológica bem como providencie tais agendamentos.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

- Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações aos pais/responsáveis para que compreendam que a avaliação odontológica não significa o mesmo que consulta programática.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento e capacitar os odontólogos no manejo do paciente infantil.

- Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para orientação adequada à comunidade. Pretende-se revisar os protocolos de atendimento e capacitar os odontólogos em reuniões de equipe.

### **Objetivo 3** - Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será realizado, mensalmente, monitoramento do cumprimento da periodicidade, número médio das consultas previstas no protocolo (consultas em

dia) pelos profissionais de saúde da USF. Será realizado monitoramento das buscas as crianças faltosas, a ser identificado pelo profissional responsável pela puericultura e comunicado aos ACS para busca ativa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.
- Detalhamento: As visitas domiciliares para as buscas de faltosas serão organizadas pela equipe e, também, reagendadas pelos ACS em domicílio.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Informar à comunidade e aos responsáveis sobre a importância do acompanhamento regular da criança.
- Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da criança no serviço de saúde. Também haverá esclarecimentos em sala de espera e mini palestras, ministrados pelos estagiários do curso de medicina e enfermagem que participam das atividades da unidade.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

- Ação: Fazer treinamento dos ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.
- Detalhamento: Será provida capacitação dos ACS nas reuniões semanais de equipe a fim de identificar as crianças em atraso na caderneta de saúde.

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

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.
- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, a ser feito pelos profissionais que realizarem a puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Implantar ficha-espelho, pactuar com a equipe o registro das informações.

- Detalhamento: Todos os profissionais envolvidos com a saúde da criança vão utilizar a ficha-espelho do programa, que será implantada, responsabilizando-se pelos registros adequados.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: No momento da consulta, em sala de espera e/ou durante as visitas domiciliares a comunidade será orientada sobre seus direitos em relação aos registros.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será provido treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde em reuniões semanais de equipe.

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

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, a ser realizado pelo profissional de saúde responsável, comunicando, impreterivelmente, o médico em casos de intervenção médica.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será ofertado atendimento prioritário às crianças de zero a 72 meses de idade que apresentem algum fator de risco, a ser realizado por toda a equipe mediante análise das situações específicas de necessidades diferenciadas, visando à equidade.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será provido fornecimento de orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, a ser realizado por toda a equipe através de conversas em consultas ou sala de espera.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será provida capacitação dos profissionais da USF na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, a ser feita nas reuniões semanais de equipe.

### **Objetivo 6** - Promover a saúde das crianças.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário e/ou ficha espelho pelos profissionais de saúde responsáveis pela puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

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

- Detalhamento: Em reunião de equipe será definido o papel de todos os membros da equipe na prevenção de acidentes na infância, a ser cumprido durante suas rotinas de atendimento ao público infantil.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Em consultas clínicas de qualquer profissional de saúde, durante as visitas domiciliares e em sala de espera serão fornecidas orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Será provida capacitação aos profissionais da USF abordando a prevenção de acidentes na infância nas reuniões semanais de equipe.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

- Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal do percentual de crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta, além das atividades de educação em saúde, pelo registro das consultas em prontuário e/ou ficha espelho.

.Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

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

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

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares, será abordada a importância do aleitamento materno.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

- Detalhamento: Será definido o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno em reunião de equipe, capacitando a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega" e conscientizando a equipe que o trabalho de todos é importante e necessário para obtenção de bons resultados.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

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



- Detalhamento: As orientações registradas serão monitoradas mensalmente através do registro das informações na ficha-espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

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

- Detalhamento: Buscar-se-á definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional da criança através de conversas com a mãe e cuidadores sobre a alimentação adequada para crianças, conforme sua faixa etária.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

- Ação: Orientar a mãe e cuidadores sobre a alimentação adequada para crianças.

- Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares, será abordada a importância alimentação adequada em cada faixa etária.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Realizar a capacitação da equipe com a ajuda da nutricionista da unidade de saúde em reuniões semanais de equipe.

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

Em termos de monitoramento e avaliação, propõe-se:

- Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

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

Em termos de organização e gestão do serviço, propõe-se:

- Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas e organizar o material necessário para essas atividades.

- Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na organização desse tipo de atividade de promoção à saúde, de forma que todos colaborem na identificação e organização do material necessário. Essa discussão será feita em reunião de equipe.

Em termos de engajamento público, propõe-se:

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

- Detalhamento: Buscar-se-á esclarecer à comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, durante consultas de puericultura e atividades em sala de espera.

Em termos de qualificação da prática clínica, propõe-se:

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

- Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais da USF serão capacitados no que tange as ações de promoção à saúde da criança.

### 2.3.2 Indicadores

Para cada meta elencamos indicadores para monitorar a intervenção, conforme descrito a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7: 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 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

Indicador 2.9: 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.

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

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de fichas-espelho com registro atualizado.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para a intervenção a ser realizada, adotar-se-á um protocolo de forma que todas as equipes possam basear-se para uniformizar a prática na Unidade. Após discussão com os profissionais responsáveis pelo atendimento à Saúde da Criança, optou-se por utilizar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde: “Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, nº 23, Brasília – DF, 2009” e “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, nº 33, Brasília – DF, 2012” Sua utilização já fazia parte da rotina de alguns profissionais, porém de forma não-uniformizada. Foram impressas cópias desse material para sua

distribuição em algumas salas da unidade, tal como a puericultura, a sala de reuniões e a sala de enfermagem.

Com relação a um registro específico objetivando monitorar as atividades realizadas na puericultura, a unidade possui as fichas-espelho, localizadas em uma pasta suspensa na sala de puericultura, o que facilita o acesso de todas as equipes. No presente momento, as fichas encontram-se desatualizadas, e sem monitoração há mais de 6 meses, dificultando, por vezes, a confiabilidade de tal material. Muitos profissionais, lamentavelmente, registram as informações somente no prontuário ou na caderneta da criança, não realizando, assim, o devido preenchimento da ficha-espelho. Ademais, não se possui um profissional que se responsabilize pela atualização de dados a fim de monitorar as ações programáticas de saúde, dificultando estimar indicadores de cobertura e de qualidade. As cópias das fichas-espelho, disponibilizadas pelo UNASUS, foram realizadas inicialmente por mim, visto que a Secretaria Municipal estava com o orçamento mensal fechado. Primeiramente foram impressas 200 cópias, sendo as seguintes impressas sob a responsabilidade da gestão municipal.

Como principal dificuldade pode-se inferir a falta de espaço físico, visto que a unidade dispõe de uma única sala, para a realização de puericultura, com o material adequado; sendo assim, as equipes se distribuem em turnos específicos para marcação de consultas de puericultura, sendo 02 turnos fixos, geralmente, para cada equipe, a fim de conciliar as inúmeras atividades da Estratégia de Saúde da Família, sendo as consultas realizadas intercaladamente por equipe médica e equipe de enfermagem.

A fim de viabilizar a realização da intervenção na Unidade, será necessário capacitar as equipes adequadamente para atingir as metas propostas em cada objetivo estipulado. Dessa forma, almeja-se oportunizar o encontro de todos os profissionais envolvidos no turno destinado as reuniões das equipes, nas quartas-feiras à tarde, a fim de garantir a adoção de um protocolo único, o registro adequado das informações obtidas em cada consulta, além de discutir formas de absorver um número maior de crianças e otimizar o atendimento. Caberá às equipes orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e seus benefícios em todas as oportunidades de encontro com as crianças e seus pais para buscar um maior número de crianças e prestar o devido atendimento e acompanhamento.

Caberá aos ACS cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, e busca-las ativamente quando em atraso ou em falta; Aos gestores da Secretaria de Saúde ficará a responsabilidade de garantir o material em estado adequado para a realização de medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), além de garantir a dispensação de suplemento de sulfato ferroso conforme recomendações do protocolo utilizado (MS), a realização de fichas para o teste do pezinho e encaminhamento para o teste auditivo, a disponibilização das vacinas e material necessários para a sua aplicação. Cabe aos médicos de cada equipe fazer o controle adequado do estoque de vacinas para evitar a sua falta, organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, organizar a agenda para acolher tais crianças, preencher os consolidados do SIAB adequadamente, e E-SUS, quando implantado, assim como também a ficha espelho, pactuando com toda a equipe o registro correto das informações. Além disso, é necessário dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco, organizar grupos para a realização de atividades de promoção à saúde. Caberá ao profissional responsável por cada atendimento realizar informativos sobre a prevenção dos acidentes na infância através de folhetos explicativos, promover o aleitamento materno conforme o protocolo, orientando as mães sobre a pega adequada, e a correta nutrição das crianças a partir de sua faixa etária. Caberá ao responsável pela intervenção monitorar as atividades desenvolvidas pela equipe, além de checar o registro adequado das informações semanalmente, promovendo a garantia de versão atualizada do protocolo impressa e disponível para toda a equipe e a adesão de todos a fim de melhor abordar as crianças de 0 a 72 meses e seu acompanhamento.

#### 2.3.4 Cronograma da intervenção

Atividades	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
- Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Saúde da Criança												
- Capacitação da equipe sobre Saúde da Criança a fim de prestar informações à mãe e à												







### 3 Relatório de Intervenção

Dentre as ações previstas e realizadas destaca-se, primeiramente, como meta a ampliação da cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e setenta pertencentes à área de abrangência da USF, foi possível monitorar o número de crianças cadastradas no programa através do correto cadastramento das crianças em seguimento da unidade e, também, da busca ativa de novas crianças pelos

agentes comunitários de saúde, o que foi facilitado pelo número de ACS existentes na unidade, sendo 8 agentes na equipe 01, a qual pertence, 3 agentes na equipe 02 e 5 na equipe 03, abordando inúmeros domicílios e captando mais crianças. Também houve a orientação da comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, através do trabalho coletivo da equipe que se dispôs a promover o programa. Pôde-se 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, além de prestar orientações acerca das informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre o programa de saúde, visto que todos os profissionais da Unidade mostraram-se bastante receptivos às capacitações e, com facilidade, adotaram os cadernos de atenção básica determinados como protocolo para a realização das consultas de puericultura.

Para que a realização da primeira consulta na primeira semana de vida das crianças cadastradas fosse possível, realizou-se o monitoramento do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, através do registro adequado das fichas-espelho fornecidas pelo programa, na qual, os profissionais de saúde, exerceram o controle sobre os nascimentos ocorridos na área e a devida primeira consulta de puericultura.

A princípio, os registros nas fichas-espelho foram dificultados, visto que alguns profissionais consideraram trabalhoso seu preenchimento completo, uma vez que se compõe de um registro rico de informações pessoais sobre cada criança, e preenchê-lo inicialmente dependia de um tempo maior do que habitual. Com as reuniões de equipe e as capacitações, que mostravam a importância da manutenção desse registro completo, os profissionais foram especializando-se e completando com sucesso cada ficha-espelho.

Foi possível monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, bem como as crianças com déficit ou excesso de peso, da mesma forma, com o registro adequado das fichas-espelho, a partir da garantia de material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) junto à Secretaria Municipal, permitindo que os dados fossem completados com excelência. Realizou-se o compartilhamento com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Puericultura para que pudessem exercer o controle social. Durante a intervenção, foram realizados treinamentos das técnicas adequadas para realização das medidas, e para o devido preenchimento e

interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando as medidas a fim de melhor interpretá-las através da capacitação das equipes nas reuniões semanais e, também, cotidianamente.

Realizou-se também o monitoramento do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo através da Avaliação do Desenvolvimento da Criança (BRASIL, 2011. Caderneta da Criança), a qual identifica as características neurológicas a serem desenvolvidas esperadas em cada faixa etária. Foi possível garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, visto que uma criança apresentou atraso no seu desenvolvimento neurocognitivo, sendo encaminhada satisfatoriamente ao setor neurológico infantil da Faculdade de Medicina de Pelotas. Os pais e responsáveis foram orientados sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária em todas as consultas.

Através da intervenção, houve o monitoramento do percentual de crianças com vacinas atrasadas, ou com vacinação incompleta, o que promoveu a disponibilização das vacinas e materiais necessários para sua aplicação, além de garantir atendimento imediato a crianças que precisavam ser vacinadas, fazendo adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e realizando controle da data de vencimento do estoque através de vínculo direto com o gestor municipal. Foi observada atenção constante dos responsáveis pela aplicação das vacinas, a fim de impedir a sua falta e também monitorar sua validade. Além disso, houve facilitação à entrada das crianças na Unidade para realização das vacinas a fim de impedir seu atraso ou esquecimento. Os pais e responsáveis foram orientados sobre o calendário vacinal da criança a fim de melhor acompanhá-lo. Houve a devida capacitação da equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento através das reuniões de equipe.

Durante o período de intervenção, foi possível também monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro através do registro adequado das fichas-espelho. Garantiu-se a dispensação do medicamento (suplemento), o qual esteve ausente no primeiro mês de intervenção, dificultando sua utilização em crianças com condições econômicas menos favorecidas. Mesmo com dificuldade, foi solicitado, com urgência, à Secretaria Municipal o devido abastecimento da Unidade, a qual foi providenciada a partir do segundo mês de intervenção. Os pais e responsáveis foram devidamente orientados sobre a importância da suplementação

de ferro. A equipe foi capacitada para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Realizou-se também o monitoramento do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva através da análise do registro nas fichas-espelho. Dessa forma, percebeu-se que, muitas crianças, com idade mais elevada, não realizaram tal teste visto sua implantação recente na rotina neonatal da criança. Assim sendo, orientaram-se pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. Ademais, orientou-se a equipe sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança. Outras, com idade apropriada, encontraram dificuldade na marcação do teste, visto a sua limitação existente no município, com um único local de realização e poucos horários disponíveis. Em contato com os gestores municipais, foi alegado que o serviço atualmente conta com poucos profissionais, o que limita a sua realização em larga escala. A ampliação desse contingente será realizada em breve, segundo a Gestão.

Houve, também, o monitoramento do percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida através da completude correta das fichas-espelho. Garantiu-se, junto ao gestor, a realização de teste do pezinho através da presença de material adequado pelo enfermeiro responsável. Realizou-se a orientação da comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, principalmente através das consultas pré-natal e, também, por conversas com pais e cuidadores. Houve a verificação de todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde, os quais estavam satisfatoriamente aptos para realizar o teste do pezinho.

Durante a intervenção, houve o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), além do monitoramento do número médio de consultas realizadas pelas crianças e das buscas a crianças faltosas, através de completude dos registros na fichas-espelho e busca ativa pelos ACS. Foram organizadas visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, assim como a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

A comunidade foi alertada sobre a importância do acompanhamento regular da criança durante as consultas de puericultura. Também ocorreram esclarecimentos em sala de espera e “mini-palestras”, ministrados pelos estagiários do curso de medicina e enfermagem que participam das atividades da unidade.

Ocorreu, também, o monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de Saúde através da implantação das fichas-espelho, pactuando com a equipe o registro das informações. Conforme supracitado, inicialmente houve divergências quanto ao seu preenchimento completo, visto o tempo utilizado nesta ação. Após o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários, ocorreu a adesão de todos os profissionais engajados na realização da puericultura.

Monitorou-se o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso através das avaliações das fichas-espelho. Foi ofertado atendimento prioritário às crianças de 0 a 72 meses de idade que apresentaram algum fator de risco, a ser realizado por toda a equipe mediante análise das situações específicas de necessidades diferenciadas, visando à equidade. Foram fornecidas orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância e capacitados os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Foram monitorados os registros das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha-espelho, de forma que a comunidade fosse orientada formas de prevenção de acidentes na infância. Também ocorrera capacitação da equipe a fim de informar aos profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Realizou-se o monitoramento do percentual de crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta. Todos os membros da equipe foram capacitados a orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Foram, também, igualmente capacitados no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Foram fornecidas orientações nutricionais de acordo com a faixa etária às crianças, monitorando o registro das orientações em prontuário ou ficha-espelho. Durante as consultas de puericultura, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares, os pais e cuidadores foram abordados sobre a importância da alimentação adequada em cada faixa etária. Houve a capacitação da equipe com a ajuda da nutricionista da unidade de saúde em reuniões semanais de equipe.

Forneceram-se, também, orientações sobre higiene bucal para as crianças de acordo com a faixa etária. O monitoramento foi realizado a partir da avaliação das

fichas-espelho. As atividades educativas não puderam ser monitoradas mensalmente pelo odontólogo, visto o seu não envolvimento em atividades ligadas à Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, buscou-se definir o papel de todos os membros da equipe na organização desse tipo de atividade de promoção à saúde, de forma que todos colaborassem positivamente na identificação e organização do material necessário.

Em contrapartida, durante a intervenção não foi realizada a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses por profissionais de saúde, visto que o profissional odontólogo não participou das reuniões de equipe conforme convidado. O único profissional dessa área que exerce suas atividades na Unidade não está ligado à Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, não criou vínculo com os demais profissionais da Unidade e com os compromissos da ESF. Quando da elaboração do projeto, ao ser acionada a saúde bucal sobre a realização dessa intervenção, relatou que não poderia ajudar, uma vez que trabalhava somente duas tarde por semana na Unidade de Saúde, pois seus horários eram muito limitados. Deste modo, não foi possível realizar ações específicas de saúde bucal, devido a não adesão dos profissionais desta área. Assim sendo, foi difícil monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática, uma vez que o profissional de saúde bucal mostrou-se inacessível neste aspecto, realizando atendimentos somente à demanda espontânea, não priorizando o atendimento odontológico das crianças que necessitavam desse tipo de atendimento.

Pelos mesmos motivos, não foi possível realizar a primeira consulta odontológica programática das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa saúde da criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico. Ainda assim, a comunidade foi esclarecida sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática quando indicado após a primeira avaliação. A equipe e os ACS foram treinados, através da leitura de artigos e protocolos, a orientar a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática quando indicado e para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, uma vez capacitados os profissionais para o manejo da criança e capacitada a equipe de saúde a monitorar a adesão das crianças em tratamento em outros centros de saúde.



Contudo, a fim de resolver tal problemática, fora solicitada aos gestores municipais a adequação de um profissional odontólogo que exerça as atividades junto à unidade, viabilizando o atendimento de crianças com indicação e colaborando para a identificação de problemas dentários e sua resolução. Enquanto isso, as crianças da unidade puderam ser encaminhadas à Unidade de Saúde de um bairro vizinho, na qual trabalham profissionais odontólogos em 3 turnos de funcionamento e, através de vários pedidos à Secretaria Municipal de Saúde, está apta a recepcionar os usuários da UBS Simões Lopes, privilegiando o agendamento de consultas às crianças com indicação para tal.

Em relação à coleta e sistematização de dados não houve dificuldades. Os dados eram coletados a cada consulta e registrados na ficha espelho, que depois eram transcritas para a planilha eletrônica de monitoramento. Os dados eram analisados criticamente semanalmente e serviram de base para ajustes nas ações da semana seguinte.

Em relação à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, as ações continuam sem dificuldades, de modo que sempre estão sendo reorganizadas as ações para melhor êxito. Além disso, novas ações programáticas estão em fase de análise para incorporação sistemática na rotina do serviço.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.3 Resultados

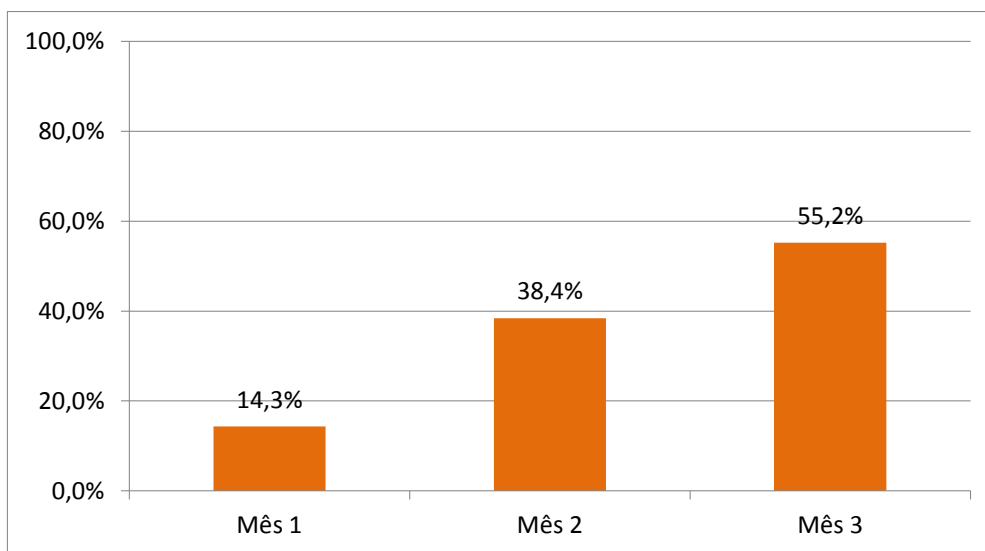
A intervenção em Saúde da Criança, da Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, objetivou ampliar a cobertura de crianças de zero a 72 meses em acompanhamento de puericultura.

Uma das principais metas estipuladas era ampliar esta cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Ao início da intervenção, a UBS contava com uma população total de 10.476 usuários adstritos e, tendo a estimativa de 5% da população sendo crianças estima-

se que existiriam 523 crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Ao final das 12 semanas de intervenção, 289 crianças realizaram o acompanhamento, o que simboliza um percentual de 55,3% de cobertura, o que fica aquém do estipulado inicialmente. O número real de crianças entre zero e 72 meses, na unidade, não pôde ser mensurado, visto que nem todas as microáreas possuem agentes comunitários de saúde para o cadastro e acompanhamento populacional. Como não havia registros prévios sobre o número total de crianças, foi proposta uma meta bastante elevada de cobertura que ao final da intervenção não fora atingida, mas que se pretende alcançar em um futuro próximo, visto que as ações continuam na rotina do serviço.

Na figura 1, é possível observar a evolução deste indicador. No 1º mês de intervenção, o programa de saúde da criança contemplou 14,3% da população estimada (n=75). No 2º mês, a ação ascendeu com 38,4% (n=201), com um aumento percentual considerável de 24,1%, ou seja, 126 crianças. Já no 3º mês, um percentual de 55,2% (n=289), com um aumento de 16,8%, o que corresponde a 88 crianças, totalizando 289 crianças que realizaram o devido acompanhamento.

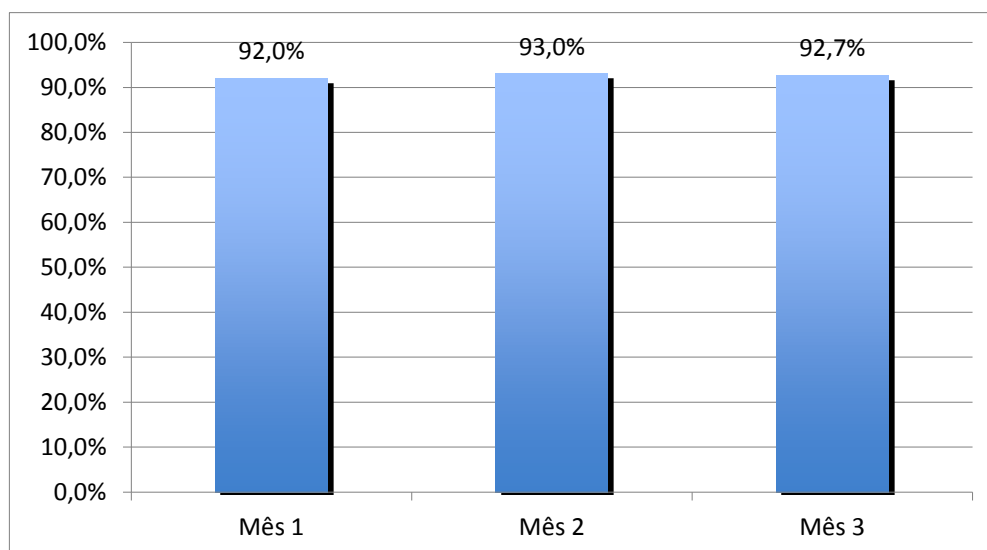


**Figura 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.**

Observa-se que no 1º e no 3º mês houve uma média semelhante de atendimentos a crianças entre zero e 72 meses, com um incremento importante no 2º mês, visto que contava com a equipe completa de profissionais da enfermagem e da medicina, os quais realizavam agendamentos de puericultura em todos os turnos da

semana, abrangendo um número maior de crianças acompanhadas. Esse aumento também pode ser explicado pela grande divulgação do programa, seja pelos agentes comunitários de saúde, visitando cotidianamente os domicílios com orientações, como também pelo Projeto Sala de Espera, realizado pelos acadêmicos estagiários do curso de enfermagem. Houve, ainda, ênfase nos grupos realizados na unidade, tais como de gestantes, HiperDia e tabagismo, o que difundiu a intervenção que estava sendo realizada e a importância de realizar o acompanhamento das crianças. A meta, porém, não fora alcançada em sua totalidade devido ao curto período de intervenção, visto que somente 12 semanas inviabilizariam o sucesso de uma meta tão audaciosa, mas que será certamente obtida com a continuidade da intervenção.

Também buscou-se melhorar a qualidade do atendimento à criança, e de forma a realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas. A figura 2 mostra que no 1º mês de intervenção, 69 das 75 crianças que foram atendidas realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, o que corresponde a um percentual de 92%. Já no 2º mês, 187 das 201 crianças haviam realizado a primeira consulta, totalizando 93%. Da mesma forma, no 3º mês, havia um somatório de 268 crianças das 289 que consultaram, totalizando 92,7% do percentil.



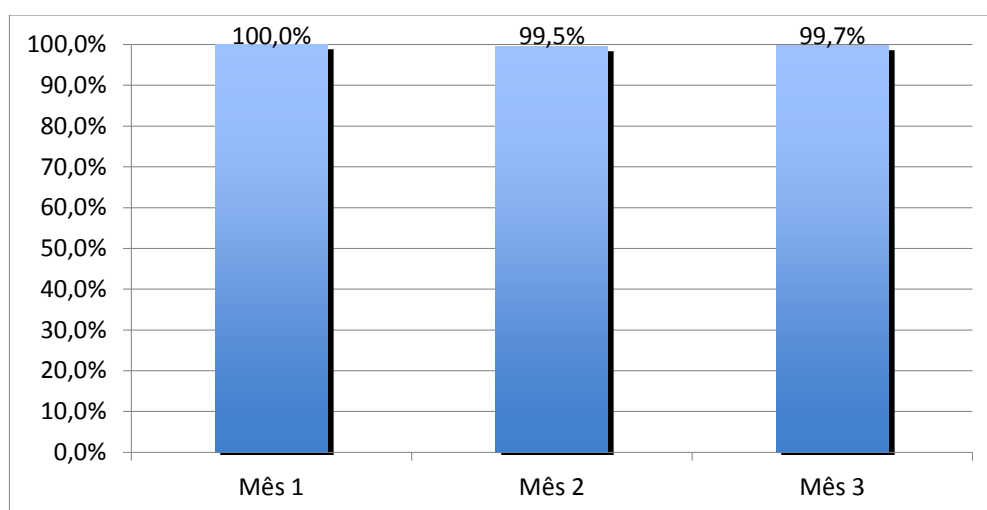
**Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.**

Considera-se um número bastante expressivo, o qual manteve uma média durante os 3 meses de intervenção. Como justificativa para tal, pode-se referir um pré-natal de qualidade, incentivando para o retorno da mãe e de seu filho após o nascimento a fim de manter o vínculo com a unidade, além de maternidades que

realizam uma orientação adequada, aconselhando à realização de puericultura já na primeira semana de vida do recém-nascido. Os profissionais da Unidade também contribuem para o sucesso desse indicador, visto uma campanha eficaz para o retorno precoce da puérpera e de seu recém-nascido após o parto a fim de manter um acompanhamento saudável e adequado.

Percebera-se que muitas mães, de crianças com idade mais elevada, não souberam referir quando acontecera a primeira consulta de seu filho, visto que muitas cadernetas da criança não contavam com tal informação, o que impossibilitou que a meta fosse cumprida em sua totalidade.

De forma a melhorar a qualidade do atendimento das crianças que realizaram acompanhamento na unidade de saúde, também registrou-se a medição comprimento/altura da quase totalidade das crianças, obtendo um total de 99,7% (n=288) das crianças, conforme observado na figura 3.



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

Tal número se dá visto que a unidade possui antropômetros e balanças de medição adequadas e devidamente calibradas, o que garante o devido acompanhamento. Além disso, há uma grande conscientização dos profissionais acerca da importância do acompanhamento do crescimento das crianças, visto que seu déficit pode acarretar a descoberta de um quadro de desnutrição crônica e afins.

Objetivando melhorar a qualidade do atendimento à criança traçou-se como meta monitorar 100% das crianças com déficit de peso. Observa-se que, apenas 1 criança avaliada apresentava-se com déficit de peso. Já no 2º mês, tal número

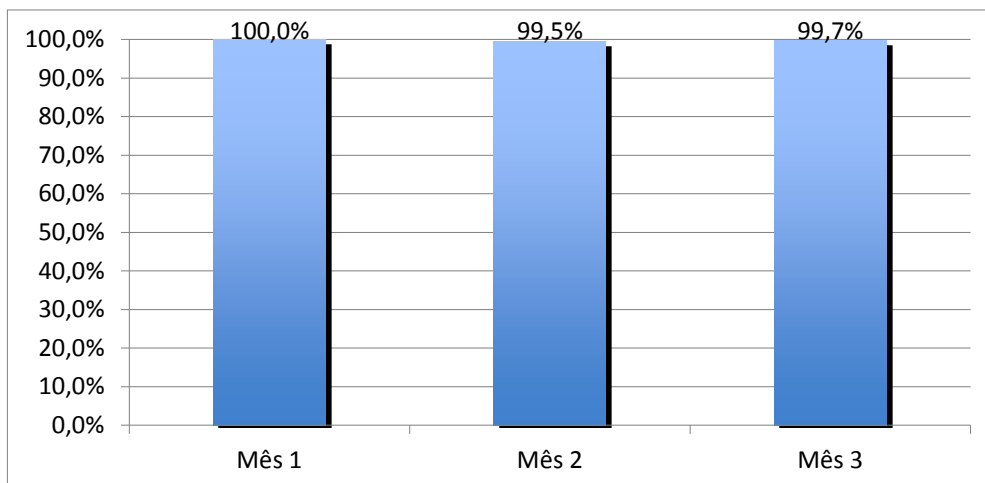
ascendeu para 2 crianças, e no 3º mês, para 3 crianças, resultando em uma meta de monitorar 100% das crianças com déficit de peso em sua totalidade.

Entende-se, através dos resultados, que nenhuma criança, anteriormente ao início da intervenção, realizava acompanhamento por déficit de peso, o que significa que os profissionais detectavam o baixo peso, porém não davam seguimento ao acompanhamento. Com a intervenção, as crianças detectadas são reavaliadas mensalmente, tal como ocorreu com a primeira criança no 1º mês, e assim sucessivamente. Tal acompanhamento ocorre juntamente com a equipe de nutrição, visto a importância de detecção e tratamento da criança considerada como risco a partir de seu estado nutricional.

Ainda objetivando melhorar a qualidade do atendimento às crianças, também monitoramos as crianças com excesso de peso, tendo como meta garantir este monitoramento a todos. Pode-se inferir que 3 crianças com excesso de peso foram detectadas. Já no 2º mês esse número ampliou-se para 7 crianças, e no 3º mês para 10 crianças, totalizando uma meta de 100% na monitorização das crianças com excesso de peso.

Tal como na análise do déficit de peso, nenhuma criança, anteriormente à intervenção, com excesso de peso realizava seguimento na unidade. Ou seja, as crianças eram pesadas e, mesmo com a detecção de sobrepeso/obesidade, não recebiam orientação para seguimento. Ao início da intervenção esta realidade passou a ser modificada, visto que, as crianças identificadas com risco mantiveram acompanhamento mensal.

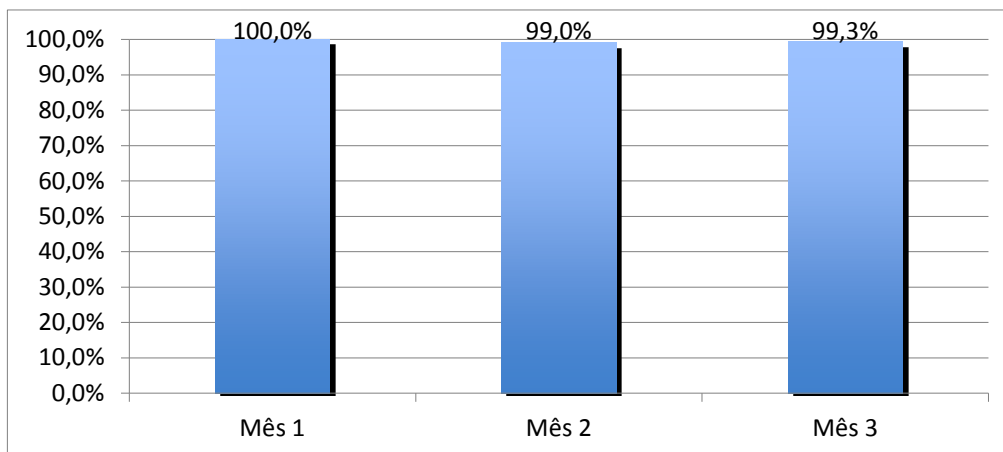
Além de monitorar o déficit ou excesso de peso foi imprescindível monitorar o desenvolvimento de 100% destas crianças. Quanto a isto a figura 4 mostra que, no 1º mês, 100% das crianças que foram atendidas, o que corresponde a 75 crianças, todas tiveram o seu desenvolvimento monitorado. Já 2º mês, consta que 1 criança não realizou o monitoramento (percentual 99,5%), e no 3º mês de intervenção, 2 crianças (percentual 99,7%).



**Figura 4: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.**

Todos os profissionais da unidade receberam orientações nas reuniões semanais das equipes a fim de realizar o monitoramento do desenvolvimento das crianças durante a consulta de puericultura, além de contar com o auxílio de uma tabela com os marcos de desenvolvimento conforme a idade apresentada, o que facilita a avaliação e garante uma meta com quase 100% de obtenção. Os profissionais receberam cópias da avaliação do desenvolvimento, utilizada na caderneta de saúde da criança, em 2001, e cada item fora discutido em grupo, a fim de otimizar a didática de aprendizado e memorização para melhor aplicar durante as consultas de puericultura.

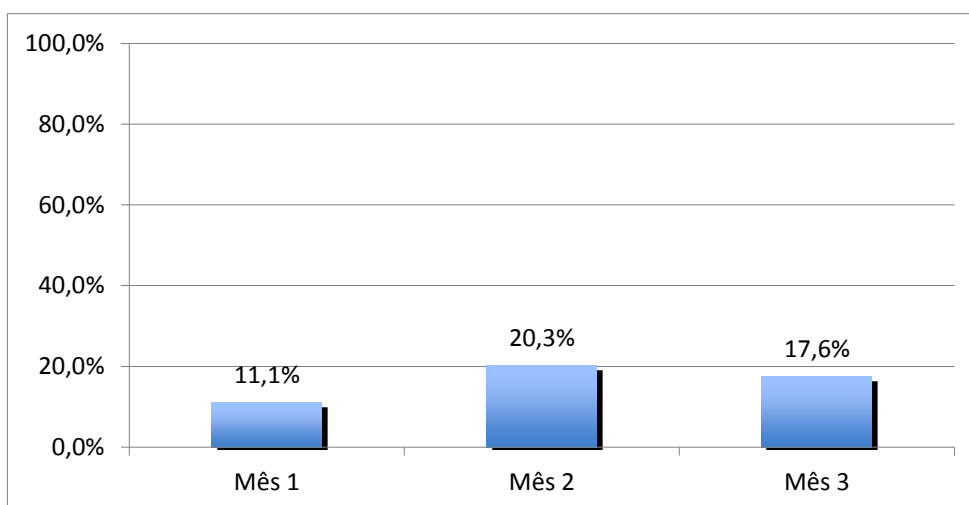
Outra meta era vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, de forma a melhorar a qualidade do atendimento à criança, no 1º mês pode-se inferir que, através da análise da figura 5, todas as crianças que consultaram na Unidade apresentaram o calendário vacinal em dia. Já no 2º mês, apenas 2 crianças (percentual 99%) não completaram o calendário, o que se repetiu também no 3º mês (percentual 99,3%).



**Figura 5: Proporção de crianças com a vacinação em dia para a idade.**

A não obtenção de 100% nesta meta deve-se ao fato de que tais crianças encontravam-se sem a sua caderneta da criança no momento da consulta, o que gera déficit no indicador. Em todas as consultas de puericultura agendadas são previamente solicitadas as cadernetas de saúde das crianças a fim de evitar tal problema. Todas as crianças acompanhadas na Unidade são avaliadas quanto ao calendário vacinal, o que garante sucesso nesta meta.

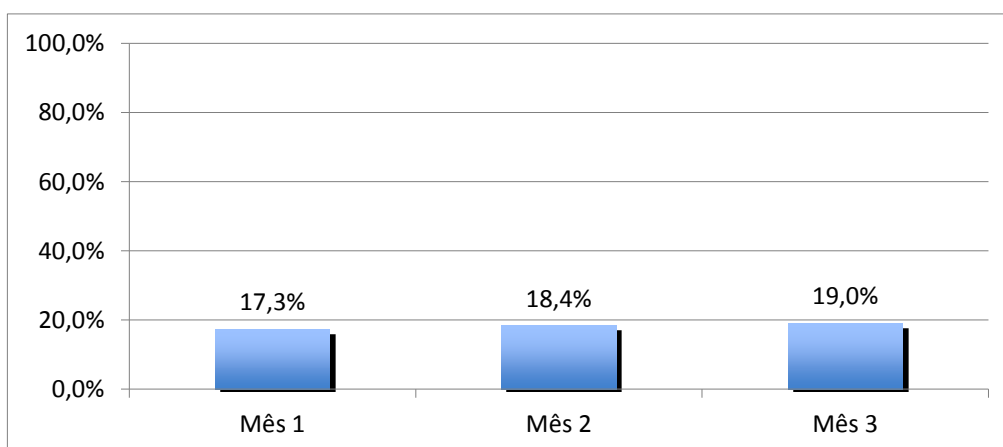
Analisando-se como meta a realização de suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, de acordo com a figura 6, no 1º mês, apenas 3 crianças, das 27 que foram avaliadas (percentual de 11%) receberam indicação para o uso de sulfato ferroso. Já no 2º mês este número ascendeu para 15 crianças entre 74 avaliadas (20,3%), e no 3º mês, 19 crianças de 108 (17,6%).



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

Apesar do incremento ocorrido ao longo da intervenção, este número ainda é considerado baixo, visto a importância da suplementação de sulfato ferroso nas crianças de 6 a 24 meses. Tal número pode ser explicado pela frequente falta de sulfato ferroso, o qual, através do Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, além de gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto, na unidade e, também, pela não persistência de inúmeras mães que, ao primeiro sinal de resistência das crianças ao uso, suspendem tal composto, ignorando os benefícios referidos pelos profissionais de saúde à prescrição, uma vez que a anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos (cerca de 4,8 milhões de crianças) com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre seis e 24 meses (Fonte: Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - BRASIL, 2009)

Ainda objetivando melhorar a qualidade do atendimento à criança, no 1º mês, 13 das 75 crianças que consultaram haviam realizado a triagem auditiva neonatal, o que corresponde a 17,3% do total. Já no 2º mês, somente 37 das 201 crianças que foram avaliadas, correspondendo a 18,4%. No 3º mês, 55 das 289 crianças, totalizando 19% da meta de realização da triagem auditiva, que era de 100% das crianças, conforme demonstra a figura 7.



**Figura 7: Proporção de crianças com triagem auditiva.**



A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família. No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida. A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames. A TAN Deve ser organizada em duas etapas (teste e reteste), no primeiro mês de vida. A presença ou ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva (Irda) deve orientar o protocolo a ser utilizado:

- Para os neonatos e lactentes sem indicador de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE). Caso não se obtenha resposta satisfatória (falha), repete-se o teste de EOAE, ainda nesta etapa de teste. Caso a falha persista, realizar de imediato o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate)

- Para os neonatos e lactentes com indicador de risco, utiliza-se o teste de Peate-Automático ou em modo triagem. (BRASIL, 2012. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal)

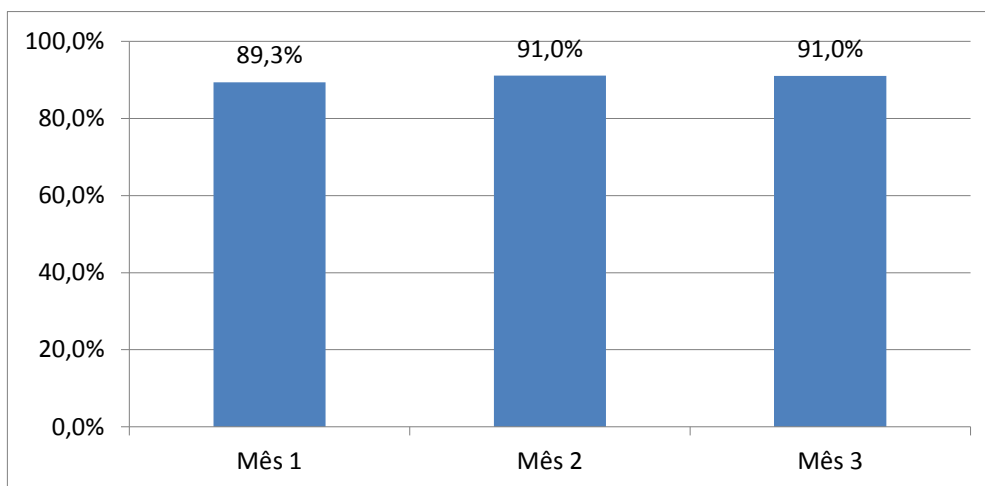
O baixo índice encontrado na Unidade pode ser explicado pelo grande número de crianças com idade mais elevada, entre 36 e 72 meses, que não realizaram a triagem, visto sua inexistência, até então, no período neonatal. Outra explicação baseia-se na deficiência do serviço de triagem na região de Pelotas, visto que a marcação é realizada de forma limitada uma única vez por semana no centro de especialidades, o que não comporta ao grande número de crianças nascidas na localidade.

O teste do pezinho, também conhecido como triagem neonatal, é um dos exames mais importantes na hora de detectar irregularidades na saúde da criança. Com uma amostra de sangue colhida do calcanhar do recém-nascido, o teste permite diagnosticar precocemente várias doenças, entre metabólicas, congênitas e infecciosas. A triagem deve ser feita entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê,

já que antes disso os resultados podem não ser muito precisos. As doenças detectadas pelo teste do pezinho básico incluem: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Anemia falciforme, Hiperplasia adrenal congênita, Fibrose cística e Deficiência de biotinidase. (BRASIL, 2011. Guia de Atenção à Saúde do Recém Nascido)

Analisando a meta para a realização do teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, infere-se que, no 1º mês, conforme demonstra a figura 8, 89,3% (n=67) das crianças realizaram o teste nos primeiros 7 dias de vida na Unidade. Já no 2º mês, esse número ascendeu para 91% (n=183), mantendo essa média no 3º mês.

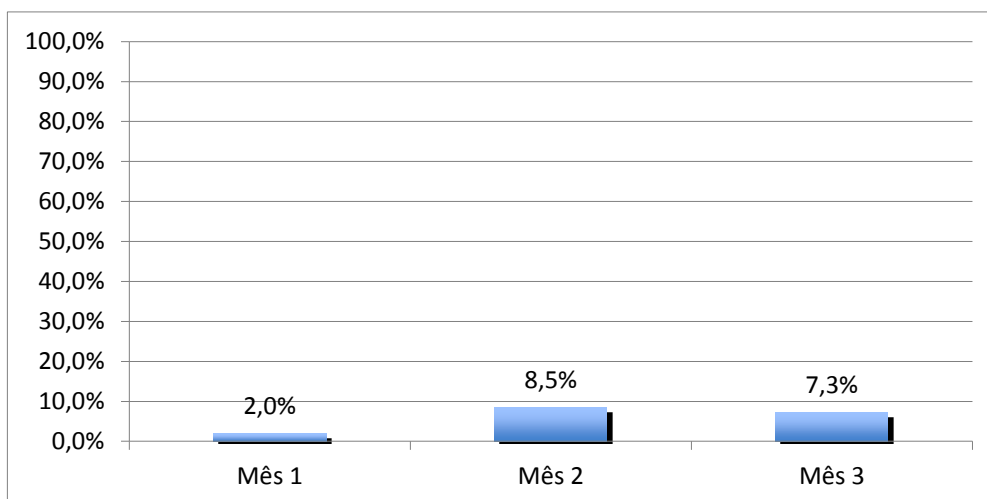
Considera-se um número elogiável, visto que, das 289 crianças que consultaram na Unidade, 263 delas possuíam registro da realização do teste do pezinho. A equipe de enfermagem é bastante eficiente, visto que oportunizam o primeiro encontro com o recém-nascido, realizando imediatamente o teste. Acredita-se que quase a totalidade das crianças acompanhadas na Unidade tenha realizado o teste do pezinho, porém alguns não realizaram em tempo hábil de até 7 dias, o que diminui o índice analisado.



**Figura 8: Proporção de crianças com o teste do pezinho realizado até os 7 dias de vida.**

Na USF há um profissional odontólogo que trabalha dois turnos por semana para atendimento exclusivo da demanda espontânea, conforme supracitado. Sendo assim, não houve sua participação na intervenção, dificultando a avaliação da saúde bucal por um profissional especializado pra tal. Dessa forma, quanto a meta de realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses, pode-se inferir que, conforme figura 11, no 1º mês, apenas

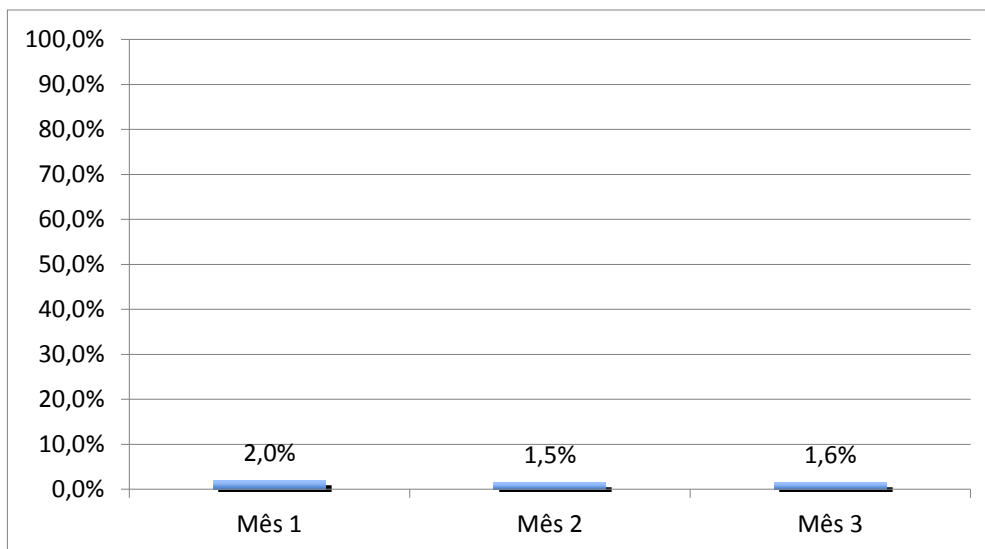
1 criança, das 49 entre idade de 6 a 72 meses, realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o que corresponde a um percentual de 2%. Já no 2º mês, 11 crianças entre 130 que consultaram, correspondendo a 8,5%, e no 3º mês, 14 crianças de 191, correspondendo a apenas 7,3% (figura 9).



**Figura 9: Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.**

Considera-se um número baixo, visto que foram realizadas orientações para que a cavidade bucal de todas as crianças, inclusive na faixa etária destacada, fosse analisada. Tal numerador também é justificado pela falta de um profissional odontologista para atender a demanda da Unidade em seu programa de Estratégia de Saúde da Família.

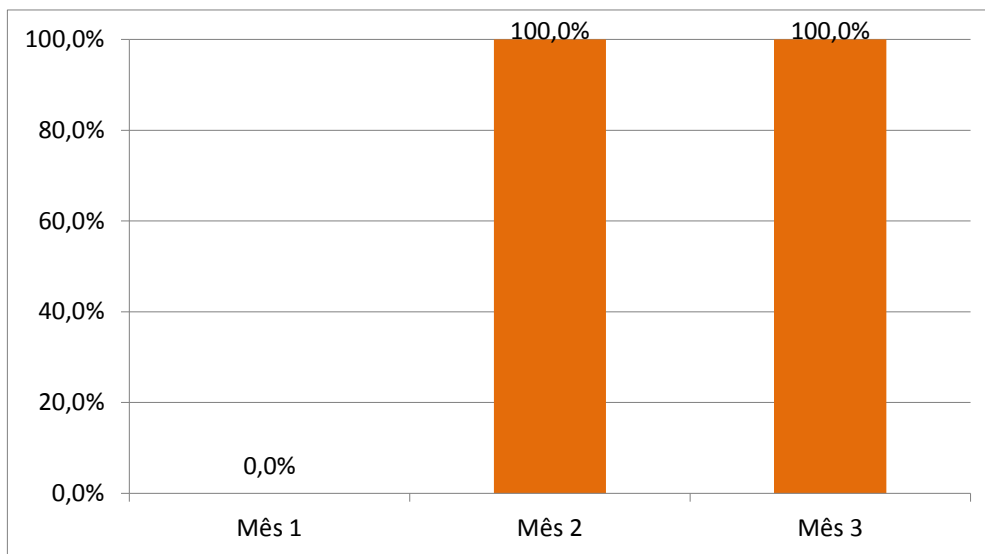
Ainda objetivando melhorar a qualidade do atendimento à criança, na parte de saúde bucal analisa-se que, de acordo com a figura 10, no 1º mês, apenas 1 criança, das 49 entre idade de 6 a 72 meses, realizaram a primeira consulta odontológica programática, que é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, no âmbito de um programa de saúde, o que corresponde a um percentual de 2%. Já no 2º mês, 2 crianças entre 130 que consultaram, correspondendo a 1,5%, e no 3º mês, 3 crianças de 191, correspondendo a apenas 1,6%, sendo que a meta, nesse caso, era realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.



**Figura 10: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com a primeira consulta odontológica.**

Acredita-se que tal índice extremamente baixo provenha da falta de um profissional odontólogo ligado à equipe ESF e vinculado com os usuários da Unidade, visto que o único odontólogo que trabalha na Unidade tem seu horário bastante reduzido e atende, somente, a demanda espontânea, gerando uma grande dificuldade para agendamento de consultas. A fim de solucionar tal problemática, foi solicitado à Secretaria Municipal um profissional odontólogo vinculado à Unidade a fim de modificar essa situação tão agravante. Enquanto isso, a Gestão providenciou que os usuários da área possam ser atendidos em uma Unidade de Saúde de um bairro vizinho, em qualquer turno de funcionamento, através da demanda espontânea e, também, através de agendamentos programáticos, o que poderá facilitar o seguimento dessa ação no futuro.

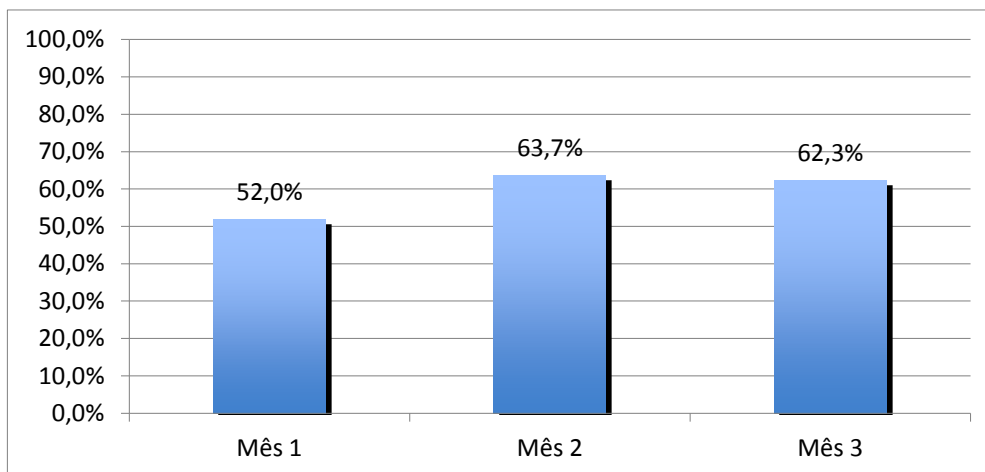
Outro importante objetivo para melhorar a saúde das crianças era melhorar a adesão ao programa de saúde da criança, realizando busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. Sobre isto, podemos observar na figura 11 que, no 1º mês, não foi registrada nenhuma criança faltosa às consultas agendadas e, portanto, não foi realizada a busca ativa. Já no 2º mês, 5 crianças faltaram às consultas, sendo buscadas em sua totalidade (100%). O mesmo aconteceu no 3º mês, quando 6 usuários faltosos foram igualmente buscados (100%).



**Figura 11: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no Programa de Saúde da Criança.**

A busca ativa das crianças da comunidade, realizada pelos agentes comunitários de saúde, revela-se bastante efetiva, visto que todas as crianças que, por algum motivo, faltaram à consulta agendada, foram buscadas, orientadas e reagendadas, comparecendo à devida consulta. Nas áreas sem agentes de saúde, são realizadas visitas domiciliares da equipe correspondente a fim de manter ativo o vínculo com a unidade e a reforçar a importância do acompanhamento adequado.

Tendo como objetivo melhorar o registro das informações, mantendo registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, analisa-se que, a partir da figura 12, no 1º mês, 39 crianças das 75 que consultaram apresentaram registro correto nas fichas-espelho, o que corresponde a 52%. No 5º mês, houve um incremento, sendo que 128 crianças, das 201 que consultaram, correspondendo a 63,7%. Já no 3º mês, 180 crianças das 289 que realizaram puericultura, apresentavam seu registro adequado (62,3%).



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

Tais índices podem ser explicados através da falta de um registro antigo que solicitasse o questionamento, e o devido preenchimento, de tantas variáveis sobre a saúde da criança, gerando um retardo no atendimento inicial, o que gerou essas falhas em alguns registros, comprometendo a obtenção da meta. Muitos profissionais relataram essa dificuldade, alegando falta de tempo adequada para o seu preenchimento, refletindo nos números supracitados.

Para um acompanhamento adequado é importante também realizar avaliação de risco, tendo em vista a necessidade de cuidados com equidade e resolutividade.

O acolhimento com classificação de risco deve ser feito por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e quando necessário um médico. Objetiva classificar os usuários de acordo com seu risco de agravo à saúde, priorizando seu atendimento, além promover e fortalecer a integralidade e humanização por meio do acolhimento resolutivo à demanda espontânea e captar os portadores de doenças crônicas que não realizam acompanhamento com a Unidade Básica de Saúde.

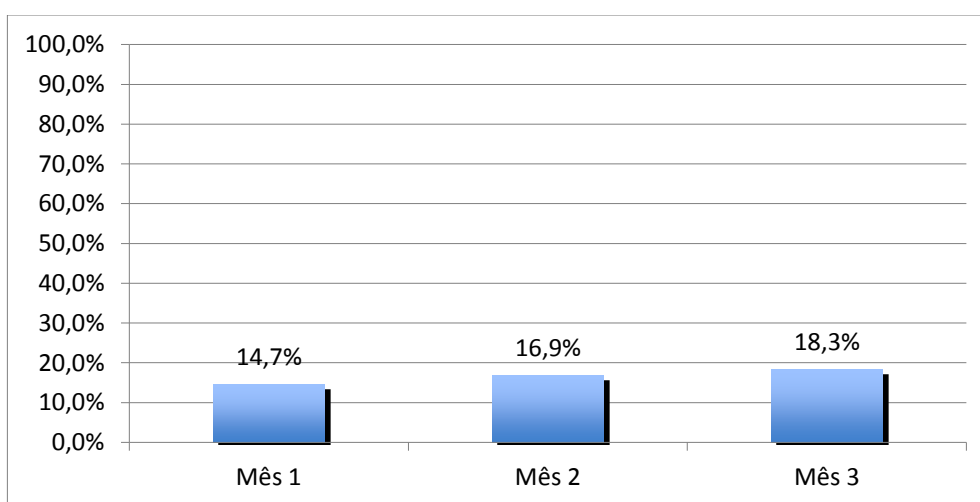
Analisando o objetivo de mapear crianças de risco pertencentes à área de abrangência e definindo como meta a realização da avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, percebe-se que nos 3 meses de intervenção ocorreu classificação de risco em todas as avaliações, o que garantiu a obtenção de uma meta de 100%.

Tal resultado deve-se ao sucesso das recomendações fornecidas durante a reunião das equipes e à conscientização de cada profissional em busca de crianças de risco, visto a importância de seu seguimento diferenciado na unidade.

Por fim, nossa intervenção tinha por objetivo também promover a saúde das crianças, orientando a prevenção de acidentes na infância para 100% dos pais ou responsáveis das crianças. Sobre isto pode-se observar na figura 13 que todos os pais/mães/responsáveis pelas crianças que consultaram durante os meses de intervenção receberam orientações sobre como evitar acidentes na infância, o que garante a esse indicador uma meta de 100% alcançada.

Tal resultado deve-se ao sucesso das recomendações fornecidas durante a reunião das equipes e à conscientização de cada profissional devido à importância de fornecer aos cuidadores informações a fim de assegurar seus filhos contra acidentes ocorridos na infância, tais como queimaduras com panelas, fornos elétricos, choques elétricos com acessos à luz desprotegidos etc.

Ainda com o objetivo de promover a saúde das crianças, analisa-se como meta a mamada assistida em 100% das crianças durante a primeira consulta. No 1º mês, conforme figura 14, das 75 crianças que consultaram, apenas 11 foram colocadas para mamar na primeira consulta (correspondendo a 14,7%). Já no 2º mês, 34 crianças das 201 que realizaram avaliação foram observadas durante a mamada (16,9%). E no 3º mês, 53 das 289 crianças que consultaram foram acompanhadas na primeira consulta durante a mamada (18,3%), conforme figura 13.



**Figura 13: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.**

Os baixos indicadores devem-se ao fato que, muitas mães/responsáveis, não recordam se o profissional de saúde observou a mamada na primeira consulta de puericultura. Além disso, muitos profissionais de saúde não registram essa informação no prontuário/ficha-espelho, o que dificulta posteriormente a análise desse quesito. Ao

analisar à mamada, os profissionais de saúde podem contribuir positivamente com essa interação, orientando quando a “pega” correta e garantindo que o aleitamento materno seja correto e sob livre demanda.

Todos os pais/mães/responsáveis cujas crianças consultaram durante os meses de intervenção receberam informações nutricionais de acordo com a sua faixa etária, obtendo uma meta com 100% de sucesso com relação ao fornecimento de orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Tais condições podem ser justificadas pelo grande apoio prestado às equipes pela nutricionista da unidade, a qual, juntamente com seus estagiários, organizou o cardápio ideal para cada faixa etária, a fim de uniformizar as orientações prestadas aos cuidadores e prestar uma informação precisa e adequada, o que foi seguido plenamente pelos profissionais de saúde que realizaram a Puericultura.

Todos os pais/mães/responsáveis que levaram suas crianças para a realização de puericultura receberam orientações sobre higiene bucal, totalizando a obtenção de uma meta de 100% na questão de fornecimento de orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

O expressivo número deve-se à conscientização de cada profissional a respeito da saúde oral e a importância da realização de um seguimento adequado.

Considera-se, portanto, através da análise minuciosa dos resultados, que a intervenção sobre o programa de saúde da criança realizada na unidade apresentou alguns pontos negativos que devem ser reavaliados precocemente para otimizar os indicadores e estabelecer acesso pleno à saúde. Em contrapartida, podem-se observar inúmeros pontos positivos através de ações que foram realizadas com sucesso, e de metas que foram atingidas satisfatoriamente através do trabalho árduo dos profissionais de saúde engajados na busca de um modelo de saúde ideal, no qual a comunidade e a unidade de saúde trabalham juntos a fim de garantir melhores resultados às nossas crianças.

#### 4.4 Discussão

A intervenção na área de saúde da criança, na unidade básica de saúde Simões Lopes, possibilitou um aumento na cobertura para 55,2% nas crianças entre zero e 72 meses, além disso avançamos positivamente com a implantação dos registros nas fichas-espelho, uniformizando a forma de avaliação, e a qualificação da



atenção prestada a essas crianças e a seus pais/mães/responsáveis, visto as orientações fornecidas rotineiramente em todas as consultas.

A intervenção exigiu que a equipe se atualizasse em relação recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através dos cadernos de atenção básica em saúde da criança: “Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, nº 23, 2009” e “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, nº 33, 2012”. Neste sentido, a intervenção foi muito importante para a equipe, pois todos os profissionais foram orientados, através de recursos midiáticos, tais como apresentação em PowerPoint, sobre a importância da intervenção na rotina da Unidade, do seguimento adequado das crianças da comunidade e da significância da busca ativa para a correta avaliação.

É importante ressaltar que os agentes comunitários de saúde intensificaram suas buscas domiciliares às crianças faltosas e em risco, assim como transmitiram informações úteis sobre a intervenção a ser desenvolvida e sobre a importância de puericultura, uma vez que a assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida.

A equipe de enfermagem, constantemente engajada nas consultas de puericultura, oportunizaram mais horários para a realização dessas consultas e para a qualificação desses encontros.

Os médicos, os quais, outrora, pouco realizavam atendimentos de puericultura, atualizaram-se no sentido de oportunizar cada avaliação infantil para a coleta de dados e o fornecimento de orientações preventivas, educativas e a resolução de dúvidas dos cuidadores/responsáveis.

A nutricionista, juntamente com seus estagiários, engajou-se em garantir uma uniformidade nas orientações prestadas sobre a alimentação infantil a todos os profissionais da unidade, a fim de proporcionar crescimento e desenvolvimento adequados a todas as crianças. Já os estudantes de enfermagem e de medicina que realização estágio na unidade, foram capacitados a prestar orientações, como exemplo no Projeto Sala de Espera, e a captar um maior número de crianças para o acompanhamento adequado.

Não podemos esquecer-nos das dificuldades. A intervenção começou com certa dificuldade no preenchimento das novas fichas-espelho em substituição ao modelo tradicional, porém incompleto. Sendo assim, ocorreria uma resistência de

alguns profissionais no que se refere ao correto preenchimento, visto que, inicialmente, tornava-se necessário o cadastro e a validação dos dados de todas as crianças, o que pode tornar o serviço mais lento e demorado. Com o tempo tal dificuldade foi sendo corrigida, e preenchimento tornou-se simples e prático, visto que todos os profissionais já conhecem a rotina adequada para atualização das fichas.

As fichas-espelho, implantadas com a intervenção, foram organizadas em arquivos de acordo com a equipe, o que facilita o acesso aos dados e à pesquisa de informações. Foram organizadas dietas de acordo com a idade, pela equipe de Nutrição, uniformizando as orientações prestadas pelos profissionais de saúde às crianças e aos seus cuidadores.

Ocorreram, também, falhas quanto à triagem auditiva neonatal, uma vez que, nem todas as crianças conseguem realizá-la no período neonatal visto que o serviço, lamentavelmente, não possui suporte para abranger todas as crianças do município, o que poderia ser conversado anteriormente à intervenção com a gerência municipal de saúde a fim de garantir melhorias quanto a esse quesito. Isto sem dúvida implica na importância da intervenção para o serviço, desde a organização até a gestão da clínica.

A intervenção foi muito importante também para a comunidade, pois viabilizou ao serviço um maior acesso das crianças de zero a 72 meses à unidade básica, oportunizando seu encontro e avaliação por um profissional de saúde capacitado a atender plenamente as demandas necessárias. A ação oportunizou que a criança fosse avaliada nos aspectos mental, físico e nutricional por qualquer profissional da Unidade, visto que todos foram capacitados para tal, o que garante melhor resultado a curto e longo prazos, tanto para a saúde da criança, quanto para seus cuidadores.

A intervenção também destacou a importância de manter o calendário vacinal infantil em dia; dessa forma, em todas as crianças que adentraram à unidade foram verificadas a situação vacinal e atualizadas as cadernetas de saúde, orientando quanto à sua importância e destacando o próximo encontro a fim de manter o acompanhamento em dia. A dispensação de xarope de sulfato ferroso, utilizado como suplementação às crianças entre 6 e 72 meses, outrora em falta na Unidade, foi garantido através de inúmeros pedidos à Secretária Municipal de Saúde, garantindo que todas as crianças com a faixa etária determinada tenham acesso a fim de evitar o quadro de anemia ferropriva, frequente enfermidade clínica causada por deficiência

de ferro nesta idade e tudo isto foi muito importante para a equipe, serviço e comunidade.

A intervenção gerou à comunidade também uma maior assistência no que tange ao cuidado das crianças, um elo frágil e importante na sociedade. Mesmo com essa oportunidade de atendimento, ainda muitas crianças não foram abrangidas com tal mobilização, o que ratifica que tal intervenção deve continuar ocorrendo na unidade de forma a abranger a totalidade das crianças.

Para isto, a busca ativa se intensificará no sentido de atingir as metas estipuladas pela intervenção, fazendo com que toda a comunidade seja assistida pela unidade básica de saúde. Faz necessário, também, reforçar o vínculo com a comunidade através de campanhas educativas, mutirões informativos e grupos de apoio às famílias com maiores dificuldades de acesso e informação. Tal ação será possível através de um engajamento público consistente, apoiando-se na força dos profissionais de saúde como equipe, preocupada em garantir um futuro digno e saudável às crianças.

Na tentativa de melhorar o serviço oferecido pelo programa de saúde da criança, pretende-se também adicionar o setor de odontologia à rotina dos atendimentos, através da incorporação de um profissional odontólogo à Estratégia de Saúde da Família, acolhendo as crianças com indicação para cuidados à saúde bucal, fato que não ocorrera durante a intervenção, visto a falta de um profissional capacitado para tal e disposto a prestar auxílio ao Programa.

Não apenas a odontologia, mas também será necessária a participação de todos os profissionais a fim de captar um maior número de crianças com o seguimento em dia na unidade, garantindo recursos para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Portanto, conclui-se que a intervenção necessita de continuidade na unidade, baseada nos consistentes e positivos dados já obtidos, e buscando-se aperfeiçoar os profissionais de saúde diariamente a fim de melhores resultados. A busca ativa às crianças faltosas e em risco será intensificada pelos agentes de saúde, de forma que a promoção de saúde será garantida com a frequente atualização dos pais e cuidadores quanto à saúde infantil. Os recursos necessários para a realização das consultas de puericultura, tais como balanças, antropômetros, vacinas, xaropes de sulfato ferroso, fichas-espelho etc. serão exigidos continuamente a fim de manter um

acompanhamento de qualidade à unidade de saúde, e garantindo sucesso na saúde infantil, tão necessária para o futuro da nação.

#### 4.5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção realizada com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança, na unidade básica de saúde Simões Lopes, propiciou um aumento de 55,2% (n=289) da cobertura de crianças entre zero e 72 meses, o qual anteriormente era realizado somente com crianças entre zero e 24 meses, permitindo que um número maior de crianças realizem a puericultura na unidade, onde foi realizada avaliação do crescimento e desenvolvimento infantis, atualização do calendário vacinal e monitoramento de inúmeros fatores, dentre outras, destacadas a seguir.

Antes de iniciar a intervenção, foram realizadas reuniões com as equipes na unidade e, através de recursos midiáticos e discussões acerca dos fundamentos dos cadernos de atenção básica voltados à saúde da criança, os profissionais foram qualificados a respeito da saúde infantil, e atualizados quanto aos novos preceitos do Ministério da Saúde.

A escolha do foco de intervenção surgiu a partir da premissa que a assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial. Para tal, solicitou-se a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma individual e coletiva, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos com envolvimento de toda a equipe.

No decorrer da intervenção, a qual perdurou por 12 semanas, no período de 08/08 a 06/11/14, as consultas de puericultura foram disponibilizadas com maior frequência na Unidade, através da oferta de mais horários pelos enfermeiros e médicos, de forma a abranger um número maior de crianças. Os responsáveis pelas consultas ficavam responsáveis também por preencher a nova ficha-espelho, adotada na unidade, a qual se compõe de inúmeros dados a fim de elucidar a história de vida da criança e de uniformizar o registro das crianças no posto garantindo que as informações sejam coletadas adequadamente. Às crianças faltosas, foi realizada a

busca ativa pelos agentes comunitários de saúde de forma a oportunizar uma nova marcação e obter os motivos que levaram tais crianças, e seus responsáveis, à ausência.

As crianças em risco, classificadas com déficit de crescimento e/ou desenvolvimento, ou que apresentam condições sociais limitadas, foram buscadas igualmente, de forma a garantir que o elo mais frágil de nossa comunidade também receba atendimento e realize o devido acompanhamento. A divulgação da intervenção pelos profissionais, agentes comunitários e parceiros da unidade, como estagiários de medicina, enfermagem e nutrição, através do Projeto Sala de Espera, que orientava os usuários aguardando atendimento, garantiu uma grande procura dos pais e responsáveis pelas crianças da comunidade pelo serviço, resultando em um aumento considerável de consultas de puericultura, o que contribuiu para o sucesso da intervenção.

Destaca-se, com excelência, o grande apoio sobre a questão nutricional das crianças, recebida pela equipe de nutrição, a qual se prontificou plenamente a atingir as metas com facilidade em vistas da alimentação infantil. Também se infere que, a quase totalidade das crianças realizou o teste do pezinho em tempo hábil, o que indica a qualidade das informações prestadas e sua importância.

No âmbito da promoção da saúde, em todas as consultas foram realizadas orientações quanto à prevenção de acidentes e à significância do acompanhamento adequado das crianças até 72 meses.

Em contrapartida, pode-se observar, durante a intervenção, a gravidade da falta de um odontologista ligado à Estratégia de Saúde da Família e a fim de prestar ajuda às crianças ávidas por cuidados bucais e acompanhamento. É imprescindível a alocação de outro profissional odontólogo na unidade que possa realizar agendamentos programáticos e modificar o futuro de tantas crianças. Ainda assim, acredito que oportunizar o acesso das crianças a uma unidade vizinha, solução temporária encontrada para tal problemática, refletiu positivamente para o sucesso da intervenção.

Além disso, a triagem auditiva neonatal também apresentou falhas, visto que seu acesso, em nosso município, é limitado e, lamentavelmente, nem todas as crianças conseguem realizá-lo, visto que existem poucos locais para a sua realização e agendamentos reduzidos, uma vez que há falta de profissionais suficientes para a sua realização. A suplementação com sulfato ferroso ainda é uma dificuldade a ser

vencida, em crianças entre 6 e 24 meses, visto que, seguidamente, há pouca disponibilidade do xarope na Unidade ou falta de tal, gerando a suspensão de seu uso nas crianças com baixo poder aquisitivo, mesmo com a solicitação prévia à gestão municipal. É imprescindível o compromisso com a comunidade a fim de que tal ação não ocorra.

Como forma de elucidar os resultados obtidos, faz-se importante citar alguns numeradores que apontam o sucesso de inúmeras metas e, conseqüentemente, da intervenção que fora realizada. Cabe citar o expressivo percentual de crianças que realizaram a primeira consulta de puericultura já na primeira semana de vida, o que corresponde a um número excepcional de 268 crianças, ou seja, 92,7% do total de crianças, apontando para um ótimo acompanhamento pré-natal e uma intensificada campanha de promoção à saúde realizados pelos profissionais da Unidade. Também pode-se destacar que todas as crianças foram avaliadas quanto à massa corporal, sendo que as identificadas com déficit ou excesso de peso realizarão acompanhamento constante na Unidade a fim de obter resolução da situação. Outro resultado também elogiável refere-se ao percentual de crianças com o desenvolvimento avaliado, correspondendo a 99,7% da totalidade. Com igual mérito, conclui-se que 99,3% das crianças encontram-se com o calendário vacinal em dia após a intervenção, o que corresponde ao expressivo número de 287 crianças.

Após a intervenção e a análise de seus resultados, conclui-se, portanto, que é de fundamental importância sua continuidade como rotina na comunidade a fim de melhorar os índices e obter a totalidade das metas para garantir uma saúde adequada e plena para as crianças, futuro do país. Sendo assim, é necessário que os gestores municipais estejam cientes dos benefícios gerados nesses 3 meses, e dos problemas que ainda existem no cotidiano dessa intervenção, garantindo subsídio e recursos para a obtenção de uma saúde qualidade e excelência.

#### 4.6 Relatório da intervenção para a comunidade

A intervenção que realizamos, no programa de saúde da criança, na unidade básica de saúde Simões Lopes, propiciou o aumento da cobertura de crianças entre 0 e 72 meses, ou seja, mais crianças puderam ser acompanhadas na puericultura, e não somente até os 24 meses, como vinha acontecendo. Calcula-se que 289 crianças puderam ser assistidas ao final dos 3 meses de intervenção, o que se considera um

número bastante grande em relação ao esperado de crianças que residem na área 523 crianças aproximadamente. Tal ação fez com que as vacinas fossem atualizadas, o peso e a altura aferidos para análise adequada, e orientações fossem dadas aos pais e responsáveis pelas crianças da nossa comunidade.

Nós sabemos que em nosso bairro residem famílias com a situação econômica mais desfavorecida e, muitas vezes, são os indivíduos dessa família que encontram mais dificuldade de acesso ao posto, principalmente no que se refere às suas crianças. Sendo assim, com a intervenção, foi possível chegar até essas crianças, através dos nossos agentes comunitários de saúde, e criar um vínculo com a unidade, propiciando acesso e acompanhamento próximo. Da mesma forma, as crianças que se encontram desnutridas, com sobrepeso, ou atraso no seu desenvolvimento, e também as faltosas, cujas famílias ausentavam-se das consultas agendadas, realizamos uma busca ativa, muitas vezes com a visita da equipe em suas casas, a fim de mantê-las vinculadas ao nosso Posto, e com o acompanhamento em dia.

Tal intervenção, ocorrida no período de 3 meses, ou seja 12 semanas, propiciou que os nossos registros fossem atualizados, o que garante às crianças de nossa comunidade uma análise dos fatores questionados nas consultas, garantindo que possamos, junto à Secretaria Municipal de Saúde, exigir às nossas crianças acesso ao teste do pezinho, que é um exame realizado na primeira semana de vida do recém-nascido a fim de prever a ocorrência de algumas doenças congênitas; ao teste da orelhinha, realizado no período neonatal, que avalia a audição de nossas crianças; à suplementação de sulfato ferroso, que infere que todas as crianças entre 6 a 24 meses devem receber suplementação de xarope de sulfato ferroso a fim de melhorar a quantidade de ferro no organismo, tão essencial para o desenvolvimento de várias funções orgânicas; ao odontologista, que, embora ainda seja com acesso limitado, como visto durante a intervenção, pode ser ampliado no sentido de garantir às nossas crianças uma saúde bucal em ótimas condições; à Nutricionista, a qual acompanha as famílias desde a infância, garantindo que a alimentação dada às crianças, desde o primeiro ano de vida, seja adequada ao seu crescimento e ao seu desenvolvimento ideal.

Pode-se inferir que, por exemplo, cerca de 91% das crianças que consultaram na unidade, durante o período mencionado, realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida, ou seja, das 289 crianças que realizaram a puericultura, 263 delas concretizaram esse teste tão importante na vida do recém-nascido por detectar

inúmeras doenças congênitas precocemente. Também entende-se, através da análise dos registros, que 287 crianças, da totalidade de 289, realizaram as vacinas que faltavam e estão com a caderneta de saúde em dia, o que é muito importante para a saúde das crianças.

A intervenção também permitiu um maior entrosamento entre os profissionais da nossa Unidade, fazendo com que o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, os agentes comunitários de saúde e os estagiários trabalhassem no sentido de melhorar a condição de saúde das crianças, uma vez que elas são a chave da sociedade para um futuro melhor, mais humano e mais digno. Qualificamos nossos profissionais através dos cadernos de atenção básica, os quais garantiram orientações de forma precisa e uniforme a todos os usuários que realizaram a Puericultura durante esse período.

Dessa forma, e diante dos resultados positivos obtidos, visto o aumento do número de crianças acompanhadas, conforme anteriormente mencionado, e perante as dificuldades encontradas, como forma de garantir apoio da gerência de saúde do nosso município, faz-se necessário que a intervenção continue ativa na comunidade, captando cada vez mais um número maior de crianças, incentivando o monitoramento de seu crescimento e desenvolvimento, e garantindo um futuro melhor para às nossas crianças e para o progresso da nação.



## 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Iniciar o projeto de intervenção na unidade básica de saúde Simões Lopes, ao qual fui alocada para exercer as atividades neste ano, prometia ser um grande desafio, visto que o posto de saúde é a porta de entrada da comunidade à saúde pública, baseando em um atendimento de caráter universal – todos podem utilizar o sistema - , gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

Primeiramente fora necessário conhecer a comunidade adscrita à área e entender o que ela necessita, inserindo-se no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Ademais, priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, objetivando a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Sendo assim, realizar uma intervenção em um âmbito de maior impacto e significação social fora uma tarefa de difícil escolha, visto os vários elos de atenção básica que necessitam de projetos na Unidade. Ao escolher trabalhar a intervenção com crianças de zero a 72 meses, através das consultas de puericultura, buscando assegurar seu crescimento e desenvolvimento na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social, desta forma contribuindo para a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil que ainda se observam em nosso meio e, conseqüentemente, atuando na qualidade de vida das crianças incluídas nessa assistência.

Oportunizando descobrir, nas crianças, através de um seguimento adequado, uma esperança de um futuro melhor, tanto para elas quanto para seus cuidadores/pais/responsáveis, imbuídos em realizar as orientações fornecidas durante a puericultura.

Considero, portanto, bastante valerosa essa experiência no processo de aprendizagem pessoal, uma vez que o comprometimento com a intervenção e com o seu sucesso gerou uma maior busca ao conhecimento infantil e, também, responsabilidade de lidar com esse meio, conhecendo suas dificuldades, a sua realidade social e a sua forma de ver o mundo.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação da Unidade de Saúde da Família. Caderno de Saúde da família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral a saúde da criança: Ações Básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)
6. BRASIL. Ministério da Saúde; **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: internações e custos proporcionais por grupos de patologias de crianças menores de 5 anos, SUS**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
7. BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Melhorando a saúde das crianças. ICPCD: o enfoque integrado**. Brasília, 2000.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros. **Atenção à saúde da criança no Brasil: Aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos**. 2007
11. MARB, Tyrrel. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto social e inserção da enfermagem**. 1997.



## **ANEXOS**

## Anexo A - Ficha Espelho



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO

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

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

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









## Anexo C - Documento do Comitê de Ética

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