

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**TURMA 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE ZERO  
A 72 MESES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO  
FRANCISCO, MUNICÍPIO DE CHOPINZINHO/PR**

**DANIELA MARIA GAIO**

**Pelotas, 2014**

**DANIELA MARIA GAIO**

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE ZERO  
A 72 MESES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO  
FRANCISCO, MUNICÍPIO DE CHOPINZINHO/PR**

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

Orientador: Maria Marta Amancio Amorim

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

G137m Gaio, Daniela Maria

Melhoria da qualidade da atenção às crianças de zero a 72 meses na Estratégia de Saúde da Família São Francisco, Município de Chopinzinho -PR / Daniela Maria Gaio ; Maria Marta Amancio Amorim, orientadora. — Pelotas, 2014.

88 f.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. I. Amorim, Maria Marta Amancio, orient. II. Título.

CDD : 362.14

## **AGRADECIMENTOS**

Muito obrigada:

À minha família, pela compreensão, incentivo e auxílio;

À minha orientadora da especialização em Saúde da Família, pela dedicação, incentivo e organização;

À Secretaria Municipal de Saúde pela compreensão e auxílio na realização das atividades;

À minha equipe de saúde, pelo auxílio e comprometimento nas atividades;

À Escola Municipal Visão do Futuro, na comunidade de São Luiz, que nos permitiu acesso e incentivo para a realização das atividades.

## RESUMO

GAIO, Daniela Maria. **Melhoria da qualidade da atenção às crianças de zero a 72 meses na Estratégia de Saúde da Família São Francisco, Município de Chopinzinho/PR.** 88 f. Trabalho acadêmico (especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Nas últimas décadas, a atenção à saúde da criança tem causado inquietação, visto que as ações assistenciais à saúde da criança ainda estão longe de serem realizadas integralmente, devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas. Portanto, este estudo tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da criança, e especificamente, ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança; melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança; melhorar a qualidade do atendimento à criança; melhorar registros das informações; mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a saúde. A intervenção de quatro meses foi realizada com crianças entre 0 e 72 meses, moradoras na área de abrangência da ESF São Francisco. Na metodologia da intervenção foram detalhadas as ações e traçados os indicadores a serem monitorados pautados nos 4 eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As consultas de puericultura e odontológicas foram agendadas e os dados foram coletados utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Dentre os resultados alcançados destacam-se: 67 crianças (79,8%) foram cadastradas no Programa Saúde da Criança. Destas, 47 crianças (70,1%) realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida; 55 crianças (65,5%) realizaram atendimento odontológico, sendo que 26 destas (47,3%) realizaram a primeira consulta odontológica; 100% das crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil; 100% estão com a vacinação de acordo com a idade; 100% das crianças realizaram o teste do pezinho até o 7º dia de vida; 100% das crianças com idade entre 6 e 18 meses estão realizando suplementação de ferro; realizou-se 100% de busca ativa às crianças faltosas as consultas odontológicas, médicas e de enfermagem; 100% das crianças estão com o registro na ficha espelho completas; 100% das crianças estão com a avaliação de risco realizadas, tanto da odontologia quanto médica e da enfermagem; 67 (100%) mães ou familiares receberam orientações de prevenção de acidentes na infância e nutricionais de acordo com a faixa etária; 54 mães ou familiares (80,6%) receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Com a intervenção, a equipe conseguiu realizar o levantamento das crianças residentes na área de abrangência da equipe, ampliar a cobertura de atendimento às crianças, melhorar a qualidade de atendimento à criança, nos registros das informações, no mapeamento das crianças de risco e a promover da saúde dessas crianças. Além disso, a partir da intervenção, a equipe conseguiu engajar-se melhor e desenvolver verdadeiramente um trabalho em equipe. Após o término da intervenção, o atendimento às crianças continua sendo realizado e foi incorporado nas ações realizadas pela equipe de saúde.

**Palavras chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa saúde da criança na unidade de saúde .....	44
Figura 2 - Total de crianças acompanhadas por faixa etária.....	45
Figura 3 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida .....	46
Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes da ação coletiva de exame bucal .....	47
Figura 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	48
Figura 6 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco em saúde bucal.....	49
Figura 7 - Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa saúde da criança.....	50
Figura 8 - Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.....	51
Figura 9 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento .....	52
Figura 10 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	53
Figura 11 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas .....	54
Figura 12 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento .....	55
Figura 13 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	56
Figura 14 - Proporção de crianças com suplementação de ferro.....	57
Figura 15 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida .....	58
Figura 16 - Proporção de crianças com triagem auditiva .....	58
Figura 17 - Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental.....	59
Figura 18 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído.....	60
Figura 19 - Proporção de crianças com registro atualizado .....	61
Figura 20 - Proporção de crianças com avaliação de risco.....	62

Figura 21 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância .....	63
Figura 22 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta .....	64
Figura 23 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária .....	65
Figura 24 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie .....	66
Figura 25 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie .....	67
Figura 26 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.....	68
Figura 27 - Proporção de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.....	69

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Detalhamento das ações realizadas na intervenção na saúde das crianças de 0 a 72 meses da UBS São Francisco do Município de Chopinzinho/PR. .....	27
Quadro 2 – Indicadores da intervenção em saúde das crianças de 0 a 72 meses da UBS São Francisco, do Município de Chopinzinho/PR .....	31



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APSUS - Atenção Primária do Sistema Único de Saúde

BCF - Batimentos cardio-fetais

B-HCG - Beta - Gonadotrofina Coriônica Humana

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DTP - Difteria, Tétano e Coqueluche

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA - Sistema de Gestão de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS PRÉ-NATAL - Sistema de Acompanhamento do Pré-natal

SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	11
1.1. Qual a situação da estratégia de saúde da família/atenção primária à saúde em seu serviço? .....	11
1.2. Qual a situação da estratégia de saúde da família/atenção primária à saúde em seu serviço após a análise situacional .....	13
1.3. Comparativo entre a análise da semana de ambientação e após a análise situacional .....	22
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
2.1. Justificativa .....	23
2.2. Objetivos e Metas.....	24
2.2.1. Objetivo geral.....	24
2.2.2. Objetivos específicos .....	24
2.2.3. Metas .....	25
2.3. Metodologia.....	26
2.3.1. Detalhamento das ações .....	27
2.3.2. Indicadores .....	31
2.3.3. Logística .....	34
2.3.4. Cronograma.....	36
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b> .....	38
3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	38
3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas .....	40

3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores .....	41
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra .....	41
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>43</b>
4.1. Resultados .....	43
4.2. Discussão.....	69
4.3. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	71
4.4. Relatório da Intervenção para o gestor .....	74
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>81</b>
Anexo A – Ficha espelho das informações referentes à saúde da criança .....	82
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	85

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde das crianças da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família São Francisco, no Município de Chopinzinho/PR.

No primeiro capítulo foi descrito a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à Estratégia de Saúde da Família em questão, a descrição da Unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo está descrita a análise estratégica, apresentando a justificativa para desenvolver o trabalho com as crianças de 0 a 72 meses, os objetivos e as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção, apresentado no terceiro capítulo, expõe as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

O capítulo cinco apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Para finalizar, apresenta-se a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que foram usados para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Qual a situação da estratégia de saúde da família/atenção primária à saúde em seu serviço?**

A UBS São Francisco localiza-se no Município de Chopinzinho – PR, pertence à Prefeitura local, sendo que as mesmas são adaptações de construções já existentes (escolas ou construção sem planejamento com base ao manual de estrutura básica). A UBS está em funcionamento desde 2005 e funciona em dois turnos (07h30 às 11h30 e 13h às 17h), porém não em seu período integral, visto que a equipe se reúne na UBS central para reunir materiais, medicamentos e exames / consultas especializadas para depois ir para o ESF. Existe uma área de abrangência delimitada, porém ainda não existe o mapa inteligente, o qual será realizado ainda este semestre pela equipe.

Estão cadastrados 100% dos usuários moradores na área de abrangência da UBS. As UBS são compostas por uma ESF em cada comunidade, sendo que os dias de atendimento em cada comunidade são divididos: segundas e quartas-feiras na comunidade de São Luiz; terças e sextas-feiras na comunidade de São Francisco e; quintas-feiras na comunidade de Gramados.

A equipe é composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia e quatro agentes comunitários de saúde. A limpeza das UBS é realizada pelas funcionárias da limpeza das escolas das comunidades de São Luiz e São Francisco e na comunidade de Gramados que não possui escola, a ACS começou a receber um valor “x” para realizar a limpeza uma vez por semana. Com relação ao NASF, a UBS conta com o apoio de alguns profissionais: nutricionista, psicólogo, psiquiatra, ginecologista, pediatra e educadora física, as quais desenvolvem atividades de alimentação e nutrição, saúde da mulher e saúde mental.

Quanto à estrutura física da UBS, são compostas em sua maioria por: sala de espera, (local onde também fica uma mesa com os prontuários dos

pacientes), com lugares para 10 a 15 usuários aguardarem atendimento; um consultório médico, o qual não possui banheiro; 1 sala de enfermagem, na qual é realizado exames ou foram construídas sem consulta aos manuais de organização e construção das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em todas elas, possuímos apenas 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, exame preventivo de câncer de colo de útero, puericultura, preparo, curativo, nebulização e 1 sala de medicações, onde também deixamos materiais de estoque; ainda temos a sala de espera/recepção e os banheiros. Além disso, nossos móveis são a grande maioria sobra da Unidade de Saúde Central. Não temos um funcionário específico para a limpeza da UBS, essa é realizada pelos funcionários das escolas das comunidades de São Luiz e São Francisco e em Gramados, onde que não há escola, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da micro-área é quem realiza a limpeza do local.

Nas unidades do interior não existe expurgo e central de esterilização. Os materiais são lavados e preparados na Unidade Central. As cadeiras estão em condições precárias, e, para ser sincera, já perdi as contas de quantas vezes pedi para providenciarem. Quanto à medicação, geralmente temos a grande maioria nas unidades. Também não temos materiais para atender uma urgência/emergência. Nesse mês recebemos um laringoscópio, mas somente com esse material não conseguimos realizar praticamente nada. Também não temos carrinho e medicações de emergência. Alguns materiais estão disponíveis somente no carro que nos transporta entre as unidades de saúde, por exemplo: aparelho para ausculta de batimentos cardio-fetais (BCF), glicosímetro e aparelho de nebulização. Também, existem materiais e equipamentos básicos que não possuímos, como o oxímetro e a lanterna clínica.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas estão: a infra-estrutura inadequada, as quais faltam salas, e o tamanho também deixa a desejar; não existe banheiro na sala de coleta de preventivo em duas das unidades (São Francisco e Gramados), e na outra (São Luiz), o banheiro também é utilizado pelos funcionários; as mesas, macas e cadeiras estão em condições precárias em alguns locais, ficando tanto o usuário quanto os funcionários mal ajeitados; não existem materiais essenciais nas unidades, sendo que alguns deslocam de

UBS para UBS diariamente, e outros não existem; as unidades não possuem uma placa informando o local da UBS, sendo que se a pessoa não reside na comunidade, ao passar por ali, não vai saber que ali é uma UBS; na UBS de São Luiz, existe infiltração no consultório médico e na sala de medicação, sendo que, quando chove, temos que ficar secando para conseguir atender os usuários.

Trabalho em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) rural, com aproximadamente 490 famílias. Dentro desse atendimento, divido meus dias em 3 unidades de saúde: na segunda e quarta-feira na comunidade de São Luiz, terça e sexta-feira na comunidade de São Francisco e quinta-feira na comunidade de Gramados. A equipe é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 odontóloga, 1 auxiliar de odontologia, 1 auxiliar de enfermagem e 4 ACS, na verdade, precisaria de mais 2 ACS. Na teoria, o horário de atendimento é das 07h30 às 11h30 e das 13h às 17h, porém como a equipe precisa bater o ponto na Unidade de Saúde Central, e o carro pra irmos ao interior fica ali, acabamos perdendo, pelo menos, 1h30min por período em deslocamento e organização dos medicamentos, materiais de curativo, exames, consultas especializadas para levarmos à comunidade. A unidade é aberta as 07h30, pelo ACS da comunidade, o qual realiza o primeiro acolhimento e organização das necessidades de cada usuário.

Como o espaço físico é pequeno, temos bastante dificuldade para a organização do mesmo. Não temos um espaço pra atender urgências. Quando elas ocorrem, temos que deixar o usuário na maca de coleta de exame preventivo de colo de útero na minha sala ou na sala da médica.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas estão: o tempo "perdido" na organização dos materiais e até a chegada às Unidades de Saúde, que distam 12 km para São Francisco, 17 km para São Luiz e 25 km para Gramados, o qual diminui o tempo disponível para atendimento e organização de atividades diferenciadas; na parte odontológica, pelo menos uma vez por semana há falta água, dificultando a realização dos procedimentos pela dificuldade em limpar o local depois.

Apesar de tudo, a nossa equipe de saúde é bem acessível e bem prestativa. Mesmo com todos os problemas, tentamos fazer o máximo possível

para prestar um cuidado/atendimento de qualidade e com acolhimento. Os ACS são muito prestativos, e nos auxiliam muito na organização do serviço e atendimento. Muitos usuários também nos ajudam a manter o local agradável e feliz, não como um local de problemas e doença.

## **1.2 Qual a situação da estratégia de saúde da família/atenção primária à saúde em seu serviço após a análise situacional**

O Município de Chopinzinho/PR possui 19674 habitantes, segundo último levantamento efetuado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (SIAB, 2013), e apresenta 8 equipes de saúde da família, sendo que destas 7 apresentam saúde bucal. Estas equipes abrangem 100% de cobertura de atendimento, sendo que 3 são ESF rurais e 5 ESF urbanas. Para funcionamento das 5 ESF urbanas, existem duas UBS, sendo que em uma delas trabalham 2 ESF e na outra 3 ESF, com horário de funcionamento das 07h30 às 11h30 e das 13h às 17hs. As 3 ESF rurais iniciam o trabalho em uma das UBS urbanas para organização dos materiais e equipamentos, e se desloca às comunidades, começando o atendimento por volta das 08h30 até 11h e das 13h45 às 16hs. Duas ESF rurais atendem em 3 comunidades diferentes e uma ESF rural atende 5 comunidades.

Como suporte ao atendimento das ESF, o Município possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atualmente apresenta como profissionais cadastrados psicólogo, psiquiatra e nutricionista. Existem outros profissionais que realizam atendimento especializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Município, mas que não estão cadastrados no NASF, que são: pediatra (dois, com atendimento de 20hs/semanais), ginecologista/obstetra (dois, um atendendo 20hs/semanal e o outro 12hs/semanal), educadora física (uma, 20hs/semanais), fisioterapeuta (dois com 20hs/semanais), ortopedista (três, fazendo entre 8 a 20hs/semanais cada), dermatologista (uma, com 16hs/mensais), urologista (um com 12hs/mensais) e cardiologista (um, algumas consultas mensais).

Na parte odontológica, possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Todos os exames laboratoriais são realizados pelo



laboratório municipal e mais dois laboratórios particulares que prestam serviços ao SUS, o que garante uma boa agilidade e uma espera máxima de um mês para marcação e realização do mesmo. Os exames de imagem (ultrassonografia e radiografia), quando em caso de urgência/emergência, também são encaminhados ao Centro de Imagem da cidade. As demais especialidades e exames eletivos são referenciados ao Município de Pato Branco, localizado a 50 km de Chopinzinho, sendo fornecido transporte no período da manhã e da tarde.

O atendimento hospitalar funciona como atendimento particular no período de funcionamento da UBS, com exceção das situações de urgência/emergência, as quais são avaliadas pela UBS e referenciadas ao hospital caso necessário.

A ESF em que atuo é rural, atende em três comunidades durante a semana (São Francisco, São Luiz e Gramados), sendo disponibilizado 2 dias de atendimento para a primeira e segunda comunidade e 1 dia para a terceira. A equipe inicia o trabalho na UBS urbana, local onde repõem os medicamentos da última liberação, materiais de curativo, vacinas, exames e consultas especializadas marcadas. Como tem este tempo de organização de materiais e deslocamento até as comunidades, geralmente começamos o atendimento às 08h30 até 11h e das 13h45 às 16hs.

A equipe possui o modelo de ESF com saúde bucal, composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia e 5 ACS, sendo que um deles ainda está em processo de contratação. O atendimento ocorre no período da manhã com consultas agendadas ou de livre demanda e à tarde são programados atendimento de puericultura e acompanhamento das famílias que recebem o benefício da bolsa família, preventivo, atendimento em grupo e visita domiciliar.

Com relação à estrutura física das unidades, as comunidades possuem uma construção adaptada de escola ou uma construção feita para atendimento de UBS sem desenvolvimento arquitetônico de acordo com o preconizado. As três UBS possuem uma sala para atendimento odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um sanitário para funcionários e um para os usuários, sem adaptação para portadores de necessidades especiais.

Duas unidades possuem mais uma sala, a qual é utilizada para dispensação de medicamentos. Com não temos salas para realização de curativo, retirada de pontos, vacinação e preparo, organizamos as existentes para conseguir realizar tais procedimentos, de modo a conseguir realizar os atendimentos propostos pela ESF.

A disponibilização do atendimento na área rural possibilita maior aproximação da equipe com a população, e o vínculo entre profissionais e usuários é melhor, sendo referência como porta de entrada para as necessidades de saúde. Porém, como a estrutura física e os materiais e equipamentos não são adequados/suficientes para oferecer um atendimento com privacidade, conforto e adequações para atendimento às pessoas com necessidades especiais, alguns usuários ainda consideram a UBS como um local para atendimento aos pobres ou mais necessitados.

Para organização do atendimento, a equipe destina o período da manhã para atendimento de livre demanda e consulta agendada quando necessário e à tarde para realização de puericultura, grupo do Sistema de Gestão de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), coleta de preventivo e visita domiciliar, com priorização a usuários acamados, pós-cirúrgico, com problemas de saúde e idosos.

Como não atendemos a mesma população todos os dias da semana, temos dificuldade em disponibilizar vários dias para atendimento de uma mesma atividade. Por exemplo, disponibilizamos apenas um dia por mês em cada comunidade para puericultura agendada, para conseguir desenvolver as atividades com os demais grupos em todas as comunidades. Assim também estamos com dificuldade para fazer os demais grupos de atendimento (saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e saúde do idoso). Assim desenvolvemos algumas atividades, mas sem uma programação pré-determinados e com periodicidade, justamente pela dificuldade também em possuir três comunidades, que necessitaria de pelo menos, três dias da semana, uma para cada comunidade. Esta situação gera um atendimento de maior qualidade a alguns grupos e outros não.

No mês de maio de 2013, a área apresentava uma população de 1.446 habitantes (100% de cobertura cadastral) (SIAB, 2013). De acordo com o

Ministério da Saúde, uma equipe atende até 4.000 habitantes (BRASIL, 2012b), porém por ser um atendimento rural, os parâmetros não comportam a esta realidade.

Do total de habitantes, mais da metade são do sexo masculino e com uma diminuição da população infantil e jovem e uma crescente população idosa (70% maior do que a calculada como normal para o total da população existente). Desta forma, avaliando as condições físicas da UBS, observa-se que a mesma não está adequada às necessidades, pois possui barreiras arquitetônicas e não disponibiliza estrutura com acessibilidade que auxilie os usuários que apresentam alguma necessidade especial e para população idosa, a qual necessita de maiores cuidados pelas alterações próprias da idade. Como a estrutura física não está adequada, procuramos dividir o trabalho entre as salas de forma a desenvolver todas as atividades de forma organizada.

Os atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos são realizados no período da manhã e da tarde. Pela manhã e a tarde, as consultas odontológicas são sempre programáticas, com horário marcado, porém, se houver alguma urgência ou emergência o atendimento é imediato. As consultas médicas pela manhã são de demanda espontânea, sendo que todos os usuários são avaliados pela enfermeira para consulta, e caso ultrapasse o número de usuários pelo número de consultas ofertadas, se não for um caso urgente ou emergência, é agendada uma consulta com a médica no próximo dia de atendimento ou que o usuário possa comparecer. A consulta de enfermagem (além da avaliação das consultas médicas) no período da manhã é realizada por agendamento (preventivo e puericultura) ou de livre demanda quando as mulheres ou crianças vão consultar.

No período da tarde, são disponibilizados 3 dias (um em cada comunidade) para a realização de puericultura (com agendamento para a médica) e acompanhamento das famílias que recebem o incentivo do bolsa família; 3 dias para coleta de exame preventivo de colo de útero (um em cada comunidade) com agendamento; 5 dias para grupos de HIPERDIA (2 dias na comunidade de São Luiz, 2 dias na comunidade de São Francisco e 1 dia na comunidade de Gramados, por ser menor; alguma atividade em grupo

programática (saúde da mulher, saúde da criança, etc); e as visitas domiciliares, sendo que nesta, a dentista acompanha a equipe 1 tarde por mês. No último dia do mês a equipe fica no período da tarde na cidade para fechamento de relatório e reunião de equipe.

Os pontos positivos nesta forma de atendimento é que todos os dias se oferece um período (manhã) para atendimento de livre demanda para casos agudos e temos um período (tarde) que realizamos atividades programáticas, de promoção e prevenção da saúde, que é a principal função das ESF. Como dificuldades encontradas está o atendimento específico em algumas comunidades em determinados dias da semana, pois, se um usuário adoecer em um dia que a equipe não está naquela comunidade atendendo, ele precisa ir até a cidade para a equipe atendê-lo, e ainda há uma demora maior para nos deslocarmos para a comunidade programada para aquele dia. O que procuramos fazer nestes casos é orientar que somente serão atendidos casos que são urgentes e que não podem aguardar até o próximo dia de atendimento na comunidade.

Pontuando os atendimentos específicos de cada ciclo de vida, em relação à saúde da criança, o atendimento pela manhã pela médica é realizado por livre demanda, geralmente condições de saúde agudas. Neste momento, no preparo e avaliação da enfermagem, procura-se realizar a avaliação do crescimento da mesma e anotá-la na carteirinha da criança.

Como consulta de puericultura, a equipe disponibiliza 3 tardes por mês (uma em cada comunidade) para avaliação do crescimento e desenvolvimento, porém ainda estamos implantando esse atendimento. As crianças que nasceram neste último ano comparecem quase que mensalmente para serem avaliadas, enquanto que as demais famílias ainda não percebem a importância desta avaliação. Neste dia também é realizado o acompanhamento das famílias que recebem o benefício do Programa Bolsa Família, no qual se dá maior enfoque na questão do crescimento e não no desenvolvimento.

Percebe-se que existe uma falha grande ainda com relação a um atendimento de maior qualidade às crianças, pois ainda não estamos conseguindo mostrar à comunidade quão importante se faz essa avaliação. Também ainda não temos um protocolo próprio do Município para atendimento

às crianças. O mesmo já foi desenvolvido e está em processo de aprovação, então ainda seguimos o protocolo do Ministério da Saúde, sendo que cada equipe planeja a sua forma de atendimento. Também neste ano fomos inscritos no Programa Saúde na Escola; acreditamos que esse programa irá ajudar na realização de um acompanhamento mais detalhado desses usuários. Com relação ao registro do atendimento, este é realizado no programa do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e no prontuário. De um modo geral, os dados da saúde e condições sociais das crianças não são avaliados pela equipe.

Em relação ao atendimento de pré-natal, quando a usuária procura a equipe por atraso menstrual ou alguma situação que se suspeite de gestação, é pedido o exame para comprovação da mesma (Beta - Gonadotrofina Coriônica Humana (B-HCG)), pela médica ou enfermeira. Quando a gestação é comprovada, a enfermeira realiza a primeira consulta, momento em que é preenchida a carteira de gestante, pedido de exames laboratoriais de rotina e de ultrassonografia obstétrica, avaliação da carteira de vacina, avaliação do risco gestacional e vinculação ao hospital de referência, encaminhamento para atendimento odontológico, aferição da pressão arterial, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), encaminhamento para nutricionista ou psicólogo quando necessário, orientações sobre alimentação, atividade física, sono e repouso, higiene e cuidados com relação a situações de urgência e emergência.

Como as comunidades não possuem um número considerável de gestantes, o Município desenvolveu um grupo de gestantes na cidade, realizando um encontro por mês, sendo que em cada encontro é realizada uma atividade de alongamento e orientação com uma educadora física, uma roda de conversa com um profissional de diferentes especialidades (obstetra, pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, odontóloga e psicóloga) e finalizando com uma atividade realizada pela enfermagem. Para as gestantes que participam em, pelo menos, 5 encontros é fornecido um atestado e passagem de ida e volta para casa, além de uma bolsa contendo materiais de cuidado do recém-nascido.

Também é disponibilizado um dia por mês para as gestantes a partir do 6º mês gestacional para visita ao hospital do Município, onde são realizadas orientações sobre cuidados no parto e puerpério e aleitamento materno exclusivo, e visita ao centro cirúrgico e alojamento conjunto. Como o Sistema de Acompanhamento do Pré-natal (SIS PRÉ-NATAL) é muito lento, anoto as informações necessárias em um papel e faço o cadastro da mesma na cidade, e quando a mesma retorna para mostrar os resultados dos exames, repasso o número do SIS PRÉ-NATAL na carteirinha.

Após a consulta com a médica da equipe, costumamos encaminhar a mesma para acompanhamento com obstetra na cidade, que o Município oferece, e continuamos acompanhando a mesma na unidade ou em visita domiciliar durante a gestação. Assim que a gestante realiza o parto, elas ou a família avisam o ACS, o qual nos comunica ou ficamos sabendo pelo recebimento da folha rosa que vem do hospital. Até o 5º dia de nascimento realizamos a visita domiciliar pela equipe. Seu registro é realizado no prontuário da puérpera, no programa SIS PRÉ-NATAL, no qual consta boa parte das informações referentes ao atendimento à mesma e elaboramos uma ficha com as informações básicas necessárias para avaliar o atendimento das puérperas.

Como dificuldades, cito que os equipamentos para atendimento à gestante não funcionam corretamente; o não seguimento da nova classificação de risco gestacional pelo obstetra, a qual foi repassada para a equipe, então o registro e acompanhamento das gestantes nem sempre é realizado de forma singular e a equipe acaba se desgastando para fazer com que o sistema funcione. Outra dificuldade está no cadastramento da gestante no sistema, pois o mesmo é muito lento e trava com facilidade, então ocorre uma perda de tempo em realizar sua digitação e acompanhamento.

Em relação à programação de atendimento de prevenção de câncer de colo uterino e de mama, todos os dias pela manhã a UBS disponibiliza 2 consultas de enfermagem para coleta do preventivo e exame das mamas, assim como o preenchimento da requisição de mamografia para mulheres acima de 40 anos. À tarde, é disponibilizado um dia em cada comunidade para coleta de preventivo e avaliação das mamas. Também, quando as usuárias

vêm para consulta por outros motivos, é orientado sobre a importância destes exames, sendo realizado no mesmo dia ou agendado para dia programado.

O protocolo também está em processo de aprovação, enquanto seguimos o protocolo do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Para garantir o registro, sua realização ocorre no sistema digital que o Município possui, no qual são registradas as anotações referentes à coleta e do resultado obtido. Esses dados são mensalmente impressos e avaliados. O Município disponibiliza campanhas de coleta de preventivo, nos meses de abril, agosto e outubro, fora do horário de atendimento da UBS e nos sábados para usuárias que trabalham e não podem sair do serviço para a realização do mesmo. As equipes conseguem anualmente um número considerável de coletas de exames preventivos.

Aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes, a equipe instituiu neste ano o esquema de disponibilização dos medicamentos em grupos pequenos e a consulta médica e de enfermagem no mesmo momento, sendo que o mesmo é realizado trimestralmente para cada usuário. Para tanto desenvolvemos uma ficha de acompanhamento, na qual constam os dados pessoais, data, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia capilar, medicações em uso, escore de Framingham, classificação de risco do Ministério da Saúde, fatores de risco e doenças concomitantes, presença de complicações, resultado de exames e observações.

Neste momento, estamos classificando os usuários em relação ao risco e controle pressórico, sendo que, se necessário, é agendada uma consulta médica entre um acompanhamento e outro para avaliação e acompanhamento. Com esta ficha, conseguimos avaliar a situação de saúde destes usuários trimestralmente.

Uma das dificuldades que encontramos é com relação à dispensação de alguns medicamentos somente pela farmácia popular (por exemplo, a Losartana potássica de 50 mg e 100 mg e o Atenolol 25mg), assim, esses usuários são resistentes em acompanhar na UBS visto que precisa ir à farmácia e à UBS para um mesmo atendimento, ficando alguns usuários sem um atendimento periódico correto. Nestes encontros, algumas vezes conseguimos outros profissionais para realizar orientações (nutricionista e

educador físico), os quais reforçam as orientações fornecidas pela equipe. Com a implantação desta ficha, percebemos maior percepção pelos usuários dos fatores de risco que os mesmos possuem e o que eles podem fazer para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Quanto à saúde do idoso, a equipe ainda não implantou um atendimento de forma programática em relação à sua saúde, mas procuramos abordar assuntos referentes ao envelhecimento nas consultas, mas não há um tempo suficiente disponível para sua realização. Procuramos organizar o atendimento domiciliar programático para idosos com dificuldades de locomoção, deficiências físicas e mentais de forma a atendê-los regularmente e periodicamente, realizando seu registro somente no prontuário do mesmo. Sabemos da importância que têm as atividades programáticas e precisamos desenvolver essas atividades visto que a população idosa da nossa área de atuação é superior à estimada pelo Ministério da Saúde.

Para finalizar, consideramos que os maiores desafios que a equipe possui se referem à falta ou a inadequação dos materiais, equipamentos e estrutura física para atendimento dos usuários; a necessidade da aprovação e desenvolvimento de fichas de acompanhamento de um protocolo de atendimento do Município, para que todas as equipes falem e organizem seu atendimento da mesma forma; pelo fato do atendimento não estar disponível todos os dias para a totalidade da população e por não termos um atendimento de 8 horas por dia, pelo período de locomoção e preparo dos materiais para atendimento; a influência da política no atendimento pelo SUS, que todos tenham os mesmos direitos e as mesmas condições de atendimento; que sejam observadas as realidades e que seja investido nas equipes, tanto nas questões de infraestrutura quanto na qualificação para assim conseguirmos desenvolver os diferentes atendimentos propostos pelo Ministério da Saúde; a falta de interesse da equipe em se capacitar e se especializar em saúde pública e saúde da família.

Como facilidades se destacam: o bom relacionamento e diálogo entre os membros da equipe, repassando as informações essenciais dos atendimentos, acompanhamentos e encaminhamentos necessários e para a realização das atividades propostas; o bom relacionamento com os usuários,



que faz com que a equipe consiga desenvolver um trabalho com credibilidade; a busca por tentar melhorar a forma de atendimento e desenvolvimento das atividades.

### **1.3 Comparativo entre a análise da semana de ambientação e após a análise situacional**

Analisando os dois textos desenvolvidos, percebe-se que apesar de não termos o conhecimento específico na primeira parte, boa parte das situações referentes à estrutura das UBS e dos materiais e equipamentos necessários foram abordados na análise. Já com relação aos atendimentos aos ciclos de vida, estes ainda eram poucos perceptíveis, e de difícil visualização de propostas para melhorá-los. A partir da análise situacional, consegue-se observar as principais dificuldades enfrentadas pela equipe e levantar formas de desenvolver essas atividades.

Desde o início da realização da análise situacional proposta pelo curso de especialização em saúde da família, conseguimos perceber e começar a desenvolver estratégias para melhorar o acompanhamento dos usuários, assim como colocar para o gestor a necessidade que a falta de materiais e equipamentos fazem para a prestação de um bom atendimento.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

Nas últimas décadas, a atenção à saúde da criança tem sido alvo de inquietação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando um foco prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população. Ao longo do tempo, percebe-se que em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil. Estas diretrizes enfocam um importante indicador, a mortalidade infantil, o qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população. Mais recentemente, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos vem sendo incorporada como um indicador fundamental do desenvolvimento humano e, por conseguinte, um importante indicador da situação da infância. Embora as ações assistenciais à saúde da criança tenham uma filosofia de atenção integral, esta ainda está longe de ser alcançada, devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços (NOVACZYK, DIAS, GAÍVA, 2008).

Com o objetivo de melhoria da taxa de mortalidade das crianças e a consequente melhoria da qualidade de vida da população propõe-se desenvolver uma intervenção focando a saúde da criança na UBS São Francisco, a qual é composta juntamente pela UBS São Luiz e Gramados.

A população alvo da intervenção são crianças entre 0 e 72 meses. Atualmente estão cadastradas na UBS São Francisco 84 crianças nesta faixa etária, sendo que 8 delas menores de 1 ano, 49 entre 1 e 4 anos e 27 com idades entre 5 e 6 anos. O atendimento ocorre em sua maioria apenas quando a família leva as crianças à UBS por alguma situação de doença ou no acompanhamento do Programa Bolsa Família. Somente as crianças nascidas neste início de ano estão sendo acompanhadas normalmente no programa de puericultura, o qual ainda está em processo de implantação e de melhorias. Como este acompanhamento não era realizado, estamos enfrentando dificuldades em explicar a sua importância às famílias anteriormente constituídas.

Até então, as ações que começamos a desenvolver envolvem mais a questão do crescimento, imunização e orientações sobre alimentação e cuidados com a higiene, com maior cobertura às crianças menores de um ano, enquanto as demais estão sendo desenvolvidas precariamente. Toda a equipe está envolvida, mas ainda não existe um registro homogêneo que possibilite a avaliação das ações desenvolvidas. Dentre as principais dificuldades encontradas está a aceitação por parte das famílias na realização das ações e a falta de tempo dos profissionais para desenvolvê-la completamente.

Acredita-se que as mudanças, principalmente nos modos de produzir saúde, iniciam na formação dos profissionais e na relação destes com a comunidade, por meio de ações de promoção da saúde, de forma integral e humana e seguindo os preceitos do SUS. Disto, observa-se que a equipe está disposta em fazer a sua parte na mudança para a melhoria das ações realizadas e, conseqüentemente, da qualidade de vida deste público, assim como de melhores condições de saúde. Diante deste contexto e percebendo a necessidade de atividades mais amplas e integradas, a ação a ser desenvolvida pela equipe dar-se-á nesse ciclo de vida.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Este estudo tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses residentes na área de abrangência da ESF São Francisco.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos que se pretendem alcançar são:

- a) Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança;
- b) Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
- c) Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

- d) Melhorar registros das informações;
- e) Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- f) Promover a saúde.

### 2.2.3 Metas

Para a realização da intervenção, levantaram-se as seguintes metas:

- a) Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%;
- b) Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;
- c) Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência;
- d) Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade;
- e) Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais;
- f) Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;
- g) Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas;
- h) Monitorar o crescimento em 100% das crianças;
- i) Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;
- j) Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;
- k) Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;
- l) Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;
- m) Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças com idade entre 6 e 18 meses acompanhadas;
- n) Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;

o) Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde;

p) Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática;

q) Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço;

r) Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

s) Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

t) Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

u) Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

v) Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde;

w) Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde;

x) Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde;

y) Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3 Metodologia**

A intervenção foi realizada com crianças com idade entre 0 e 72 meses, moradoras na área de abrangência da ESF São Francisco. A

metodologia da intervenção será apresentada em 3 itens: detalhamento das ações, indicadores e logística.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

O detalhamento das ações é composto por objetivos, categoria (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação na prática clínica), ação, descrição, local, duração e profissionais envolvidos e está apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Detalhamento das ações realizadas na intervenção na saúde das crianças de 0 a 72 meses da UBS São Francisco do município de Chopinzinho/PR

FOCO: Saúde da Criança						
Objetivo	Categoria	Ação	Descrição	Local	Duração	Profissionais envolvidos
Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança	Monitoramento e Avaliação	Monitorar o número de crianças cadastradas no Programa	Acompanhar quinzenalmente as informações das crianças cadastradas no programa.	Consultório de enfermagem	Outubro 2013/fevereiro 2014	Enfermagem, odontologia e ACS
	Engajamento Público	Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais seus benefícios.	Realizar sala de espera (palestra) diariamente sobre o acompanhamento de puericultura e sua importância, além de orientações durante as consultas e as visitas domiciliares.	Sala de espera / consultório médico, de enfermagem, odontologia e residência.	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe
	Organização e Gestão do Serviço	Cadastramento das crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.	Realizar o cadastramento de todas as crianças com idade entre 0 e 72 meses que comparecerem na UBS ou durante a visita domiciliar;	Sala de espera, consultório de enfermagem e residência.	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermagem e ACS
	Qualificação da Prática Clínica	Capacitação da equipe.	Realizar a capacitação dos membros da equipe em uma tarde sobre o protocolo de crescimento e desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde e sobre as ações a serem desenvolvidas.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe

Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança	Monitoramento e Avaliação	Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas e realizar busca ativa dos faltosos	Acompanhar quinzenalmente as crianças consultadas e o agendamento das próximas, realizando busca ativa dos faltosos.	Consultório médico, de enfermagem e de odontologia	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe
	Engajamento Público	Informar a comunidade sobre a importância do acompanhamento e realizar escuta ativa da mesma para propostas de melhorias;	Realizar sala de espera (palestra) diariamente sobre o acompanhamento de puericultura e sua importância, além de orientações durante as consultas e as visitas domiciliares; Disponibilizar uma caixa para deixar sugestões / propostas para melhoria do atendimento.	Sala de espera	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermagem e ACS
	Organização e Gestão do Serviço	Organizar agenda e busca ativa dos faltosos	Desenvolver uma agenda para agendamento das consultas de puericultura para médica, enfermeira e odontóloga.	Recepção	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
	Qualificação da Prática Clínica	Treinamento da equipe	Realizar a capacitação dos membros da equipe em uma tarde sobre desenvolvimento e organização da agenda.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
Melhorar a qualidade do atendimento à criança	Monitoramento e Avaliação	Monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil.	Desenvolver uma ficha para coleta dos dados obtidos na puericultura e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.	Consultório médico e de enfermagem	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
	Engajamento Público	Explicar aos pais / responsáveis os dados obtidos na consulta de puericultura e a compreensão sobre o crescimento e desenvolvimento infantil	Explicar durante a consulta sobre os principais pontos de avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança e orientá-los sobre o acompanhamento conforme o calendário do Ministério da Saúde.	Consultório médico e de enfermagem	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médica e ACS
	Organização e Gestão	Garantir os materiais e encaminhamento	Conversar com a coordenadora da atenção básica, setor	Consultório médico, de enfermagem	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe

	do Serviço	s necessários	administrativo e secretário de saúde para disponibilização dos materiais necessários ao atendimento e sobre o agendamento das consultas quando necessários.	m e da odontologia .		
	Qualificação da Prática Clínica	Capacitar a equipe para realizar as medidas necessárias padronizadas e o seu registro na ficha de acompanhamento	Discutir com a equipe sobre os dados necessários a ser avaliado, padronizar as técnicas e orientar quanto ao preenchimento da ficha de acompanhamento.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
Melhorar registros das informações	Monitoramento e Avaliação	Monitorar os registros do acompanhamento da criança na unidade de saúde.	Acompanhar quinzenalmente as informações das crianças cadastradas no programa.	Consultório de enfermagem	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermagem, odontologia e ACS
	Engajamento Público	Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.	Realizar sala de espera sobre a possibilidade de disponibilização dos registros presentes na unidade.	Consultório de enfermagem	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermagem e ACS
	Organização e Gestão do Serviço	Manter atualizadas as fichas A no SIAB e ficha de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e carteira de vacinação.	Atualizar mensalmente as fichas A no SIAB; Repassar os dados avaliados para ficha de crescimento e desenvolvimento infantil e carteira de vacinação espelho.	Consultório de enfermagem	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Enfermagem e ACS
	Qualificação da Prática Clínica	Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.	Realizar a capacitação dos membros da equipe em uma tarde sobre desenvolvimento e organização da ficha de acompanhamento da criança.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência	Monitoramento e Avaliação	Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e seu	Realizar a classificação de risco das crianças acompanhadas e agendamento de consulta conforme	Consultório de enfermagem, médico e odontologia	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe



a		acompanhamento de puericultura em atraso.	calendário de acompanhamento do Ministério da Saúde.	.		
	Engajamento Público	Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.	Realizar sala de espera e roda de conversa nas escolas com os pais e professores sobre fatores de risco para morbidades na infância.	Sala de espera e escolas	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe
	Organização e Gestão do Serviço	Identificar e dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.	Realizar a classificação de risco das crianças e realizar o agendamento da consulta o mais breve possível.	Consultório médico, de enfermagem e de odontologia	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe
	Qualificação da Prática Clínica	Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.	Realizar a capacitação dos membros da equipe em uma tarde sobre os fatores de risco para morbi/mortalidade infantil.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
Promover a saúde	Monitoramento e Avaliação	Monitorar o registro das informações sobre ações relacionadas à promoção da saúde infantil.	Registrar através da assinatura dos pais / responsáveis / crianças sobre as orientações recebidas.	Sala de espera, consultório médico, de enfermagem e de odontologia e nas dependências da escola.	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe.
	Engajamento Público	Orientar a comunidade, pais e criança sobre as informações relacionadas à promoção da saúde.	Orientar a comunidade, pais e crianças sobre acidentes na infância, alimentação saudável e saúde bucal em sala de espera nos dias de puericultura, nas escolas nas reuniões com os pais e nos consultórios quando realizado a consulta.	Sala de espera, consultório médico, de enfermagem e de odontologia e nas dependências da escola.	Outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Todos os profissionais da equipe.
	Organização e Gestão do Serviço	Definir o papel de cada profissional nas orientações relacionadas à promoção da saúde.	Determinar quais orientações serão realizadas por cada profissional de saúde.	Nas dependências da UBS Central.	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe
	Qualificação da Prática	Capacitar a equipe sobre as orientações	Realizar a capacitação dos membros da equipe	Nas dependências da UBS	Outubro de 2013	Todos os profissionais da equipe

	Clínica	fornecidas	em uma tarde sobre as orientações propostas pelo Ministério da Saúde sobre os diferentes temas abordados.	Central.		
--	---------	------------	---	----------	--	--

### 2.3.2 Indicadores

No quadro 2 é apresentado os indicadores de cobertura, de qualidade, de registro, de adesão e promoção da saúde da intervenção proposta em saúde das crianças de 0 a 72 meses da UBS São Francisco, do município de Chopinzinho/PR

Quadro 2 - Indicadores da intervenção em saúde das crianças de 0 a 72 meses da UBS São Francisco, do município de Chopinzinho/PR

<b>META</b>	<b>INDICADOR (numerador / denominador)</b>
Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%	Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde / Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas	Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência	Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal / Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde
Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade	Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada / 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
Ampliar cobertura de primeira	Número de crianças de 6 a 72 meses de idade

consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais	classificadas como alto risco, moradores da área de abrangência, que realizou primeira consulta odontológica / Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco, moradores da área de abrangência
Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas	Número de crianças buscadas / Número de crianças faltosas ao programa
Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas	Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica / Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica
Monitorar o crescimento em 100% das crianças	Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Monitorar 100% das crianças com déficit de peso	Número de crianças com déficit de peso monitorado pela equipe de saúde / Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso
Monitorar 100% das crianças com excesso de peso	Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde / Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso
Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças	Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade	Número de crianças com vacinas em dia para a idade / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças acompanhadas	Número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro / Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida	Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das	Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção

crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde	com escovação supervisionada com creme dental / Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde
Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática	Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído / Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática
Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço	Número de fichas- espelho com registro adequado / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa	Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança	Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta	Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças	Registro de orientação nutricional / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde	Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie / Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde
Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde	Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie / Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde
Orientar sobre hábitos de sucção	Número de responsáveis das crianças de 0 a 72

nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde	meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias / Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde
Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde	Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais / Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança na UBS São Francisco, no município de Chopinzinho/PR adotou-se o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde, 2012 (BRASIL, 2012a).

Para a coleta das informações, desenvolveu-se um espelho da caderneta de vacinação e uma ficha espelho com dados referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil e informações necessárias relacionadas a saúde e bem estar da criança (ANEXO A). Para desenvolvimento das fichas de coleta de dados, conversou-se com o Secretário de Saúde, o qual incentivou o desenvolvimento dos mesmos, bem como a realização das atividades propostas. Para o acompanhamento mensal das informações, serão utilizados o prontuário médico e odontológico eletrônico e impresso e as fichas espelho.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o prontuário eletrônico e as fichas de registro de atendimento médico e de enfermagem, identificando todas as crianças que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destas gestantes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, falta de dados e situação vacinal.

Para a viabilidade da ação, serão necessários alguns instrumentos: fita métrica, balança pediátrica e adulta, termômetro, relógio, mesa, caneta, lápis, borracha e pasta AZ, sendo que todos estão disponíveis nas UBS. Para atender a esta demanda, serão agendadas cinco crianças por semana para puericultura, a qual será desenvolvida pela médica e enfermeira e neste mesmo momento, a criança será encaminhada para atendimento odontológico. O agendamento será realizado pelos ACS ou pela própria equipe, quando a família comparecer para consulta por qualquer outro motivo.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já estão sendo discutidos com a equipe da UBS. Logo após, a intervenção será iniciada com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na UBS central, momento em que estarão presentes todos os membros da equipe. Para isto, será reservada uma tarde do expediente, no dia do mês tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, assim como desenvolverá uma agenda de atendimento.

O acolhimento na UBS será realizado pela equipe, sendo que a primeira profissional será o ACS, o qual chega e organiza a UBS até que a chegada da equipe à UBS rural. De acordo com o agendamento, o ACS encaminhará a criança para o atendimento pré-estabelecido, sendo que crianças com situações de risco terão prioridade de agendamento. Quando necessário, será realizado o atendimento no mesmo dia em que a família procure a UBS. Quando esta criança tiver idade entre 0 e 18 meses, a mesma terá sua próxima consulta agendada. As demais, quando não for necessário o retorno próximo devido a alguma situação de saúde, será anotado o mês de realização do atendimento para agendamento próximo a data de completar um ano do acompanhamento.

Para sensibilizar a comunidade a participar destes atendimentos, serão realizadas salas de espera pela enfermeira e ACS, explicando o objetivo deste atendimento e sua importância e palestra aos pais nas reuniões de escola.







### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

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

No decorrer de desenvolvimento do projeto de intervenção, foram desenvolvidas atividades que contemplaram ações de cobertura, qualidade, adesão, registro avaliação de risco e de promoção à saúde e prevenção de doenças/ agravos.

Dentre as atividades que foram propostas e conseguiu-se desenvolver, destaca-se:

a) Ampliação do atendimento em saúde da criança: realizou-se o levantamento pela enfermeira e ACS do total de crianças residentes na área de abrangência da UBS através dos dados obtidos das fichas A (cadastramento das famílias pelos ACS) e pelos dados obtidos no Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB), e iniciou-se o cadastramento e atendimento das mesmas no Programa de Saúde da Criança, através do atendimento individual na UBS e nas visitas domiciliares pela equipe.

b) Melhora na adesão ao Programa Saúde da Criança: realizado na sala de espera antes de iniciar o atendimento à população para orientação da comunidade sobre a realização das atividades em saúde da criança pela enfermeira, assim como, orientação domiciliar e individual sobre a importância do acompanhamento da criança na puericultura e a sua realização pelos profissionais da equipe de saúde pelos ACS. Desenvolvemos a agenda, inicialmente pela enfermeira, odontóloga e ACS, e após a entrada da médica na equipe, adequamo-la para seu atendimento, para acompanhamento das crianças conforme orientações do Ministério da Saúde. Essa agenda é composta por 9 consultas até 12 meses (nos primeiros 5 dias de vida, no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º e 12º mês), duas consultas até os 24 meses (18 e 24 meses) e anualmente até o sexto ano. Nela, foi organizado as consultas de puericultura pela idade ou com maior frequência quando necessário. Foi também realizado o cadastro no Programa Saúde na Escola pela Secretaria de Saúde, na escola da comunidade de São Luiz, que apresenta alunos com idades entre 3 e 14

anos (pré-escola e ensino fundamental), com a participação mínima de 44 crianças, sendo as atividades realizadas a quaisquer alunos ali matriculados.

c) Melhora na qualidade de atendimento à criança: Realizou-se a avaliação do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças que compareceram na UBS durante o período ou que a equipe realizou visita domiciliar, além da avaliação das condições sociais, econômicas e suporte comunitário. Essa atividade foi desenvolvida pela equipe e se baseou na classificação de risco da criança, a qual segue modelo próximo ao da classificação de risco da gestante, desenvolvido pela Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (APSUS), que está sendo desenvolvido no Estado do Paraná.

d) Melhora no registro das informações: Realizou-se o registro do acompanhamento das crianças em formulário próprio e na caderneta de saúde da criança, além da orientação dos pais sobre os resultados obtidos.

e) Mapeamento das crianças de risco: Realizou-se a classificação de risco das crianças, sendo acompanhadas com maior frequência as com alterações no crescimento ou desenvolvimento ou que apresentavam risco social / econômico, através do agendamento da próxima consulta e/ou visita domiciliar e acompanhamento com maior frequência pelo ACS.

f) Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos / doenças: foram desenvolvidas ações as crianças em uma das escolas pertencentes à área de abrangência da UBS nos seguintes aspectos: avaliação da carteira vacinal com a aplicação de vacinas em atraso; avaliação da acuidade visual com encaminhamento das alterações visuais à oftalmologia; avaliação dos dados antropométricos, com posterior encaminhamento de alterações antropométricas à nutricionista e orientação pela mesma aos pais na escola; orientação individual e coletiva aos pais e crianças quanto alimentação, atividade física e prevenção de acidentes na infância. Das 13 crianças que estudam na escola / creche, uma criança se encontra acima do peso, uma apresentou dificuldade visual com o olho esquerdo e uma estava com a vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP) atrasada (já havia completado 4 anos e ainda não havia sido vacinado).

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas**

No desenvolver do projeto, apesar de toda uma programação realizada anteriormente, encontrei algumas dificuldades quanto:

a) Falta do profissional médico fixo por cerca de 10 semanas de intervenção, que gerava nas famílias uma possibilidade de avaliação / acompanhamento incompleta de seus filhos, visto que era feita somente pela enfermagem. As famílias sentem-se mais seguras quando se intercala uma consulta médica e uma de enfermagem, até porque no surgimento de uma dúvida, os dois profissionais estão ali para se ajudar.

b) A compreensão e motivação de todos os profissionais da equipe na implantação e implementação do programa, pois no dia-a-dia realiza-se a implantação de programas, mas nem sempre eles surtem o efeito esperado, e alguns, com a mudança dos profissionais na equipe, não são dados continuidade, perdendo-se no transcorrer de seu desenvolvimento.

c) A rotina do Município do encaminhamento das crianças para atendimento com o pediatra, inclusive a puericultura, o qual era realizado há muitos anos, fazendo com que as famílias preferissem tal atendimento;

d) O espaço físico de algumas unidades de saúde rurais não possuem equipamentos apropriados/suficientes, assim como espaço físico / atendimento reservado, já que a sala de atendimento de enfermagem é a mesma da troca de curativo, administração de medicamento, realização de procedimentos em geral, o que algumas vezes precisava ser interrompido o atendimento para realização de alguma outra atividade que necessitava um atendimento prioritário;

e) Pensava-se também que no atendimento às crianças, haveria uma troca de acompanhamento entre enfermagem / médico e odontologia, porém nem sempre era possível. Parte das crianças que foram acompanhadas foi devido à procura da família pelo atendimento médico por algum problema de saúde, e as mesmas não entendiam a necessidade de tal atendimento ou referiam voltar em outro dia e não o fizeram. Ainda, houve alguns casos que a

equipe saía fazer visitas domiciliares e a equipe odontológica realizava o atendimento, e as crianças não retornavam para o nosso acompanhamento.

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

Quanto às dificuldades frente à avaliação dos resultados, encontramos:

a) Na coleta de dados, nem sempre conseguíamos fechar o acompanhamento no momento do atendimento, pois a família não apresentava todas as informações para preenchimento da folha de acompanhamento propostas no programa (falta da carteira de saúde da criança, da carteira de vacinação e algumas famílias que cuidam dos filhos das irmãs ou filhas que não possuíam os documentos das crianças), ou pela demanda de usuários aguardando atendimento.

b) A dificuldade na interpretação de alguns dados coletados, no cálculo dos indicadores, principalmente da odontologia, que não está diretamente relacionado aos do acompanhamento médico / de enfermagem que são mais familiares pela minha formação;

c) O seguimento do cronograma desenvolvido, por não conseguir realizar sempre o atendimento planejado, como por exemplo, quando houve um surto de vômito e diarreia iniciado pelas crianças e disseminado aos adultos, que deteve a atenção da equipe neste problema; pelo não cumprimento das atividades coletivas nas duas escolas que a UBS acompanha, talvez também pela própria organização da equipe.

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

Até então, poucas eram as atividades desenvolvidas em saúde da criança, assim como sua anotação e quando realizadas, não era de forma uniforme, com seguimento de protocolos e organizadas.

Após as 16 semanas de desenvolvimento do projeto, observamos que foi possível a realização de várias ações propostas, assim como a visibilidade

de algumas mudanças propostas pela equipe para melhorar a saúde tanto da família quanto da comunidade escolar.

Hoje, depois das semanas propostas pelo projeto, conseguimos continuar o desenvolvimento das atividades, com a rotina de consultas de puericultura, a aceitação de várias famílias no acompanhamento dos filhos pela equipe, a avaliação das crianças que estudam na outra escola pertencente à área de abrangência da UBS e a observação pela equipe de resultados positivos após acompanhamento. Como, por exemplo, o seguimento de orientações que foram propostas pela equipe, a procura pelos pais para reagendar próximo acompanhamento, a confiança no trabalho realizado e a detecção de alterações que poderiam vir a desenvolver problemas de saúde no decorrer do desenvolvimento das crianças.

No momento, o Município está com a construção de novas Unidades de Saúde nas áreas rurais, das quais, duas pertencem à minha área de atendimento. Com isso, esperamos poder prestar um atendimento com maior privacidade e melhor estruturada para a realização das avaliações, assim como maior motivação por parte dos profissionais, pela presença dos equipamentos e área física adequada para atendimento.

Vejo que ainda precisamos melhorar algumas ações / programas na nossa equipe, e que, através de uma análise situacional, estudo da situação local, programação de implementação, disseminação da informação e força de vontade, consigamos melhorar os demais que ainda estão frágeis.

## 4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 RESULTADOS

A população-alvo sujeita a essa intervenção foi composta por 84 crianças com idade entre 0 e 72 meses, residentes na área de abrangência da ESF São Francisco, no município de Chopinzinho. Com base nos dados da população geral, de 1446 habitantes, estima-se que 7% da população dessa localidade sejam constituídas de crianças de 0 a 72 meses. Assim, o número estimado de crianças de 0 a 72 meses é de 101 crianças. A seguir apresentam-se os resultados que foram levantados nessa intervenção que teve a duração de 4 meses, iniciado na semana do dia 1º de outubro até a última semana de novembro e reiniciado na primeira semana de fevereiro e finalizando no dia 21 de março de 2014. O objetivo geral melhorar a atenção à saúde da criança foi dividido em 6 objetivos específicos.

Para o primeiro objetivo específico ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança foram propostas 5 metas e seus respectivos indicadores:

#### **1) Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%.**

Para tanto, obteve-se o indicador de cobertura calculado pela razão entre o número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde e o número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde:

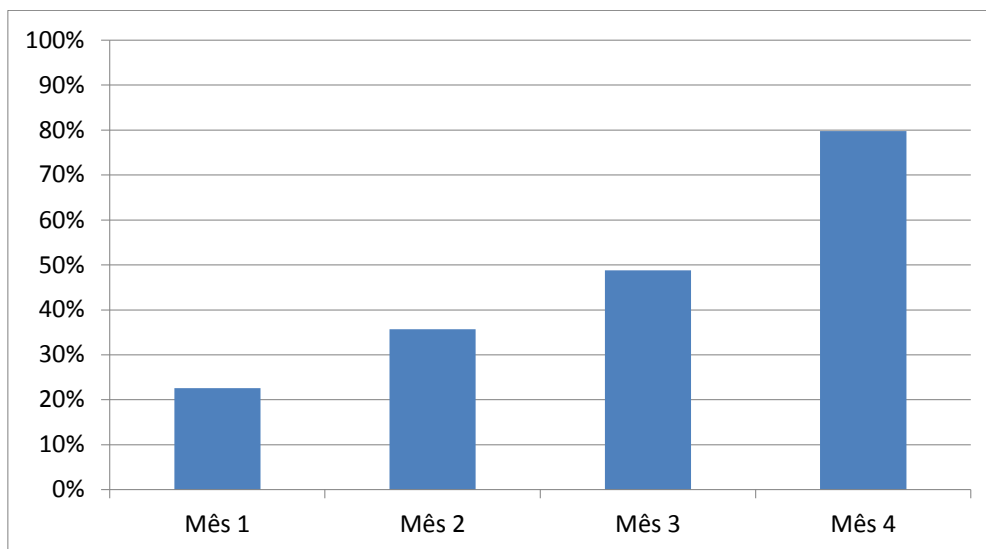


Figura 1 – Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa saúde da criança na unidade de saúde

Na Figura 1 é apresentada a proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. No primeiro mês foram atendidas 19 crianças (22,6%), no segundo mês 30 (35,7%), no terceiro mês 41 (48,8%) e no quarto 67 crianças (79,8%). Os motivos de não atingirmos a totalidade das avaliações foram: nem todas as famílias compareceram à UBS para avaliação de seus filhos, principalmente as crianças com mais de dois anos, pois os pais entendem que os maiores cuidados quanto ao crescimento e desenvolvimento dos filhos terminam nas primeiras vacinas (1 ano e 6 meses); a percepção dos pais de que não se faz mais necessária essa avaliação, pela própria cultura local; a rotina de acompanhamento até o momento era com o pediatra; a falta do profissional médico na UBS por um período superior a metade do período de intervenção, diminuindo a procura dos pais no acompanhamento; a necessidade da continuidade do atendimento às crianças com rotina mensal (zero e seis meses) e trimestral (seis a 12 meses), não realizando somente uma avaliação; a continuidade dos atendimentos da unidade, com as mudanças que estavam ocorrendo no atendimento dos outros grupos etários/ situações de saúde (como exemplo a iniciação dos atendimentos segundo protocolo para usuários hipertensos/diabéticos).

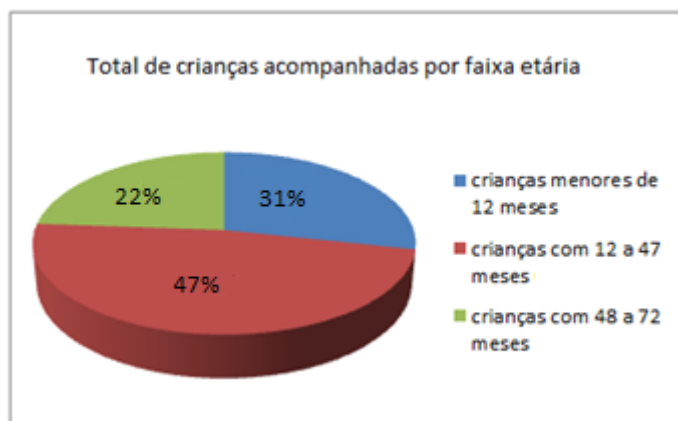


Figura 2 – Total de crianças acompanhadas por faixa etária

Do total de crianças acompanhadas na intervenção (67), 40 são do sexo feminino (60%) e 27 do sexo masculino (40%). A figura 2 ilustra a distribuição percentual dessas crianças por faixa etária, sendo 21 menores de 1 ano, 31 com idade entre 12 e 47 meses e 15 maiores de 47 meses. Analisando o número de crianças que residem na nossa área de abrangência (22 menores de 1 ano, 35 com idade entre 12 e 47 meses e 27 maiores de 47 meses), observa-se que houve um menor número de atendimento das crianças que apresentam idade entre 48 a 72 meses, talvez justamente pelas famílias não compreenderem ainda a importância da continuidade da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil após determinada idade, geralmente após conclusão do esquema vacinal básico.

## **2) Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.**

Como indicador de qualidade, calculou-se o número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida, dividido pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde:



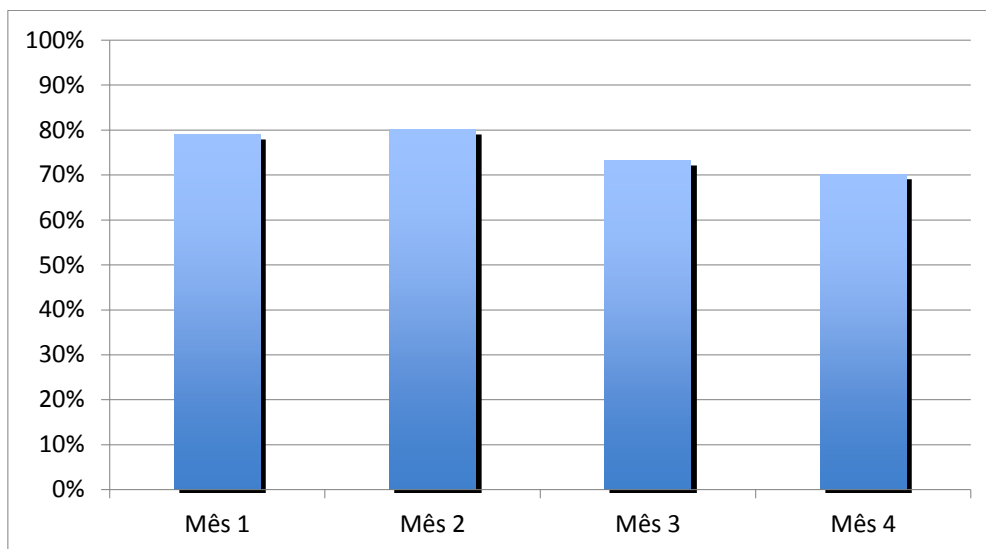


Figura 3 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Na figura 3 é descrito a proporção de crianças com realização da primeira consulta na primeira semana de vida. Observa-se que no primeiro mês, 15 das 19 crianças acompanhadas haviam realizado a consulta (78,9%), no segundo mês, 24 das 30 crianças (80%), no terceiro mês 30 das 41 crianças (73,2%) e no último mês 47 das 67 crianças (70,1%). Analisando os dados, verificou-se que das crianças que não foram acompanhadas nesse intervalo de tempo foi devido aos seguintes motivos: por terem nascido em outro Município em que não havia esse acompanhamento; por receberem alta hospitalar após a primeira semana de vida da criança ou por terem nascido antes de 2012, período que ainda não era realizado o atendimento a criança na primeira semana de vida como protocolo.

O Município de Chopinzinho apresenta desde 2012 a proposta de realização da primeira consulta de puericultura e puerperal nos primeiros cinco dias pós-parto. A partir de então, aumentou-se exponencialmente o número de crianças e mães acompanhadas logo após o parto.

**3) Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.**

Para calcular o indicador de cobertura, dividiu-se o número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal pelo número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores das escolas foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde:

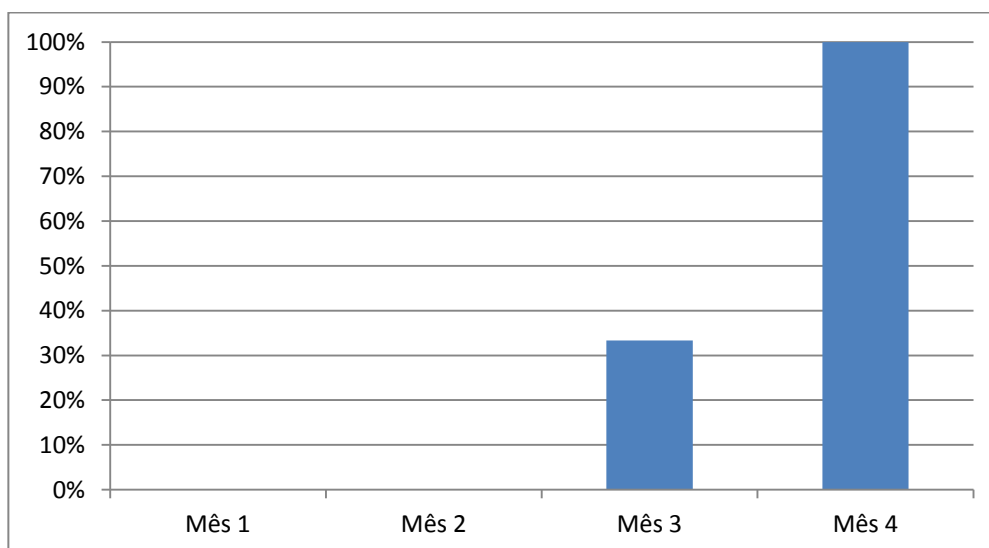


Figura 4 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes da ação coletiva de exame bucal

A área de abrangência que a equipe atua possui duas escolas, sendo que neste período de 16 semanas de intervenção, a equipe conseguiu realizar as atividades somente em uma das escolas, localizada na comunidade de São Luiz. Justifica-se o fato pela equipe não conseguir seguir o cronograma proposto de intervenção.

O total de crianças com idade estabelecida no projeto de intervenção que participam da creche/escola na comunidade de São Luiz são 13, com idade variando entre 46 e 72 meses. Na comunidade de São Francisco, existem 17 crianças com idade entre 45 e 72 meses, sendo que 4 destas residem na área de atendimento de outra equipe de ESF.

Na figura 4 observa-se que no terceiro mês iniciaram as atividades coletivas em saúde bucal, sendo realizada em uma criança no terceiro mês de intervenção e nas outras 12 crianças no quarto mês, totalizando 100% de ação coletiva na comunidade de São Luiz no quarto mês de acompanhamento.

#### 4) Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Para tanto, obteve-se o indicador de cobertura pelo cálculo da razão entre o número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada e o 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.

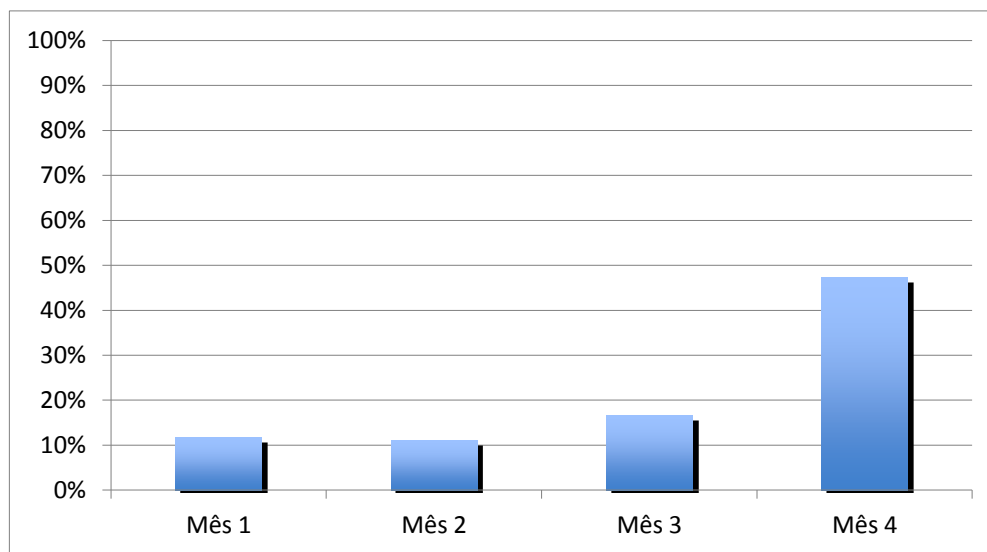


Figura 5 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Na figura 5, observa-se que no primeiro mês foi realizado 2 consultas odontológicas (11,8%), no segundo mês, 3 (11,1%), no terceiro mês, 6 (16,7), finalizando com 26 crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática no final do quarto mês, correspondendo a 47,3%, em relação às 55 crianças residentes na área de abrangência que realizaram atendimento odontológico.

Essa faixa etária de crianças (0 a 72 meses) anteriormente ao desenvolvimento do projeto, somente era atendida pela procura da família ao atendimento. Após o início das atividades, houve um encaminhamento das crianças para a odontologia e o esclarecimento da necessidade deste acompanhamento ainda quando novos, mesmo sem haver a percepção das famílias para este acompanhamento. Apesar da equipe não possuir anteriormente um registro específico das crianças que eram atendidas nesta

faixa etária, é notável o aumento da procura dessas famílias no acompanhamento. Com o projeto de intervenção, percebemos que a equipe não havia observado esta falha de atendimento a esta população anteriormente ao desenvolvimento do projeto e que a comunidade também ainda não tem a percepção que a prevenção inicia-se ainda quando crianças.

##### **5) Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.**

Como indicador de cobertura calculou-se a razão entre o número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica e o número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência.

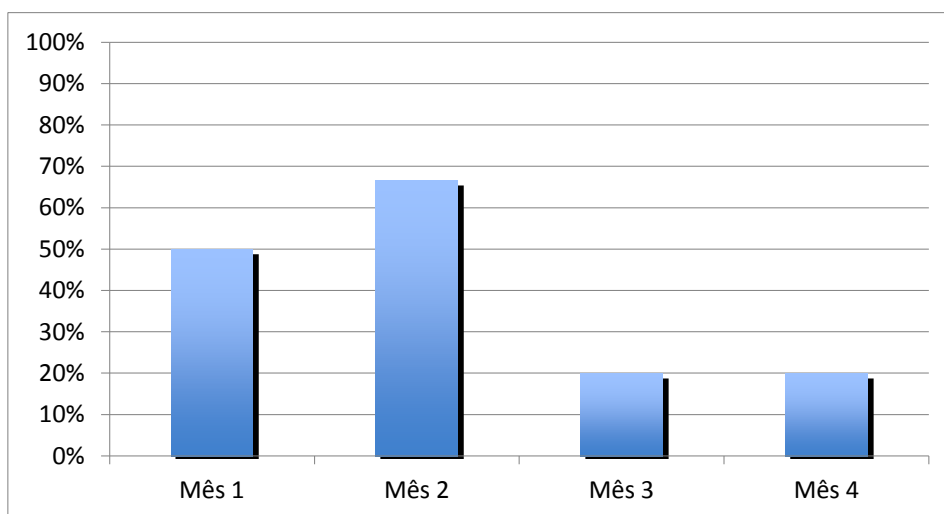


Figura 6 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco em saúde bucal

Na figura 6 encontra-se ilustrada a proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco em saúde bucal. No primeiro mês, das duas crianças atendidas, uma foi classificada como alto risco (50%); no segundo mês, duas das três crianças eram de alto risco (66,7%); no terceiro mês, uma das cinco crianças (20%) e no último mês, cinco das 25 crianças (20%) foram classificadas como alto risco em saúde bucal. Dentre as crianças

classificadas como alto risco, duas encontram-se com idade entre 12 e 13 meses e 3 com idade entre 47 e 69 meses. Foi utilizado como critério de alto risco a criança que possuísse 3 ou mais cáries e/ou outros problemas odontológicos mais críticos, como, por exemplo, necessidade de tratamento de canal já nesta idade; dificuldade de compreensão, envolvimento e realização das ações dos pais no cuidado em saúde bucal dos filhos, o que leva a continuidade de desenvolvimento de problemas bucais.

Após discussão com a odontóloga, chegamos à conclusão que muitas famílias ainda não possuem a compreensão sobre a importância da higiene bucal. Muitas mães que trazem seus filhos para as consultas, e que ainda são jovens, já fazem uso de prótese. Esse resultado leva a pensar que talvez essa orientação de cuidado com a saúde bucal para elas próprias ainda não foi efetivamente incorporada. Destaca-se que houve uma diminuição de uma criança entre o segundo e o terceiro mês de avaliação, sendo ela retirada pelo cuidado que a família teve com a saúde bucal após tratamento e orientação.

O 2º objetivo específico da intervenção foi melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, apresentaram 2 metas e seus respectivos indicadores:

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

O cálculo foi realizado através do indicador de adesão obtido pela divisão do número de crianças buscadas pelo número de crianças faltosas ao programa.

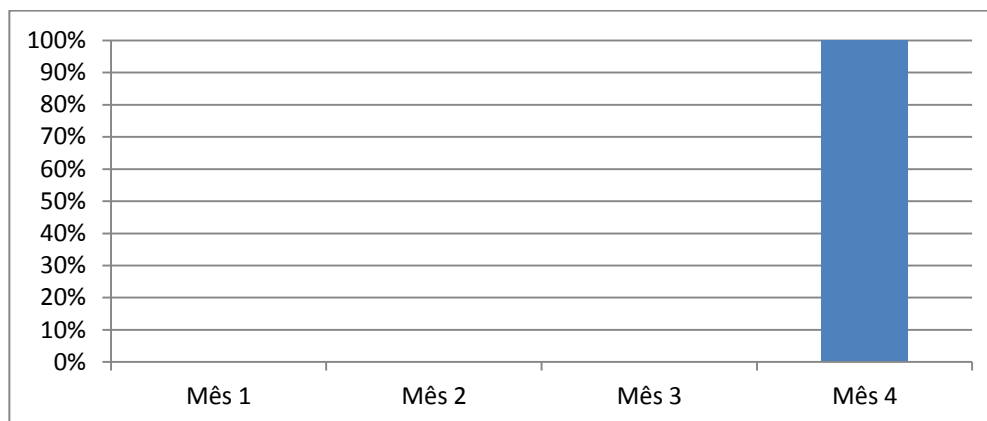


Figura 7 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa saúde da criança

Na figura 7 é mostrado a proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa saúde da criança. Durante os 4 meses de intervenção, somente no último mês houveram duas crianças faltosas às consultas de puericultura agendadas. Para ambas foi realizada busca ativa pela ACS e remarcada as consultas, com o comparecimento das mesmas após novo agendamento. Uma das mães relatou que não trouxe sua filha no dia de atendimento visto que ela estava com medo da dentista, mas após conversa ela aceitou o atendimento.

## **2) Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.**

Calculou-se o indicador de adesão por meio da razão entre o número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica e o número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica

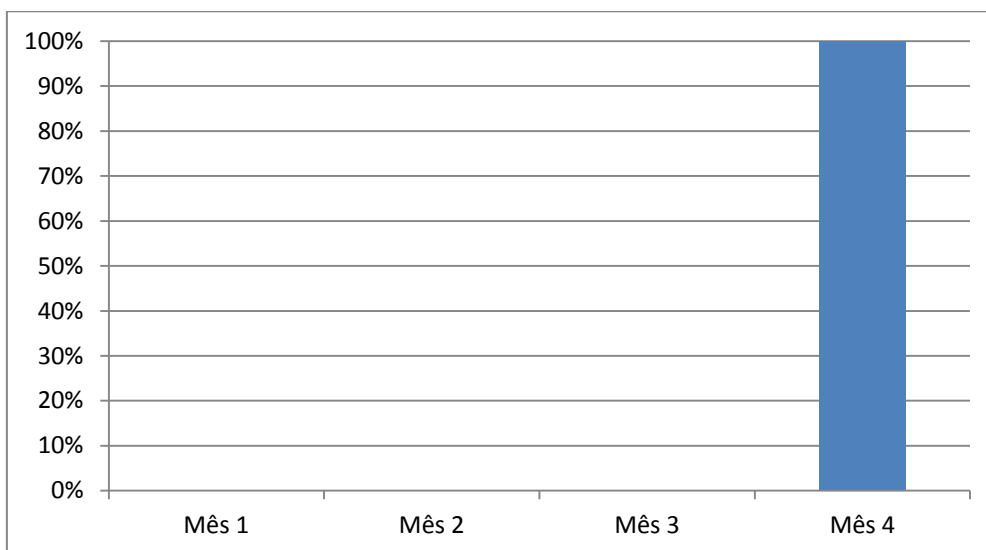


Figura 8 – Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas

Conforme observado na figura 8, verifica-se que no transcorrer dos quatro meses de intervenção, duas crianças faltaram à consulta odontológica

agendadas, ambas no quarto mês de intervenção, as quais foram reagendadas e avisadas pelas ACS's. Das duas crianças faltosas às consultas agendadas, uma família relatou a sua falta devido ao ônibus que atende a comunidade não ter passado devido as fortes chuvas e a outra criança pelo esquecimento da data agendada pela mãe.

O 3º objetivo específico foi melhorar a qualidade do atendimento à criança, assim foram propostas 9 metas e seus respectivos indicadores:

### 1) Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador de qualidade: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

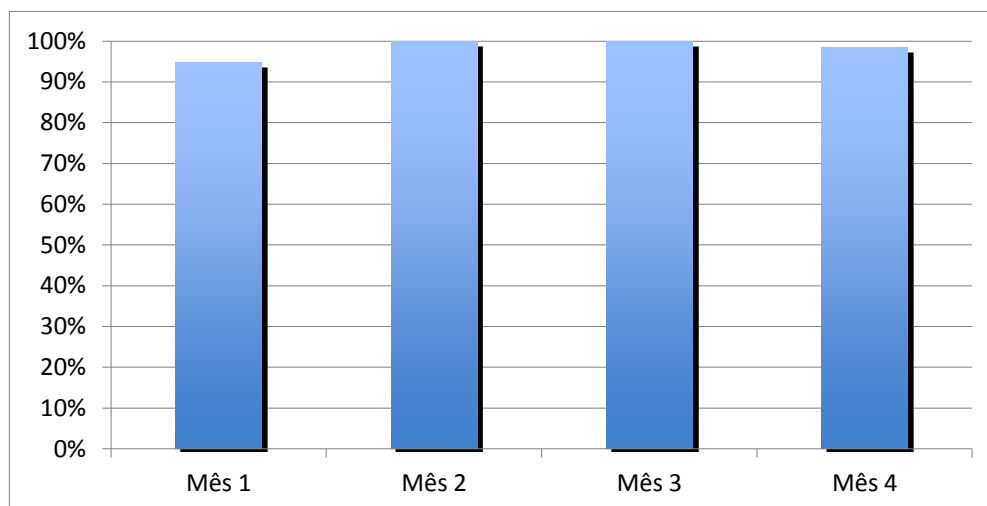


Figura 9 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Analisando a figura 9, verifica-se que todas as crianças que passaram por atendimento médico ou de enfermagem foram avaliadas quanto o crescimento, exceto nos meses 1 e 4. No primeiro mês, 18 crianças (94,7%), no segundo mês, 30 crianças (100%), no terceiro mês 41 crianças (100%) e no quarto mês, 66 crianças (98,5%). Tanto no primeiro quanto no quarto mês de intervenção, na semana final de fechamento da avaliação da intervenção, uma das crianças havia sido atendida somente pela odontóloga, motivo pelo qual

não houve uma avaliação médica / de enfermagem em 100% das crianças neste período.

## 2) Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Para avaliar a meta, utilizou-se o indicador de qualidade calculado pela razão entre o número de crianças com déficit de peso monitorado pela equipe de saúde e o número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

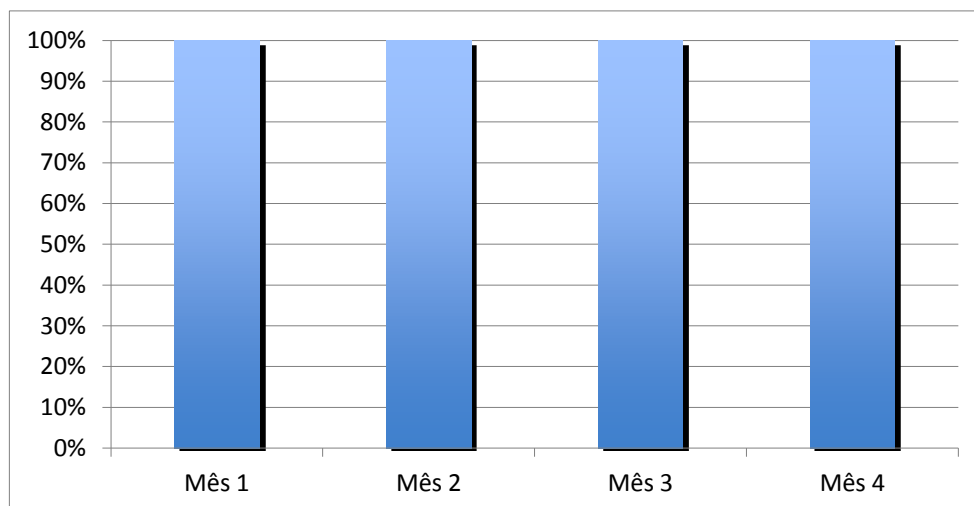


Figura 10 – Proporção de crianças com déficit de peso monitorado

Na figura 10 é apresentada a proporção de crianças com déficit de peso monitorado. Das 66 crianças acompanhadas e avaliadas quanto ao crescimento, no 1º mês uma criança apresentou déficit de peso, correspondendo a 5,5% das crianças acompanhadas, no 2º mês continuamos com uma criança, totalizando 3,3%, no 3º mês também uma criança, 2,4% e no 4º mês de acompanhamento, duas crianças estavam com déficit de peso, correspondendo a 1,5% das crianças avaliadas. Destas, 100% foram acompanhadas pela equipe de saúde. Ambas as crianças com déficit de peso apresentam problemas familiares, econômicos e sociais.

Do déficit de peso observado, ambas se encontravam no percentil 3. A equipe tem acompanhado semanalmente e/ou quinzenalmente as famílias, com orientações quanto aos cuidados, além de entrar em contato com a assistência social no auxílio dos casos.

## 3) Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.



Indicador de qualidade: Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde /Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

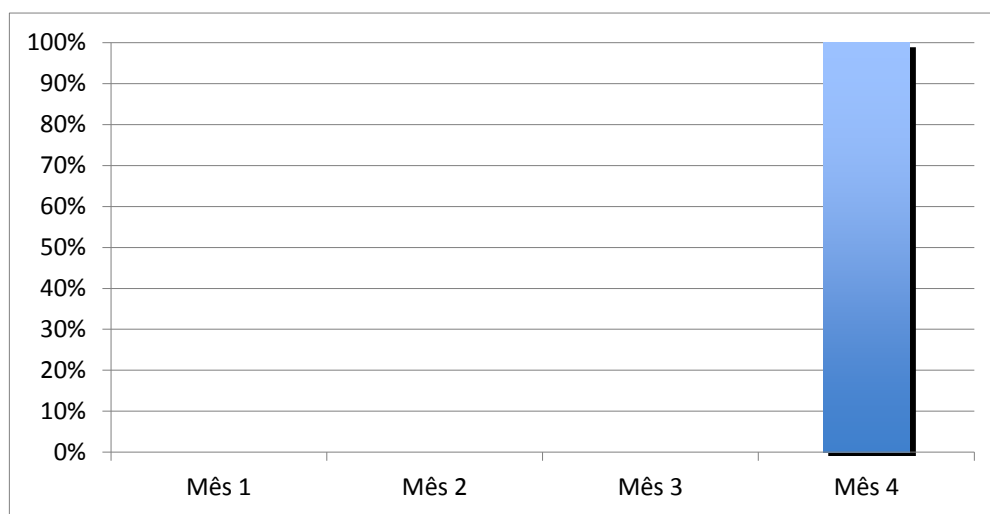


Figura 11 – Proporção de crianças com excesso de peso monitorado

Na figura 11 é exposta a proporção de crianças com excesso de peso monitorado. No primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, foram acompanhadas 18, 30 e 41 crianças respectivamente, sendo que destas, nenhuma criança apresentou excesso de peso. No quarto mês, duas das 66 crianças estavam com excesso de peso. Dentre as crianças que estavam com o peso aumentado, uma encontra-se em aleitamento materno exclusivo, o que deixa a equipe mais tranquila com essa situação. Já a outra criança, foi realizada orientação à mãe pela equipe, e também, através de um trabalho realizado pelo Programa Saúde na Escola com crianças com alteração do peso. Na escola foi realizada uma atividade de orientação e roda de conversa com a nutricionista do NASF a todas as famílias com filhos com alteração de peso/altura.

#### **4) Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.**

O indicador de qualidade foi calculado pela razão entre o número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

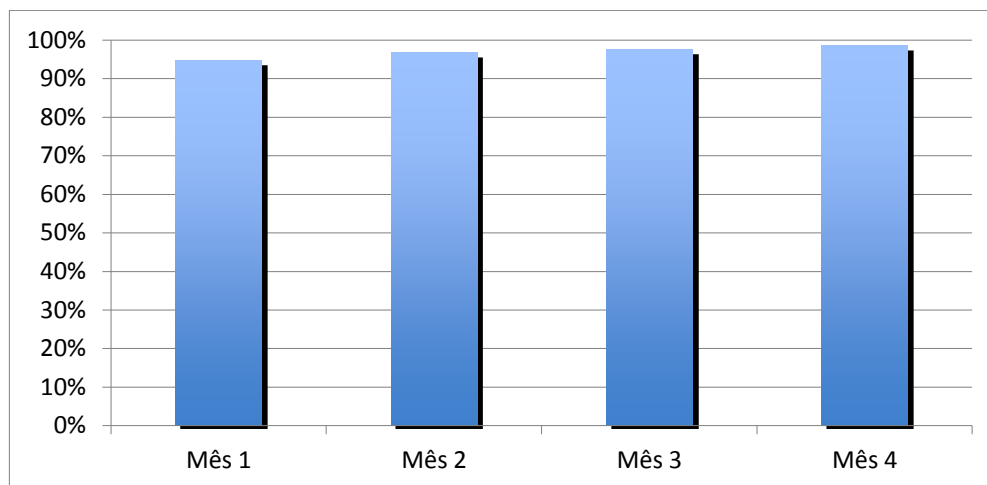


Figura 12 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Na figura 12, apresenta-se a proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. No primeiro mês, 18 crianças foram avaliadas (94,7%), no segundo mês, 29 crianças (96,7%), no terceiro mês, 40 crianças (97,6%) e no quarto mês, 66 crianças (98,5%, que corresponde a 100% das crianças avaliadas pela médica/enfermeira). No primeiro mês, uma das crianças não foi monitorada, pois a mesma passou somente por atendimento odontológico, no segundo e terceiro mês não foi possível terminar a avaliação das crianças por falta de tempo dos profissionais por ser realizada durante a procura da família por problemas de saúde da criança, as quais foram terminadas no decorrer dos próximos dias e no quarto mês também por uma criança ter passado somente pelo atendimento odontológico. Das crianças avaliadas, uma apresenta alteração no desenvolvimento justamente pelo problema de saúde (ataque epilético) que apresentou ainda no nascimento, o qual está sendo acompanhado além da equipe de saúde, pelo médico neurologista.

##### **5) Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.**

Indicador de qualidade: Número de crianças com vacinas em dia para a idade/Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

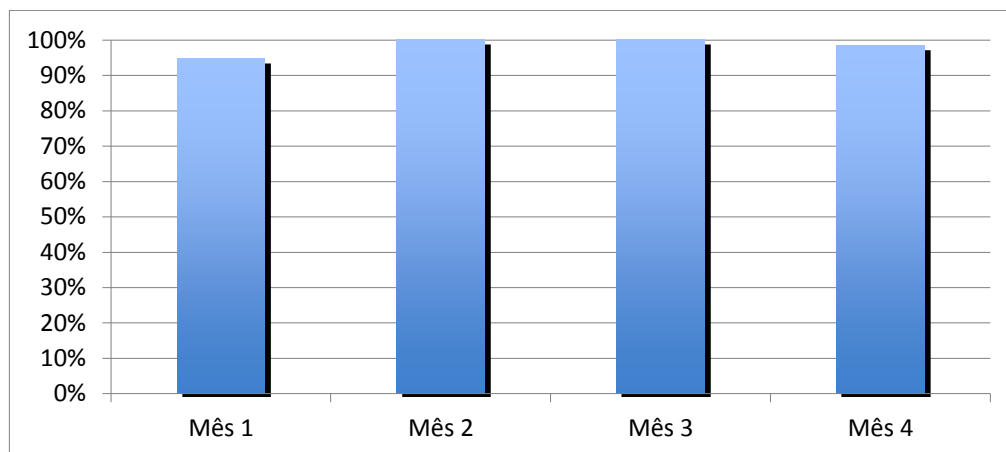


Figura 13 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

A figura 13 traz a proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. No primeiro mês, das 19 crianças, 18 crianças foram avaliadas (94,7%), no segundo mês, 30 crianças (100%), no terceiro mês, 41 crianças (100%) e no quarto mês, 66 crianças (98,5%, que corresponde a 100% das crianças avaliadas pela médica/enfermagem), sendo esta avaliação realizada pela equipe de enfermagem. No primeiro mês de verificação foi detectada uma criança com esquema vacinal atrasado, a qual foi agendada e vacinada. Como a ESF rural não comporta uma geladeira para conservar as vacinas por não ter um controle diário de temperatura, as mesmas são transportadas diariamente através de uma caixa térmica, sendo que para crianças, as vacinas são agendadas para não ter risco de perder vacinas devido à conservação.

#### **6) Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças acompanhadas.**

Para avaliar o indicador de qualidade dividiu-se o número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro pelo número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

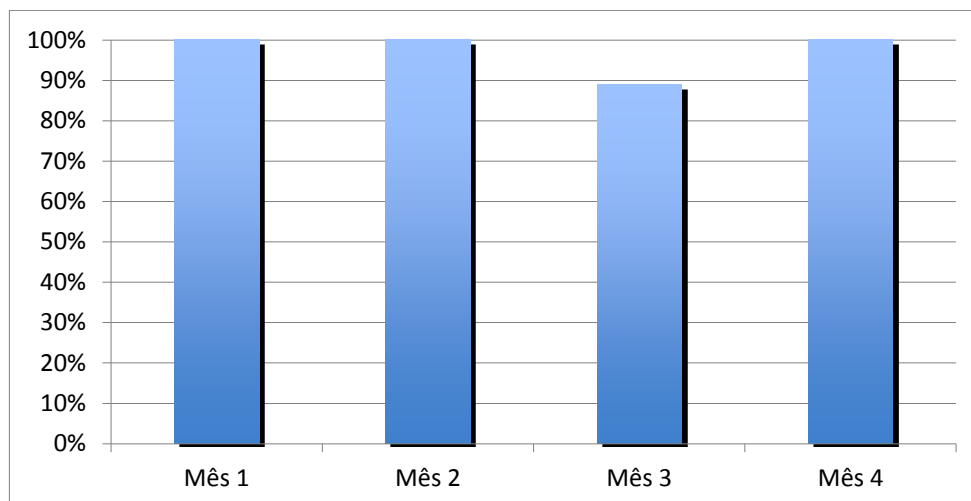


Figura 14 – Proporção de crianças com suplementação de ferro

Na figura 14 apresenta-se a proporção de crianças com suplementação de ferro. No primeiro mês, 7 crianças (100%) receberam a suplementação de ferro, no segundo mês 8 crianças (100%), no terceiro mês também 8 crianças (88,9%) e no quarto mês, 11 crianças (100%). Verificou-se no 3º mês de intervenção, uma das crianças não estava com a prescrição ainda, a qual verificada, foi corrigida. A prescrição tanto da vitamina A + D, quanto do sulfato ferroso é realizada pelo médico pediatra ou pela equipe de saúde. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde desenvolve estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País. Tais estratégias recomendam a suplementação de ferro a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem em período de aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo (abaixo de 37 semanas).

#### **7) Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.**

Como indicador de qualidade dividiu-se o número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

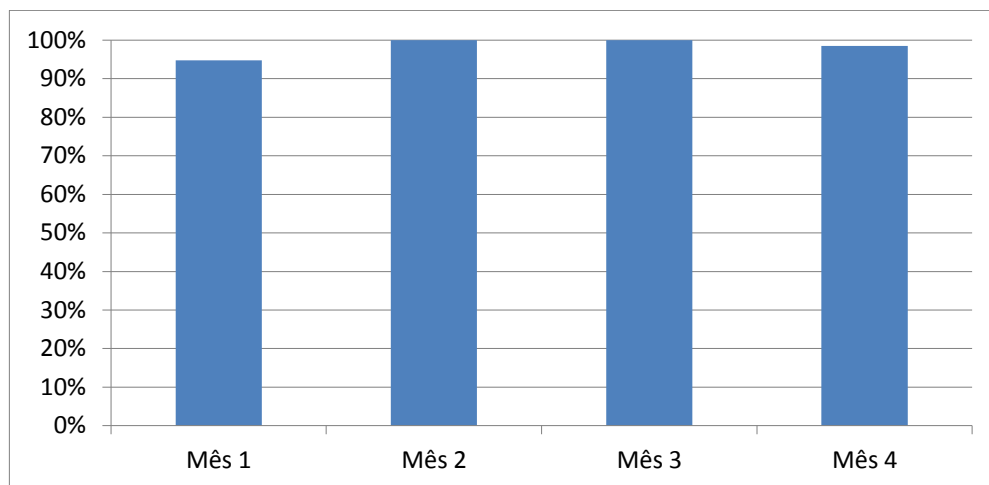


Figura 15 – Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Na figura 15 apresenta-se a proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, avaliada pela enfermeira. No acompanhamento, 18 crianças foram avaliadas no primeiro mês (94,7%, visto que uma das crianças foi avaliada somente pela odontologia), no segundo mês, 30 crianças (100%), no terceiro mês, 41 crianças (100%) e no quarto mês, 66 crianças (98,5%), realizaram o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, correspondendo a 100% das crianças avaliadas pela médica / enfermagem, visto que na última semana de intervenção uma criança passou somente pela avaliação odontológica.

No Município é realizado o primeiro teste do pezinho, ainda na internação hospitalar no pós-parto, sendo, portanto, realizado em 100% das crianças antes do 7º dia. Como no parto natural a alta hospitalar ocorre muitas vezes antes das 48 horas, é agendado novo teste do pezinho para a próxima terça-feira do mês na UBS.

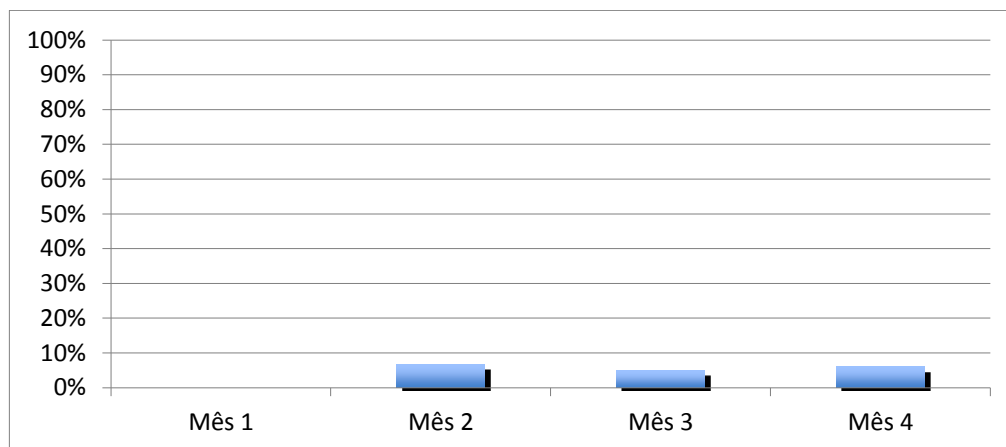


Figura 16 – Proporção de crianças com triagem auditiva

Na figura 16 é ilustrada a proporção de crianças com realização de triagem auditiva. No primeiro mês nenhuma criança havia realizado a avaliação auditiva, no segundo e terceiro mês, duas crianças (6,7% e 4,9% respectivamente) e no quarto mês 4 crianças (6%) realizaram. Com relação à triagem auditiva, o Município não realiza essa avaliação como rotina, sendo destinado apenas para as crianças que nascem com alguma alteração física ou com nascimento prematuro. Das crianças que realizaram a triagem auditiva, uma realizou em clínica particular, uma por ser classificada como alto risco (toda mãe classificada como alto risco, o filho nasce com essa classificação inicialmente), uma por nascimento prematuro e a última por nascer com alteração neurológica.

**8) Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.**

Indicador de qualidade: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental / Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

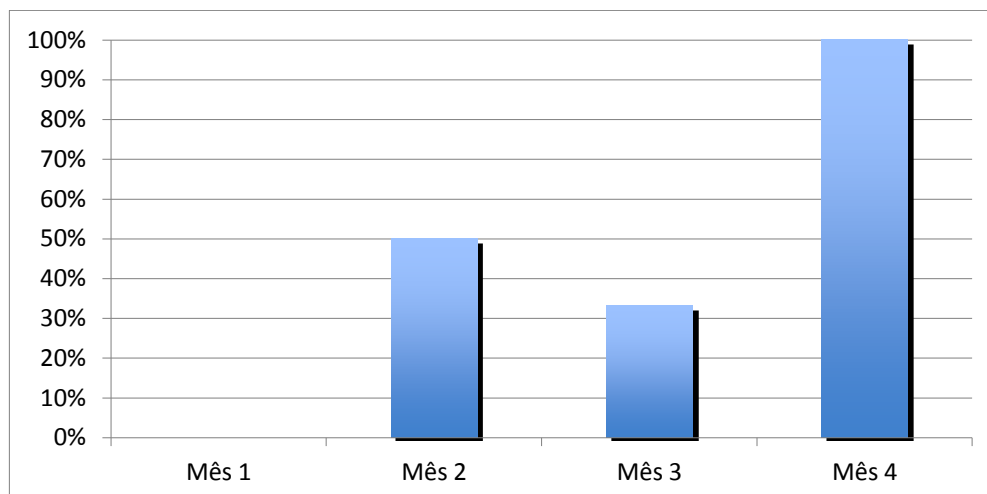


Figura 17 – Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental

Na figura 17 é apresentada a proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental. No primeiro mês em nenhuma criança foi realizada a escovação bucal, no segundo e terceiro mês 1 criança (50% e 33,33% respectivamente) e no quarto mês, 13 crianças realizaram escovação bucal (100%). A escovação nas escolas já foi instituída desde o início de 2013, porém no final de ano houve falta dos materiais e os mesmos foram adquiridos no primeiro trimestre de 2014.

#### **9) Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.**

Para avaliar esta meta, calculou-se o indicador de qualidade dividindo-se o número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído pelo número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

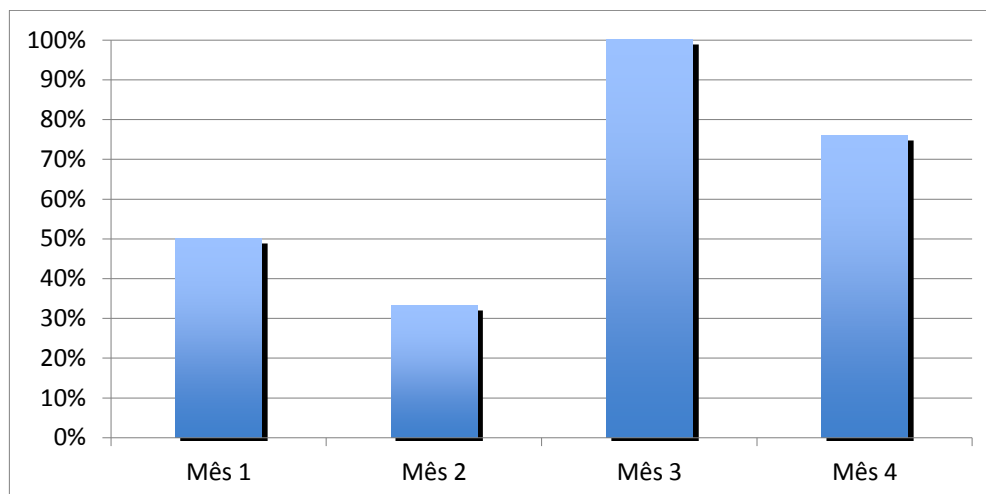


Figura 18 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído

Na figura 18 é exposta a proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído. No primeiro e segundo mês uma criança apresentava o tratamento odontológico concluído (50% e 33,33% respectivamente), no terceiro mês cinco crianças (100%) e no quarto mês, 19 crianças, totalizando 76%. Nos meses que não houve o tratamento odontológico concluído foi devido há necessidade de agendamento de mais de uma consulta odontológica para finalização do tratamento, necessitando de um tempo maior do que 4 semanas. Uma das crianças, por exemplo, reside na comunidade de Gramados, local em que a equipe atende uma vez por semana. Se no momento do agendamento a mãe refere que não pode comparecer na UBS no próximo dia de atendimento, tínhamos que agendar quando ela conseguia ir, para também não perder o atendimento a esta criança, o que dificultou o término de alguns atendimentos logo que ele se iniciava.

Para atingir o 4º objetivo específico de melhorar o registro das informações, levantou-se a meta: **Manter registro na ficha espelho de saúde da criança.**

Dessa maneira obteve-se o indicador de cobertura, dividindo o número de fichas-espelho com registro adequado pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.



Na figura 19 é apresentada a proporção de crianças com registro atualizado. No primeiro mês, 18 crianças estavam com o registro atualizado (94,7%), no segundo mês, 28 crianças (93,3%), no terceiro mês, 39 crianças (95,1%) e no quarto mês 66 crianças (98,5%), o qual corresponde a 100% das crianças acompanhadas pela médica / enfermagem, visto que na última semana de intervenção uma criança passou somente pela avaliação odontológica.

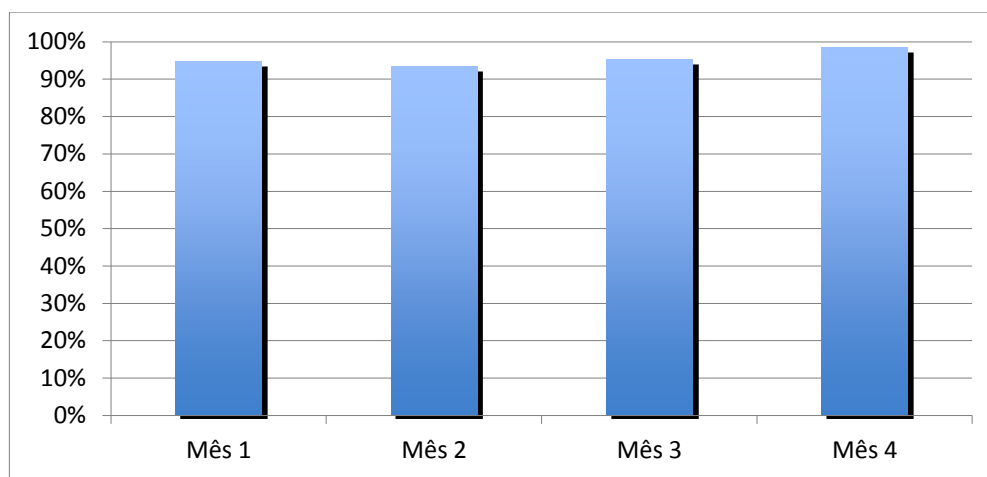


Figura 19 – Proporção de crianças com registro atualizado

Apesar das dificuldades de preenchimento das fichas-espelho no momento do acompanhamento devido à demanda de usuários aguardando atendimento ou a falta de informações no momento da consulta, 100% das fichas-espelho foram completadas até o final da intervenção.

Para o 5º objetivo específico, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência estabeleceu-se como meta: **realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.**

Como indicador de avaliação de risco dividiu-se o número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

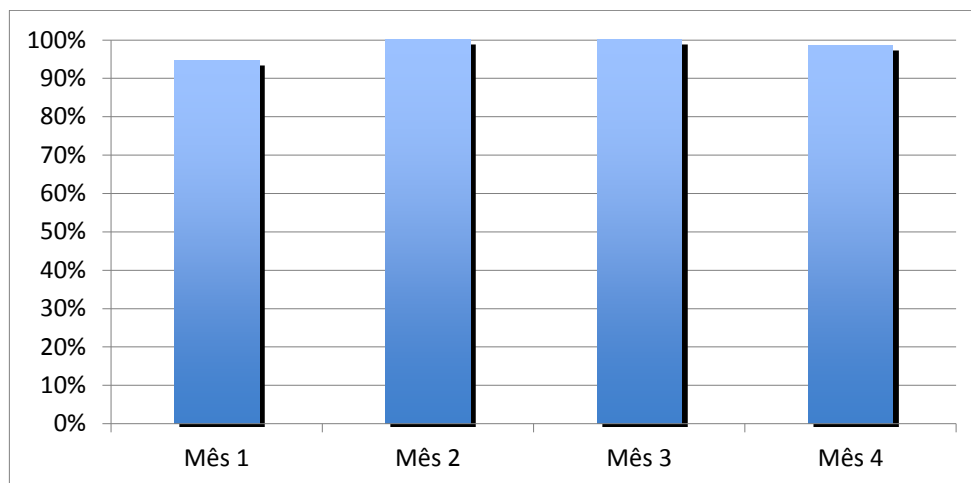


Figura 20 – Proporção de crianças com avaliação de risco

Na figura 20 é apresentada a proporção de crianças com avaliação de risco. Dessa maneira 18 crianças foram avaliadas no primeiro mês (94,7%), no segundo mês, 30 crianças (100%), no terceiro mês, 41 crianças (100%) e no quarto mês, 66 crianças (98,5%), que corresponde a 100% das crianças avaliadas pela médica / enfermagem, visto que na última semana de intervenção uma criança passou somente pela avaliação odontológica.

Durante os atendimentos, foram observadas que das 66 crianças, duas (3%) se classificaram como alto risco (uma por ser de mãe classificada como alto risco devido infecção por toxoplasmose na gestação e a outra por nascer com problemas neurológicos), e cinco (7,5%) crianças com classificação de risco intermediário, que correspondem aos riscos sociais e econômicos.

Para o 6º objetivo específico de promover a saúde, foram propostas 7 metas:

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

Como indicador de promoção da saúde dividiu-se o número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

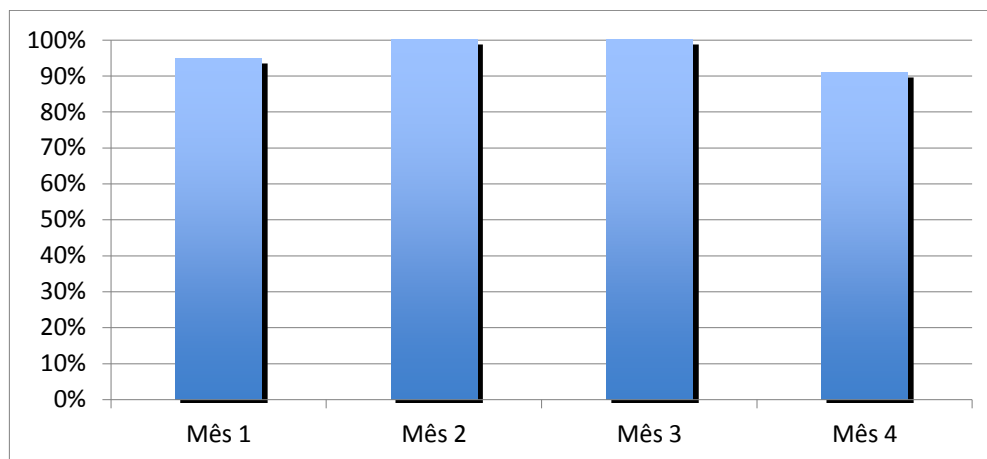


Figura 21 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Na figura 21 é apresentada a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. No primeiro mês, 18 mães/famíliares receberam orientações (94,7%), no segundo mês, 30 mães/famíliares (100%), no terceiro mês, 41 mães/famíliares (100%) e no quarto mês, 61 mães/famíliares (91%), sendo essas orientações realizadas individual ou coletivamente em reunião de pais na escola. Destaca-se que nem todas as famílias conseguiram receber a orientação, devido a algumas avaliações serem realizadas no dia em que a família traz a criança para consulta médica por algum problema de saúde e que não houve tempo suficiente para realizar uma orientação completa.

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

Indicador de promoção de saúde: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura / Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

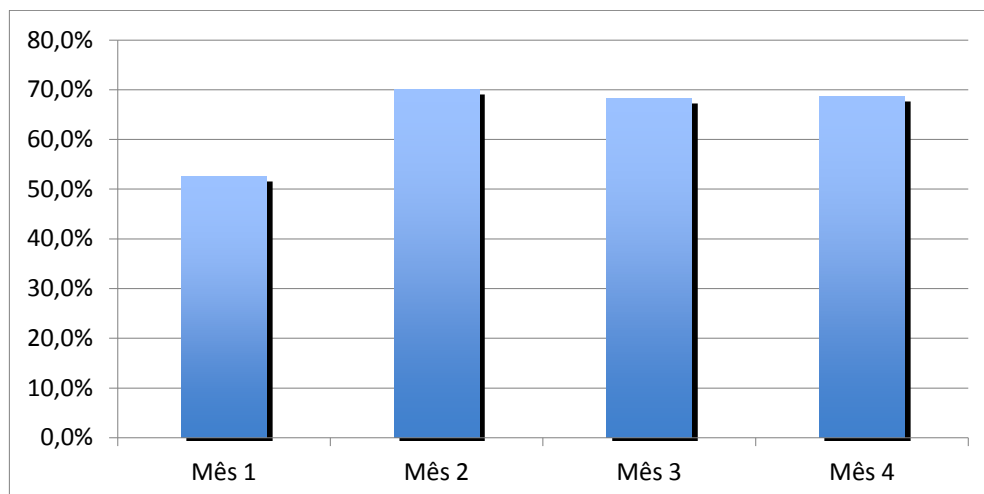


Figura 22 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

Na figura 22 é registrado o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. No primeiro mês 10 mães relataram terem colocado seus filhos para mamar na primeira consulta (52,6%), no segundo mês, 21 crianças (70%), no terceiro mês, 28 crianças (68,3%) e no último mês, 46 crianças (68,7%).

Observou-se que as mães que não o realizaram, residiam em outro Município ou são crianças com idade superior a 24 meses. Desde 2012 instituiu-se no Município a visita domiciliar pela enfermeira ou equipe de saúde nos primeiros 5 dias pós-parto, na qual são realizadas ações de observação da rotina com orientação quanto ao cuidado com a higiene e com o coto umbilical; sono e repouso; alimentação; pega correta e aleitamento materno exclusivo ou suplementação quando esta não é possível; eliminações fisiológicas; apresentação dos lóquios (sangramento vaginal puerperal) e esclarecimento de dúvidas.

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

Quanto ao indicador de promoção de saúde dividiu-se o registro de orientação nutricional pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

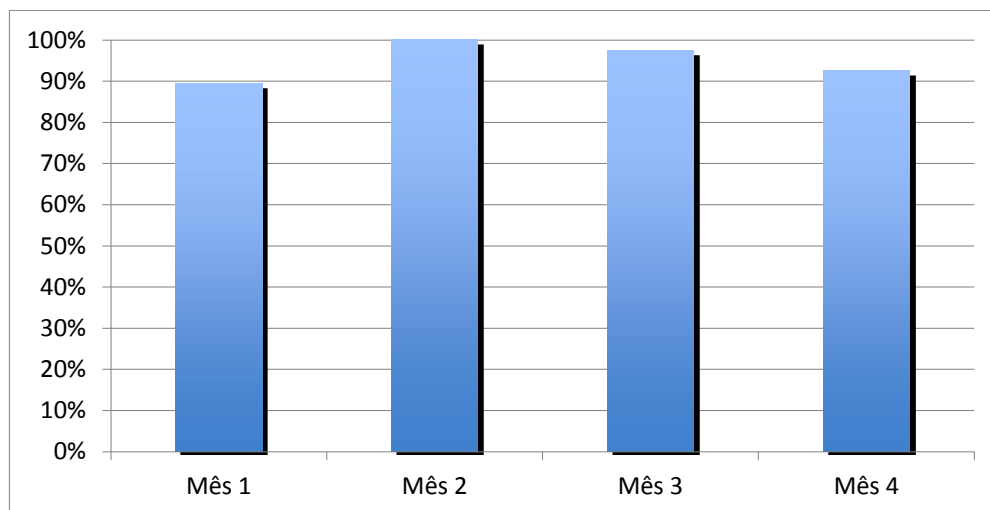


Figura 23 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

Na figura 23 está apresentada a proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. No primeiro mês, 17 mães/responsáveis receberam orientações nutricionais (89,5%), no segundo mês, 30 mães/responsáveis (100%), no terceiro mês, 40 mães/responsáveis (97,6%) e no quarto mês, 62 mães/responsáveis (92,5%).

Assim como nas orientações sobre acidentes comuns na infância, as orientações nutricionais de acordo com a idade da criança não foi 100% realizada devido ao tempo para orientação e também por algumas crianças serem orientadas no ambiente escolar, onde não estavam presentes os familiares.

**4) Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.**

Indicador de promoção de saúde: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie / Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

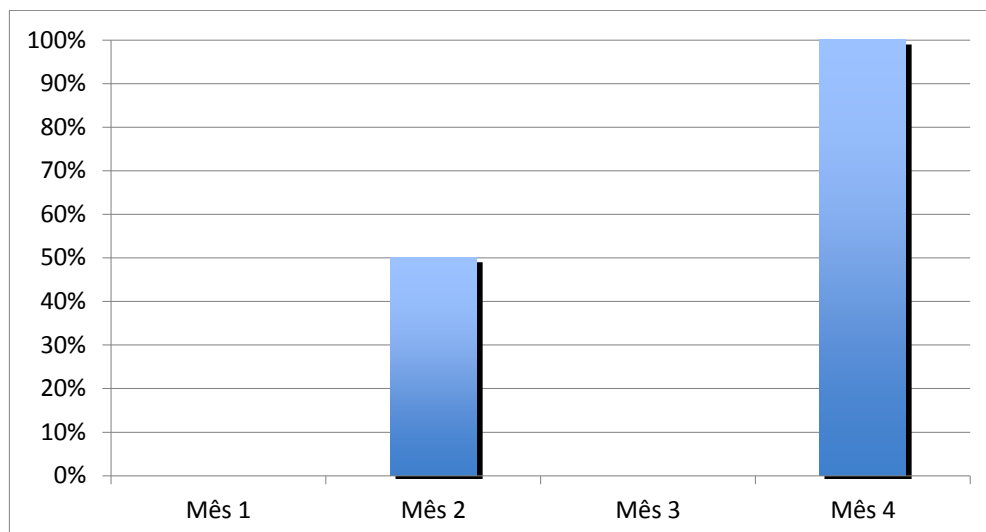


Figura 24 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie

Na figura 24 é apresentada a proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. No primeiro mês nenhuma mãe recebeu orientação, no segundo 1 mãe (50%), no terceiro mês nenhuma novamente e no quarto mês, 13 mães receberam orientação, totalizando 100% das mães.

No início da realização da escovação bucal, os pais foram esclarecidos sobre o objetivo da escovação na escola, assim como a orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

##### **5) Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.**

Para avaliação do indicador de promoção de saúde, dividiu-se o número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie pelo número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

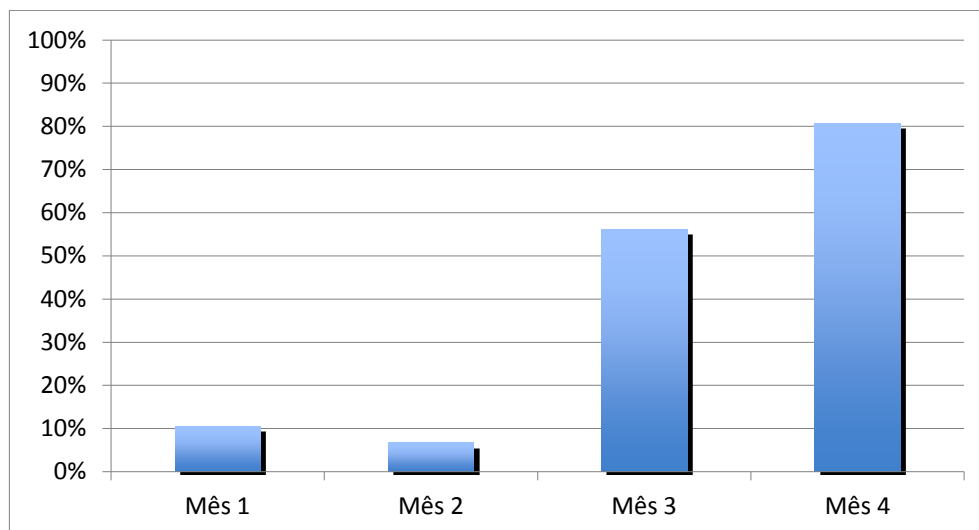


Figura 25 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie

Na figura 25, apresenta-se a proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. No primeiro e no segundo mês, duas mães receberam as orientações (10,5% e 6,7% respectivamente), no terceiro mês, 23 mães (56,1%) e no quarto mês, 54 mães (80,6%) receberam orientações quanto à higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie, sendo algumas das crianças/famílias orientadas pela equipe de enfermagem ou médica.

**6) Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.**

Indicador de promoção de saúde: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias / Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

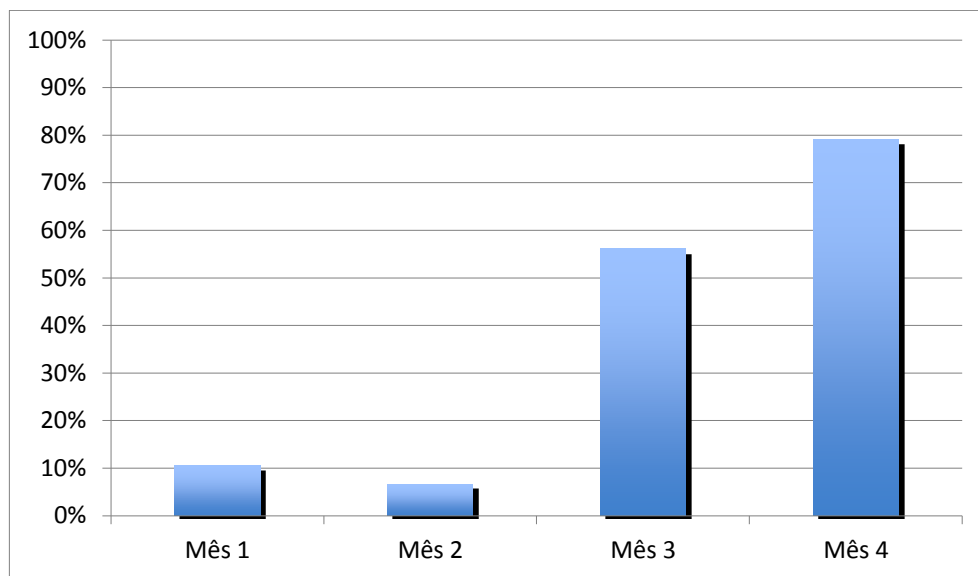


Figura 26 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias

Na figura 26 é apresentada a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

No primeiro e no segundo mês, duas mães receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias (10,5% e 6,7% respectivamente), no terceiro mês, 23 mães (56,1%) e no quarto mês, 53 mães (79,1%) receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, sendo algumas das crianças/famílias orientadas pela equipe de enfermagem ou médica.

**7) Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.**

Indicador de promoção de saúde: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais / Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.



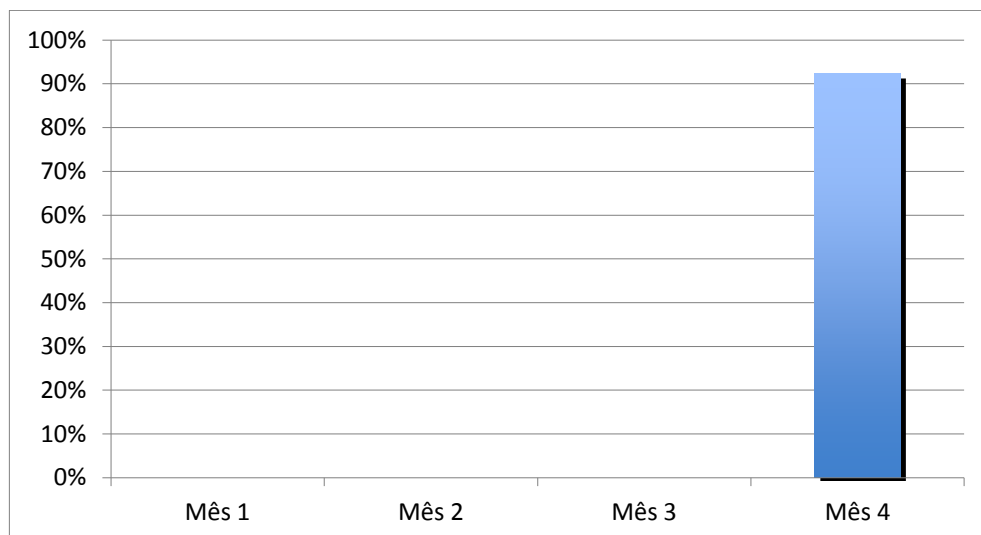


Figura 27 – Proporção de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais

Na figura 27 expõe-se a proporção de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais. Observa-se que no último mês foi realizada orientação nutricional coletivamente, na escola, em forma de roda de conversa, sendo que 12 das 13 mães/famíliares estiveram presentes e receberam orientação (92,3%).

## 4.2 DISCUSSÃO

A intervenção desenvolvida em nossa unidade de saúde propiciou: a ampliação da cobertura da atenção à saúde da criança; a melhoria na adesão ao programa de Saúde da Criança, na qualidade do atendimento à criança, nos registros das informações, no mapeamento das crianças de risco pertencentes à área de abrangência e a promoção da saúde dessas crianças.

A intervenção fez com que a equipe realizasse um levantamento da situação de saúde e de acompanhamento dos usuários, assim como, determinasse um foco e intervisse junto a ele para seu melhoramento. Para tanto, foi preciso que nos preparássemos, capacitássemos, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cadastramento, acompanhamento, avaliação e monitoramento das crianças com idade entre zero e 72 meses.

Esta intervenção também promoveu um trabalho em equipe: agendamento, avaliação, tratamento e prevenção da saúde bucal pela odontologia; levantamento, orientação, acompanhamento e tratamento caso necessário pela médica e enfermagem e; o encaminhamento para os demais profissionais da equipe para realização do acompanhamento. Com isso, houve um diálogo mais próximo entre os profissionais e a satisfação pelo alcance de melhorias na saúde da comunidade.

Antes da intervenção, as atividades desenvolvidas às crianças eram centradas no pediatra. Não havia um acompanhamento e registro sistematizados das informações das crianças. Na odontologia, as crianças eram encaminhadas à clínica do bebê, um local com extrema competência, porém a equipe não participava do acompanhamento dessas crianças. A partir de então, conseguimos desenvolver o atendimento de puericultura pela própria equipe, com acompanhamento e diagnóstico de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil. A equipe desenvolveu um registro das informações relacionadas à saúde da criança e conseguimos dar continuidade a este atendimento. Ainda, continuamos a desenvolver atividades na escola, agora com registro e acompanhamento das alterações observadas.

Com o desenvolvimento da intervenção, percebemos uma maior procura por parte da comunidade no acompanhamento das crianças, com maior impacto ainda nas crianças menores de dois anos, talvez pelo próprio agendamento com período de tempo menor entre uma consulta e outra. A comunidade aceitou o atendimento realizado, e muitos dizem preferir por ser mais próximo de suas residências e mais organizado e mais rápido por ser um dia específico e com os atendimentos agendados. Ainda, percebemos que eles se sentem mais seguros com as informações/orientações recebidas e a procura pela equipe quando apresentam dúvidas.

No início da intervenção percebi que faltou um pouco mais de diálogo e entendimento entre todos os profissionais da equipe, pois nas primeiras semanas de intervenção, não conseguimos desenvolver o que havíamos programado a fazer, como os encaminhamentos entre os profissionais para a avaliação de todos quanto à saúde das crianças e a atividade coletiva na outra

escola da área de abrangência da ESF. Com isso, as atividades foram atrasando, e chegamos ao final sem alcançar a totalidade das ações.

A ficha de acompanhamento também organizaria um pouco diferente, deixaria um espaço distinto para colocar o peso, altura e perímetro cefálico e a classificação quanto adequado ou alterado, além de um espaço para descrever observações no acompanhamento da criança, referente à busca ativa e as crianças com classificação de risco, quando ele era alto ou intermediário, para melhor visualização e descrição, pois existem uns dados que ficam faltando ou longe do local onde está a sua descrição.

O acompanhamento às crianças continuou, mesmo após o término das 16 semanas de intervenção. Conseguimos desenvolver as atividades que não havíamos desenvolvido na escola de São Francisco, dar continuidade às avaliações e iniciado novos acompanhamentos ainda não realizados.

Como melhoria, pretendemos: organizar a ficha espelho de forma diferente para ficar mais prático seu preenchimento; continuar enfatizando e estimulando os pais das crianças a continuar realizando as avaliações, principalmente das crianças com três anos ou mais, os quais só procuram a UBS quando apresentam algum problema de saúde; desenvolver a agenda com datas definidas também para o próximo ano, para não perdermos o acompanhamento das crianças que acompanham somente uma vez ao ano.

Para o próximo mês, pretendemos desenvolver a ficha de acompanhamento com as alterações que percebemos ser mais fácil para realizar o atendimento, assim como desenvolver a agenda para os próximos meses. Também vamos fazer visita domiciliar nas famílias que ainda não trouxeram os filhos para avaliação e incentivar o seu comparecimento. A partir desta intervenção que está dando certo, estamos fazendo um levantamento dos usuários que fazem uso de medicamentos de uso controlado para iniciarmos um atendimento voltado à saúde mental da comunidade.

### **4.3 RELATÓRIO PARA A COMUNIDADE**

No ano passado iniciei uma pós-graduação em saúde da família, e com ela, a equipe começou a realizar uma avaliação situacional das unidades de

saúde, dos atendimentos/acompanhamentos, das condições de saúde que apresentamos maior deficiência e a partir desta análise, realizamos um levantamento de situações que precisamos melhorar o acompanhamento.

Dentre as opções disponíveis para realizarmos uma intervenção, decidimos acompanhar a saúde das crianças de zero a 6 anos, por ela existir somente para as crianças até dois anos de idade e estar focada no atendimento com o pediatra, fazendo com que a equipe não tivesse conhecimento e atitudes de intervenção que viessem a manter e melhorar a saúde desta população.

A intervenção iniciou-se no mês de outubro e terminou em abril, totalizando 16 semanas de intervenção, sendo que houve uma pausa na intervenção nos meses de dezembro e janeiro pelo fato que a UBS permanece fechada.

A atividade de intervenção teve como objetivo ampliar o número de atendimento e acompanhamento das crianças da comunidade, o registro das informações sobre a saúde das crianças tanto para as famílias quanto para os profissionais da equipe, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, a avaliação da saúde bucal, das vacinas, das condições de saúde e ações de promoção da saúde, referentes à alimentação adequada, prevenção de acidentes, prevenção de cáries e problemas dentários e na boca.

Dentre as atividades que foram propostas e que foram realizadas estão:

- Levantamento de todas as crianças com idade entre zero e 72 meses;
- Atendimento destas crianças através de agendamento, livre demanda quanto vinham à UBS a procura de consulta médica/vacinação/acompanhando os familiares e visitas domiciliares;
- Antes da realização do projeto, as crianças somente eram avaliadas com o pediatra, até completarem 1 ano de idade, e nem todas conseguiam este acompanhamento pela quantidade de crianças que temos no Município;
- Explicado para as famílias a importância do acompanhamento de seus filhos para garantir que estejam crescendo e se desenvolvendo adequadamente e se houver alguma alteração, que a mesma seja detectada e tratada/acompanhada;

- Desenvolvemos uma agenda para acompanhamento das crianças conforme orientações do Ministério da Saúde, com o agendamento da consulta de acordo com a idade da mesma ou com as alterações observadas;

- Foi realizado o cadastro no Programa Saúde na Escola pela Secretaria de Saúde, na escola da comunidade de São Luiz, que apresenta alunos com idades entre 3 e 14 anos (pré-escola e ensino fundamental). Lá foram avaliadas todas as crianças que estudam na pré-escola até o quinto ano e iniciado a avaliação vacinal nas crianças do 6º ao 9º ano. Nessa avaliação foi realizado: o acompanhamento do peso pela altura de cada um, classificando a situação nutricional; avaliação visual e; avaliação da carteira de vacina. Dos alunos que estavam com alguma alteração dos parâmetros da normalidade, foi encaminhado um aviso aos pais. Neles, foi agendada orientação com a nutricionista para quem havia excesso de peso; orientação para agendamento de consulta com o oftalmologista e a vacinação da criança que estava com a vacina DTP atrasada;

- Foram registradas todas as informações referentes ao atendimento realizado às crianças tanto em documento próprio da equipe quanto na caderneta de saúde da criança, além da explicação de cada dado obtido aos pais / familiares;

- As crianças que apresentaram alterações em alguma avaliação estão sendo acompanhadas com maior frequência e foi realizado encaminhamento para profissionais especialistas quando necessário;

- Foi realizada atividade na escola com os pais e crianças referentes à alimentação saudável, prevenção de acidentes e saúde bucal.

Percebemos que, a partir do início e no desenvolvimento dos atendimentos às crianças, muitas coisas mudaram. Até então, poucas eram as atividades desenvolvidas em saúde da criança, assim como sua anotação e quando realizadas, não era para todas e de forma organizada, com seguimento de protocolos.

Após as 16 semanas de desenvolvimento do projeto, observamos que foi possível a realização de várias ações propostas, assim como conseguimos ver mudanças propostas pela equipe para melhorar a saúde tanto da família quanto da comunidade escolar.

Hoje, depois das semanas propostas pelo projeto, conseguimos continuar o desenvolvimento das atividades, com a rotina de consultas de puericultura, a aceitação de várias famílias no acompanhamento dos filhos pela equipe, a avaliação das crianças que estudam na escola da comunidade de São Francisco, que foi a escola que não tínhamos conseguido acompanhar e a observação pela equipe de resultados positivos após acompanhamento, como, por exemplo, o seguimento de orientações que foram propostas pela equipe, a procura pelos pais para reagendar próximo acompanhamento, a confiança no trabalho realizado e a detecção de alterações que poderiam vir a desenvolver problemas de saúde no decorrer do desenvolvimento das crianças.

No momento, o Município está com a construção de duas novas UBS nas comunidades de São Luiz e São Francisco. Com isso, esperamos poder prestar um atendimento com maior privacidade e melhor estruturado para a realização das avaliações, assim como maior motivação por parte dos profissionais, pela presença dos equipamentos e área física adequada para atendimento.

Sabemos que ainda precisamos melhorar algumas ações / programas na nossa equipe, e que, através de uma análise da situação de saúde da comunidade conseguiremos aperfeiçoar e desenvolver novas ações. Agradecemos a comunidade pela sua participação no desenvolvimento das atividades em saúde da criança, principalmente as famílias que possuem crianças e a escola pelo apoio e incentivo à atividade, que, a partir de então, desenvolve atividades de promoção da saúde e qualidade de vida de todos.

#### **4.4 RELATÓRIO PARA O GESTOR**

No ano de 2013 iniciei uma pós-graduação em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), ofertada pela Universidade Federal de Pelotas/RS. Através dessa pós-graduação, a equipe dos profissionais de saúde da UBS São Francisco, do município de Chopinzinho, realizou uma avaliação situacional das unidades de saúde, dos atendimentos/acompanhamentos, das condições de saúde da população, e a

partir disto, realizou-se um levantamento das situações que precisaríamos melhorar o acompanhamento.

Dentre as opções levantadas para realizarmos uma intervenção, decidimos acompanhar a saúde das crianças de zero a 6 anos, pois, até o momento, ela era realizada somente para as crianças até dois anos de idade e era focada no atendimento com o pediatra, fazendo com que a equipe não tivesse conhecimento e atitudes de intervenção que viessem a manter e melhorar a saúde desta população.

A intervenção iniciou-se no mês de outubro e terminou em abril, totalizando 16 semanas de intervenção, sendo que houve uma pausa na intervenção nos meses de dezembro e janeiro pelo fato que a UBS permanece fechada neste período.

A atividade de intervenção teve como objetivo ampliar o número de atendimento e acompanhamento das crianças da comunidade, o registro das informações sobre a saúde das crianças, tanto para as famílias quanto para os profissionais da equipe, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, a avaliação da saúde bucal, das vacinas, das condições de saúde e das ações de promoção da saúde, referentes à alimentação adequada, prevenção de acidentes, de cáries e problemas bucais, com o intuito maior de melhorar a qualidade de vida da comunidade chopinzinhense. Para tanto, foram adotados indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção da saúde.

Dentre as atividades realizadas destacam-se:

- Levantamento das 84 crianças com idade entre zero e 6 anos, moradoras nas comunidades de São Francisco, São Luiz e Gramados;
- Atendimento de 67 destas crianças (80%), através de agendamento e livre demanda nas unidades de saúde e visitas domiciliares pela equipe de saúde;
- Conscientização das famílias da importância do acompanhamento de seus filhos para garantir que estejam crescendo e se desenvolvendo adequadamente e se houvesse alguma alteração, que a mesma fosse detectada, tratada e acompanhada, para detecção precoce de problemas e possível resolução com maior agilidade e menor custo;

- Desenvolvimento de uma agenda para acompanhamento das crianças conforme orientações do Ministério da Saúde, com a marcação da consulta de acordo com a idade da mesma e/ou pelas alterações observadas;

- Realização do cadastro no Programa Saúde na Escola pela Secretaria de Saúde, na escola da comunidade de São Luiz, que apresenta alunos com idades entre 3 e 14 anos (pré-escola e ensino fundamental). Nesta escola foram avaliadas todas as crianças que estudam na pré-escola até o quinto ano e iniciado a avaliação vacinal nas crianças do 6º ao 9º ano. Nessa avaliação foi realizado: o acompanhamento do peso pela altura de cada aluno, classificando a situação nutricional; avaliação visual e; avaliação da carteira de vacina. Dos alunos que estavam com alguma alteração dos parâmetros da normalidade, foi encaminhado um aviso aos pais. Foi agendada orientação aos 13 pais que possuem filhos com peso acima do adequado com a nutricionista, na própria escola, para quem havia excesso de peso; agendamento de consulta com oftalmologia para 9 crianças e imunização da criança que estava com a vacina DTP atrasada;

- As crianças que apresentaram alterações em alguma avaliação estão sendo acompanhadas com maior frequência e foi realizado encaminhamento para profissionais especialistas quando necessário;

Percebemos que, a partir do início e no desenvolvimento dos atendimentos às crianças, muitas ações foram incorporadas à rotina da UBS como:

- Realização da primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida. O Município de Chopinzinho apresenta desde 2012 a proposta de realização da primeira consulta de puericultura e puerperal nos primeiros cinco dias pós-parto e ainda a participação das oficinas pela Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (APSUS). Até o momento, verificou-se um aumento exponencial no número de crianças e mães acompanhadas logo após o parto, detectando precocemente problemas de saúde e/ou prevenindo os mesmos através das orientações.

- Antes da intervenção, foram acompanhadas 28 crianças com idade entre 0 e 6 anos em 8 meses de atendimento (fevereiro a setembro de 2013) pela odontologia. No período da intervenção (4 meses) foram acompanhadas



em consultório, 26 crianças, praticamente a mesma quantidade de crianças em metade do tempo inicial.

- Das 67 crianças acompanhadas (80% da população total), todas elas foram acompanhadas quanto ao crescimento e desenvolvimento, vacinação em dia, com suplementação de vitaminas e ferro as crianças com idade entre 6 e 18 meses e com realização do teste do pezinho na primeira semana de vida.

- Realização da avaliação de risco, que classifica e organiza o atendimento às crianças de acordo com a sua situação de vida e saúde.

- Desenvolvimento de ações no nível de Unidade de Saúde, domicílio e escola, de forma integrada e multiprofissional.

No momento, o Município está com a construção de duas novas Unidades de Saúde nas comunidades de São Luiz e São Francisco. Com isso, esperamos poder prestar um atendimento com maior privacidade e melhor estruturado para a realização das avaliações, assim como maior motivação por parte dos profissionais, pela presença dos equipamentos e área física adequada para atendimento.

No período da intervenção, apresentamos algumas dificuldades para a realização das mesmas, das quais se destacam a falta de profissional médico fixo em boa parte do seu desenvolvimento, a infraestrutura nas UBS e a menor disponibilização de tempo para atendimento. Destacamos ainda a necessidade de se avaliar a possibilidade de ser introduzido no Município o teste de acuidade auditiva no recém-nascido para realizar uma avaliação de maior qualidade e melhor qualidade no crescimento e desenvolvimento desta criança.

Sabemos que ainda precisamos melhorar algumas ações/programas na nossa equipe, e que, através de uma análise da situação de saúde da comunidade, do desenvolvimento de estratégias de ação e da colaboração da Secretaria de Saúde e do Município, conseguiremos aperfeiçoar e desenvolver novas ações.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Ao me inscrever no curso de pós-graduação em Saúde da Família, tinha como expectativa entender todo o processo de trabalho que é desenvolvido nas ESF. Assim, pude constatar que esse processo é um acompanhamento voltado à integralidade do indivíduo, envolvendo também sua família, comunidade, processo social, e que o trabalho é desenvolvido tanto de forma a promover a saúde como prevenir, curar ou cuidar de forma paliativa a doença.

Através do curso, consegui aprimorar alguns conhecimentos já apreendidos e desenvolver um pensamento crítico acerca da realidade e dos trabalhos desenvolvidos no processo de trabalho na ESF. Consegui fazer um levantamento da situação de saúde da comunidade, uma observação crítica sobre os programas e ações desenvolvidas e criar estratégias para melhorar o atendimento e a saúde da população.

O curso possibilita um diálogo entre os profissionais que estão cursando a pós-graduação através do fórum de dúvidas clínicas e do fórum do desenvolvimento da intervenção, abrindo assim espaço para discussão e troca de experiências profissionais, de modo que os especializandos possam perceber as diferenças entre os diversos Estados nas condições de saúde e nas formas de enfrentamento dos problemas discutidos.

O curso de pós-graduação em saúde da família proporcionou um espaço de ambientação, momento que pude conhecer o ambiente virtual, a organização do curso e seu funcionamento. Nas semanas seguintes, realizei a análise situacional da estrutura física, dos profissionais que a secretaria de saúde possui para atendimento, dos programas e ações que a equipe realiza na UBS e da situação de saúde dos usuários. A partir de então, iniciei a análise estratégica, propondo uma intervenção que a equipe considerasse necessária. Para tanto, foram necessários desenvolver as ações nos 4 eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Assim foi desenvolvida a intervenção, durante 16 semanas. Finalmente, realizei a análise da

intervenção, apresentando os resultados, discutindo os pontos que foram possíveis de serem realizados e os que não foram, o que pode ser melhorado na ação e a perspectiva da equipe.

Dessa forma, consegui ter uma visão de todo o processo de análise da situação, levantamento das necessidades, estratégia de intervenção propriamente dita e sua análise, propiciando continuar seu desenvolvimento e a correção de ações que percebemos ser necessárias. Assim o curso foi extremamente interessante e de alta qualidade, pela parte teórica e prática de realização.

No curso, possuímos acesso a casos interativos, os quais estão diretamente relacionados desenvolvidas em uma ao nosso atendimento no dia-a-dia. Eles mostram formas de realizar e enfrentar o atendimento, assim como uma revisão de todo o aprendizado adquirido. Já nos estudos de prática clínica, fica um espaço em aberto para o estudante pesquisar mais sobre um tema que esteja sentindo necessidade de aperfeiçoar o conhecimento ou que perceba maior dificuldade nos estudos.

Para avaliar os conhecimentos adquiridos, foram realizados testes de qualificação clínica. Estes me ajudaram a revisar se os estudos foram apreendidos, e lançaram novos desafios, analisando outros conhecimentos dos alunos.

A pós-graduação em saúde da família propiciou um leque de ações programáticas a serem intervenção, assim como, muitos dos programas instituídos pelo Ministério da Saúde. Após o desenvolvimento dessa intervenção, percebi que posso melhorar outras ações que ainda não estão totalmente adequados ou desenvolver outras que ainda não estão sendo realizadas.

As minhas expectativas foram superadas e acredito que é um curso fundamental para todos os profissionais que trabalham na atenção primária, para abrir suas visões frente ao Sistema Único de Saúde e o seu significado no sistema de saúde da população.

## BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL, UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2006. **Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**. Brasília. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10167.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm). Acessado em 31 jul. 2013.

NOVACZYK, A. B.; DIAS, N. S.; GAÍVA, M. A. M. **Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. V. 10, N. 4, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>.

SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. Informações de Saúde. Cadastramento Familiar – Paraná. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFPR.def>, acessado em 17 de julho de 2013.

## **ANEXOS**









## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde da Criança						
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche foco da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança faltou à consulta agendada?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas odontológicas
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma

A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

A criança que tem entre 6 e 18 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança participou de ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental?	A criança está com tratamento odontológico concluído?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional <b>individual</b> na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação <b>coletiva</b> na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação <b>individual</b> na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação <b>individual</b> na unidade de saúde sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional <b>coletiva</b> na creche?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim