

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS de Liberato Salzano, Liberato Salzano/RS.**

**Marcio Antunes de Chaves**

**Pelotas, 2015**

**Marcio Antunes de Chaves**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS de Liberato Salzano, Liberato Salzano/RS.**

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

Orientador: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

C512m Chaves, Marcio Antunes de

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses de Idade na UBS de Liberato Salzano, Liberato Salzano/RS / Marcio Antunes de Chaves; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Stolz, Pablo Viana, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a todos que de alguma forma colaboram para sua elaboração, professores, orientadores, colegas da UBS e em especial à minha esposa.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus primeiramente, pois, sem Ele, nada seria possível. Muito obrigado por tudo, Meu Deus.

Ao meu grande amor e esposa, Bruna por ter me ajudado e apoiado nesta nova fase de nossas vidas, por ser minha amiga e companheira de todas as horas, por ter tido calma, paciência e por compreender a necessidade que eu tinha de dedicar tempo a este trabalho, tempo este que muitas vezes nos privamos de fazer coisas juntos, por não ter me deixado desistir nos momentos em que fraquejei. Obrigado, pois por você eu tenho enorme admiração.

Ao meu orientador Pablo Viana Stolz, pela confiança, dedicação e ensinamentos sabendo dosar incentivo e cobrança. Obrigado por todo aprendizado ao longo desse período que passamos juntos como orientadora e orientando. Certamente estou concluindo o curso diferente de quando iniciei, afinal, foram tempos de muito trabalho e amadurecimento.

Ao meu grande amigo e colega, Marcus que me ajudou e incentivou a não ter desistido de terminar o curso.

Aos colegas, pelo convívio virtual.

A toda equipe da UBS, pela colaboração, paciência e participação na implementação da intervenção.

## Resumo

CHAVES, Marcio Antunes de. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS de Liberato Salzano, Liberato Salzano/RS**. 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno. Nosso município apresentava um grande déficit de oferta de atendimento e cuidados a saúde da criança, pois, disponha apenas de uma médica pediatra com carga horária de 4hs mensais, gerando uma enorme demanda reprimida, devido a isso optamos por realizar a intervenção em saúde da criança para assim suprir a enorme demanda existente. O objetivo da intervenção desenvolvida foi melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS de Liberato Salzano/RS. Participaram do projeto 119 crianças, entre o período de 09 de fevereiro a 30 de abril, totalizando 12 semanas de intervenção. Optamos por realizar nossa intervenção com esta população em específico, pois somente eram atendidas as crianças que procuravam o serviço por livre demanda. Foi realizada capacitação da equipe a fim de orientá-los sobre a intervenção com finalidade de contar com a colaboração de todos, realizando cadastramento e agendamento para consulta de puericultura conforme protocolo do Ministério da Saúde de 2013. Os agentes comunitários de saúde fizeram busca ativa das crianças na área adstrita, as mães foram orientadas através de visitas domiciliares e atendimentos na unidade básica de saúde, e assim melhoramos a adesão à puericultura, a qualidade do atendimento às crianças e os registros das informações. Promoveu-se a saúde e a prevenção de acidentes, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, e a alimentação saudável nas diversas fases do crescimento e desenvolvimento infantil. Das crianças pertencentes à UBS, 119 (48,6 %) foram acompanhadas na consulta de puericultura e 100% das crianças foram atendidas de acordo com protocolo do ministério da saúde. Ainda, 100% das crianças tiveram registro de peso na ficha-espelho, sendo que quatro das 119 crianças apresentavam excesso de peso. Desses, 100% apresentam monitoramento de desenvolvimento em dia, 94,1% estão com esquema vacinal de acordo com a idade, 95,8% das crianças fizeram teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, 30,3% das crianças tiveram a primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida. 100% das crianças com avaliação de risco e 86,3% das crianças de 6 a 24 meses receberam suplementação de ferro. O impacto da intervenção já pode ser percebido pela satisfação da comunidade com a priorização e qualificação do atendimento. Todas as ações programáticas foram incorporadas na rotina de trabalho da equipe e estamos discutindo a necessidade de realizar uma nova intervenção, desta vez com ênfase em Hipertensão e Diabetes.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	65
Figura 2	Gráfico proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	66
Figura 3	Gráfico proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, na ESF II de Liberato, Salzano/RS.	69
Figura 4	Gráfico proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	70
Figura 5	Gráfico proporção de crianças com triagem auditiva, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	71
Figura 6	Gráfico proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	72
Figura 7	Gráfico proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	73
Figura 8	Gráfico número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na ESF II de Liberato Salzano/RS.	75

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CA	Câncer
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
GO	Gineco-obstetricia
HAS	Hipertensão Artéria Sistêmica
IVAS	Infecções das Vias Aéreas Superiores
LME	Lactância Materna Exclusiva
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PIM	Primeira Infância Melhor
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PSE	Programa Saúde na Escola
RN	Recém-nascido
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visitas Domiciliares

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	25
2 Análise Estratégica .....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	28
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações .....	30
2.3.2 Indicadores .....	51
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma .....	58
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	65
4 Avaliação da intervenção.....	67
4.1 Resultados .....	67
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores .....	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências .....	93
Anexos .....	94

## **Apresentação**

O presente trabalho se propôs a implantar, na Unidade Básica de Saúde do município de Liberato Salzano no Rio Grande do Sul, um programa de atenção à saúde da criança de zero a 72 meses.

O trabalho está descrito em sete seções. A primeira diz respeito à análise situacional, a fim de melhor entender o funcionamento da Unidade Básica de Saúde e, com isso, obter melhores resultados na implantação do projeto. A segunda descreve a análise estratégica, ou seja, apresenta o delineamento de como ocorrerá o projeto de intervenção, quais serão seus objetivos e metas, qual a metodologia empregada e quais as ações serão efetuadas assim como os aspectos logísticos e cronograma de atividades. A terceira seção apresenta o relatório da intervenção onde é demonstrado que, graças ao engajamento da equipe e à participação da população, a maior parte das ações previstas no projeto foi desenvolvida, e as metas definidas para elas foi alcançadas, além da viabilidade de incorporação do projeto a rotina do serviço. A quarta seção descreve os resultados obtidos assim como a sua discussão apresentando o que o trabalho representou para a equipe, serviço e comunidade. A quinta e sexta seção apresentam, respectivamente, os relatórios do trabalho para os gestores e comunidade e por fim a sétima seção onde foi elaborada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Para finalizar o volume são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos utilizados para realização desse trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Estou morando e trabalhando em Liberato Salzano, RS, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem 1048 famílias, aproximadamente 2828 habitantes, todas vivendo no interior (zona rural). Sobre a estrutura física: tem 02 consultórios para enfermeiros com cama ginecológica e banheiro, 02 consultórios médicos, 01 sala de vacina, 01 sala odontológica, 01 sala de curativos, 01 farmácia, 01 sala de recepção, 01 sala de nebulização e esterilização, 01 sala pra reuniões que logo será transformada em um laboratório, 01 banheiro para usuários e uma sala de espera, neste local funciona 02 ESF. Ademais tem uma área onde funciona o hospital e a emergência do mesmo, que neste momento esta em reformas. Logo que cheguei aqui quase não entendia o funcionamento da unidade, pois estava tudo muito misturado, os profissionais das ESF trabalhavam nas atividades do Hospital e os profissionais do Hospital trabalhavam nas atividades das ESF, ainda continua um pouco isso, mas logo fui entendendo o funcionamento interno. Sobre os atendimentos: as consultas agendadas ainda estão sendo poucas, não conseguimos ainda organizar esta parte, eu atendo em torno de 30 a 35 usuários ao dia, tem um turno na semana que realizo Visitas Domiciliares, também realizamos reuniões de equipe semanalmente, coisas que não existiam antes.

A composição da equipe é a seguinte: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 07 ACS. Sobre os grupos: o de gestantes está adequado, o de Saúde Mental também, com grande ajuda do Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), iremos começar com grupos de hipertensos e diabéticos agora em agosto. Tem 02 ginecologistas que vem uma vez ao mês cada um, 01 pediatra que vem uma vez ao mês, 01 cardiologista que vem duas vezes ao mês também, isso é

para as 02 equipes, porém estamos com falta de preparador físico, psicólogo e nutricionista.

Retomando mais um pouco a respeito do processo de trabalho, a demanda espontânea é totalmente atendida, esta existindo uma confusão com respeito à separação das equipes, os usuários não sabem e não estão sendo orientados a qual equipe pertencem, buscam ser atendidos por médico diferente e também passam em um curto período de tempo por vários médicos. Existem vários fatores que favorecem isso, como por exemplo, a falta de um médico na ESF 1, o médico atende apenas 20 horas semanais e eu acabo atendendo então a população total do município. Têm mais um clínico geral concursado que vem três vezes por semana na parte da manhã e tem seus usuários certos de anos que então não passam com nenhum médico das ESFs, já tentamos sem sucesso uma mudança e estamos tentando outra mudança novamente para corrigir isso e proporcionar um adequado seguimento aos usuários, porém penso que enquanto as duas ESF e o hospital estiverem dividindo a mesma estrutura física será esta confusão.

Outra questão que vale a pena citar é a de que fui praticamente proibido de fazer pré-natal, pois existe um programa municipal que se chama Mãe Salzanense, e todas as gestantes são atendidas pelo mesmo ginecologista do início da gestação até o parto, deixando assim as ESF fora do atendimento a gestante, tentei convencer sobre a importância de ver as gestantes e sobre a rede cegonha que é um projeto do governo federal, porém sem sucesso algum. Sobre a relação com a comunidade o que tenho percebido é que está muito boa, existem poucas queixas da saúde do município em geral, uma é de que não tem médico no plantão à noite e nos fins de semana.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Liberato Salzano está localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, com uma população de aproximadamente 5.320 habitantes, a economia do município é basicamente agrícola e 70% da população vive na zona rural. No município existem três UBS, uma localizada na cidade composta por duas ESF, cada uma com médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Na mesma estrutura física funciona o hospital da cidade onde tem profissionais contratados para trabalhar exclusivamente neste. Tem outra UBS localizada no interior do município onde trabalha uma equipe tradicional e a terceira UBS esta localizada em uma área indígena, onde tem uma ESF.

No município não existe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o que está implantado é o Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), composta por uma assistente social e uma psicóloga, tem algumas especialidades que atendem no município como, por exemplo, o serviço de obstetrícia e ginecologia, cardiologia, cirurgia e pediatria ainda que exista grande demanda espontânea desta última especialidade. Algumas outras especialidades são oferecidas através de convênios como é o caso de ortopedia e algumas outras não têm referência, apenas através do sistema privado como é o caso de psiquiatria, dermatologia, otorrino, gastroenterologista.

Atualmente existe grande demanda de psicóloga, nutricionista e preparador físico. O hospital municipal tem um quadro bastante limitado de funcionários e são realizadas poucas internações neste, o município conta com 24 Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) que são todas utilizadas cada mês. A referência para internações e até mesmo urgências é o hospital de Sarandi que se encontra a aproximadamente 60 km de distância. Existem dois laboratórios na cidade e estes dispõem de uma grande variedade de exames, a dificuldade se encontra nos exames de imagem onde apenas a ultrassonografia está disponível no hospital, os demais exames de imagem são todos realizados fora do município. A UBS onde trabalho está localizada no centro da cidade, porém a população que corresponde a ESF II é estritamente de zona rural e não existe até o momento nenhum vínculo com instituições de ensino.

Em um contexto geral a UBS é bem completa, temos consultórios médicos, consultórios de enfermagem, sala de vacinas, recepção com área de espera para usuários com cadeiras e bancos, farmácia, sala de curativos, sala de nebulização, sala de reuniões, banheiro masculino e feminino para usuários, banheiro para funcionários e cozinha. O que falta com relação à estrutura física são alguns detalhes que pouco interfere na prática clínica do dia-a-dia, outros já um pouco mais significativos, como, por exemplo, a ausência de alguns ambientes como a sala de prontuários, a sala de administração e gerencia, sala para coletas, escovário, sala

de utilidades e outros detalhes um pouco mais graves como é o caso do abrigo de resíduos sólidos que não existe e estes resíduos são acondicionados dentro de uma bombona de plástico com tampa, do lado de fora da UBS sem sinalização alguma e sem segurança alguma, ao ar livre.

Além disto, não existem sinais ou símbolos indicando cada ambiente e os banheiros dos usuários não está adequado para usuários portadores de necessidades especiais. Isso sem dúvida alguma faz parte de barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso a todos os ambientes, sem contar na localização da UBS que devido à área territorial do município, a UBS foi construída em uma área alta e as duas ruas que dão acesso a UBS apesar de serem asfaltadas tem um grande declive o que impossibilita o acesso a pé de pessoas idosas ou cadeirantes ou com algum outro tipo de necessidades especiais. Para tentar melhorar ou minimizar estas deficiências deve ser realizada a readequação de um dos banheiros para dar acesso pleno a cadeirantes.

Na farmácia deve ser implementada uma melhor forma de estocagem dos medicamentos e com respeito aos resíduos deve ser construída uma estrutura física específica para servir de depósito destes resíduos.

A respeito dos equipamentos e instrumental todos estão presentes na UBS e são de boa qualidade e em número adequado, isso favorece muito o trabalho do dia a dia e também agiliza o trabalho de todos os profissionais da equipe. Os instrumentos usados por odontologia também são completos e novos, em bom estado de uso. Não temos caixa de som, câmera fotográfica, câmera filmadora e nem gravador de som, porém isso não afeta ou não afetou até o momento nosso trabalho, pois cada vez que necessitamos destes equipamentos conseguimos com a prefeitura e também contamos com o informativo da prefeitura em duas rádios locais para informar qualquer ação programática que a UBS irá realizar. Isso ajuda muito na divulgação e diminui a busca ativa, além de manter informados os usuários.

A falta de profissionais em algumas áreas preocupa e não existe estimativa alguma de novas contratações, estes são educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. Como podemos ver, estas áreas proporcionam um grande respaldo a ESF e temos deficiência o que sem dúvida alguma prejudica a qualidade do seguimento ao usuário. Não contamos com prontuário eletrônico e isso eu considero uma grande deficiência, pois os prontuários

que temos estão desatualizados e os poucos que foram escritos não se entende a letra. Os usuários não tem nenhum diagnóstico na maioria das vezes, mesmo depois de passarem por consultas especializadas, isso sim é um grande problema, pois cada consulta com um usuário novo tenho que começar do zero.

Não temos agendamento de consultas para os clínicos gerais, apenas para algumas especialidades e está superlotada, a pediatria só tem vaga para janeiro de 2015. Os materiais de consumo e insumos estão presentes e em boas condições com exceção da caderneta do idoso que não temos, alguns materiais educativos de odontologia são insuficientes ou não existem. Penso que tem pouco impacto negativo em nosso trabalho as deficiências destes materiais a exceção da caderneta do idoso que é uma importante ferramenta para atender este grupo especial de usuário.

Os medicamentos e os preservativos estão quase sempre presentes em condições ótimas e em número suficiente, a farmácia da UBS é muito eficiente, é difícil faltar medicamentos básicos, às vezes até sobra e temos que cuidar para não vencer o prazo de validade destes medicamentos. Quando se identifica alguma deficiência à farmácia se dispõe a comprar e, além disto, temos farmácia popular que também ajuda muito. Nossa deficiência está nos fitoterápicos e homeopáticos, porém poucos médicos os utilizam e estamos trabalhando para pouco a pouco ir inserindo estes na prática do dia a dia. Estes aspectos afetam nosso trabalho e o fazem de forma positiva, pois poder contar com uma ampla gama de medicações é excelente.

Com relação às vacinas estas estão todas completas e 100% disponibilizadas e aplicadas segundo protocolos do Ministério da Saúde (MS). A respeito dos testes diagnósticos realizados na UBS, temos a maioria deles disponíveis todos os dias e nos dois turnos de funcionamento da mesma, a exceção do teste rápido de gravidez e de urina. Também temos enfermeiros treinados para a realização dos mesmos, isso também é um fator positivo.

Os exames complementares têm problemas sérios, tenho acesso a praticamente todos os exames laboratoriais, o problema é a demora na realização e muitos usuários optam por pagar os exames devido à demora ou então não realizam os exames. Os exames invasivos e de imagem a dificuldade é ainda maior porque o número disponível pelo SUS é bem limitado e a demanda é enorme, o que gera

muitas frustrações e até desentendimentos, isso impacta de forma negativa o trabalho, pois prejudica a agilidade e também o adequado acompanhamento dos usuários.

O acesso ao atendimento especializado é outro problema grave, a maioria das especialidades ou não temos acesso ou demora muito tempo mesmo, então a solução é pagar para ser atendido, só funciona de forma satisfatória a gineco-obstetrícia (GO) aqui no município, a cardiologia quase supre a demanda, a pediatria é insuficiente, são 20 consultas uma única vez ao mês para a população total do município. As demais especialidades como angiologia, dermatologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nefrologia, neurologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, terapia ocupacional, traumatologia e urologia é apenas através do sistema privado. Os convênios não são suficientes e muito caros, é obvio que isso impacta de forma negativa e sobrecarrega muito a atenção primária, pois temos que fazer milagres muitas vezes e o usuário sai perdendo.

O acesso a material bibliográfico é mínimo e dispomos de muito pouco tempo para tentar acessar. Disponibilizamos de acesso ao telessaúde através de chamadas telefônicas, mas não através de vídeo conferências, é um ótimo programa e ajuda muito em caso de dúvidas pontuais. Com respeito às prioridades, creio que seria suprir a demanda de profissionais que faltam e mudar a forma de atendimento que é apenas de demanda espontânea e começar o agendamento de consultas. Sobre os exames laboratoriais logo estará entrando em funcionamento o laboratório, e espero que resolva a demora nos exames. Não creio que a contratação de novos profissionais vá ocorrer tão cedo, pois a prefeitura está cortando despesas, já tentei o agendamento de consultas sem sucesso mais irei tentar novamente.

Com respeito às atribuições de cada profissional e de um todo se percebe que em grande parte das atribuições se cumpre o que é exigido na portaria vigente. Temos no momento no município duas ESF cadastradas, as duas com profissionais de saúde bucal, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, e 06 ACS, todos os profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), e todos participaram da territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Realizamos o cuidado em saúde da população além da UBS, nas escolas onde temos o Programa Saúde na Escola (PSE), nos domicílios onde

temos implantado Visitas Domiciliares (VD) semanais por uma equipe e quinzenais por outra equipe e espaços das comunidades onde são realizadas algumas reuniões com grupos específicos, realizamos a notificação compulsória e também a busca ativa de faltosos.

Existe problema com o engajamento público o qual é inexistente, pois não temos grupos de adolescentes, de capacitação para o trabalho, de atenção ao portador de hipertensão e/ou diabetes, de idosos e de saúde da mulher. Nem todos os profissionais da equipe participam dos grupos e infelizmente alguns não demonstram nenhum interesse em participar. Até o momento não é realizada nenhuma ação para incentivar a participação da comunidade no controle social, poucos profissionais realizam atividades de qualificação profissional, estas limitações citadas acima tem impacto negativo no cuidado integral do usuário da mesma forma que as ações que estão sendo realizadas de forma correta têm impacto positivo no cuidado.

Em meu ponto de vista o pecado maior que se está cometendo é a não realização de atividades com intuito de promover a participação popular buscando o controle social, deixando os grupos de riscos completamente expostos como é o caso dos hipertensos e diabéticos. É obvio que ao não se trabalhar com estes grupos aumenta os riscos individuais de agravos à saúde e também aumenta a demanda espontânea destes à UBS, demandando maior número de consultas devido a não terem um adequado acompanhamento. As alternativas propostas para tentar ampliar as atribuições dos profissionais seria a implementação dos grupos específicos e buscar um maior controle social através da participação ativa da comunidade nas ações de saúde.

A ESF II tem uma população de 2.828 habitantes, sendo que existe um pequeno predomínio do sexo feminino sobre o masculino principalmente dos idosos. No município se percebe menor número de crianças, menor número de gestantes, menor número de adolescentes e maior número de idosos se compararmos com as estimativas do IBGE para o território nacional, isso pode ser devido ao êxodo rural que cada vez é maior nos pequenos municípios. O número de pessoas para a área adstrita da ESF II é adequado, o único impasse é a grande distância que existe nesta área de abrangência o que dificulta às vezes as visitas domiciliares.

Com relação ao atendimento a demanda espontânea realizado em na UBS gostaria de comentar como este é realizado, o usuário entra na UBS e se dirige a recepção onde expõem seu desejo de consulta ou de realização de algum procedimento ambulatorial. Se a demanda é a realização de algum procedimento, o usuário será encaminhado para realizá-lo (vacinação, retirada de medicamentos na farmácia, aplicação de alguma medicação injetável, citopatológico, testes rápidos, etc...), se a demanda é por consulta médica irá retirar uma Ficha de Atendimento e esperar a ser chamado por algum enfermeiro (a). Este irá definir se o usuário passa ao médico caso ainda tenha ficha. Caso se trata de uma urgência estas são todas atendidas com o maior esmero possível.

O acolhimento na UBS se da então basicamente pelos enfermeiros (as) que podem ser da ESF I, da ESF II ou do Hospital, eles questionam sobre a queixa do usuário, aferem a pressão arterial e anotam na Ficha de Atendimento e segundo a classificação de risco do usuário, se estabelece as prioridades e a ordem de atendimento médico. Alguns profissionais realizam o acolhimento de forma adequada com uma escuta de qualidade, com classificação de risco e às vezes até resolvem a demanda do usuário, já alguns outros profissionais apenas olham o usuário e passam para o médico sem acolhimento algum. Nesses casos o que é feito é apenas uma triagem.

Se existe excesso de demanda espontânea o que é feito é que se pede ao usuário que retorne outro dia, não se tem marcação ou agendamento de consulta assim este usuário terá de chegar cedo novamente para tentar conseguir uma ficha para ser atendido, da vergonha de falar, mas é assim. Já para cardiologia, pediatria e GO como estes profissionais vêm com menor frequência atender na UBS, se marca um determinado número de fichas para aquele dia, porém não se marca a hora do atendimento, obrigando a todos chegarem bem cedo para retirar suas fichas e serem atendidos pelo especialista segundo a ordem de chegada. Também penso que não devia ser assim, mas é o que se faz até o momento. Uma medida a ser tomada que pode impactar de forma positiva e diminuir a demanda espontânea é o agendamento de consultas, isso também irá diminuir o tempo hábil de espera dos usuários.

Na UBS são ofertados vários serviços para o atendimento das crianças da área de cobertura, estes serviços são puericultura, primeira consulta até os sete dias

de vida mediante VD, Teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho, vacinações, monitoramento de crescimento e desenvolvimento assim como orientações sobre Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e sobre prevenção de acidentes. Já está implantado o programa de Primeira Infância Melhor (PIM) que realiza visitas semanais as crianças desde antes do nascimento. Tudo é realizado segundo as recomendações do MS através do Caderno de Atenção Básica (CAB) 33 saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Temos na área de abrangência da equipe uma cobertura de aproximadamente 82% segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP), pois para a população da ESF II deveria ter 34 crianças menores de um ano e existem apenas 28 crianças menores de um ano.

Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança não estão nada bons, quando cheguei aqui não se fazia puericultura, agora já esta implantada e está tendo boa adesão, porém ainda não conto com informações exatas sobre o número de consultas em dia, que varia de 30 a 40%. Tem outro fator que é a área indígena, pertence à ESF, porém é outra equipe que trabalha lá, então não sei se realizam puericultura na área indígena. Sobre a primeira consulta até o sétimo dia de vida, estamos realizando mediante VD, à porcentagem é baixa dado que faz apenas quatro meses que estou trabalhando aqui, porém todos os que nasceram depois de eu estar trabalhando aqui receberam uma consulta até o sétimo dia de RN. Teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho, vacinações, monitoramento de crescimento e desenvolvimento assim como orientações sobre Lactância Materna Exclusiva (LME) e sobre prevenção de acidentes já eram realizados antes e agora mais ainda com 100% de aproveitamento. Com a implementação de puericultura em nossos serviços percebemos que o número de atendimentos as crianças por problemas de saúde caiu e a aceitação e adesão da população a este serviço é enorme, com isso se consegue trabalhar prevenção em saúde. Nossa forma de registro ainda é através de prontuários de papel e também a caderneta da criança e o cartão de vacinação, pretendemos implantar um sistema eletrônico de registro que facilite o acesso à informação.

Não temos atividades coletivas de educação em saúde voltadas a este grupo específico, porém atividades com a família sim são realizadas pela equipe de saúde e também pelas orientadoras do PIM.

O atendimento as gestantes é prestado na UBS por enfermeiros e gineco-obstetras, é realizado a captação, indicação de exames complementares, consultas periódicas, realização de ultrassonografias, indicação de medicações suplementares se necessário, também são feitas reuniões em grupos de gestantes com equipe multidisciplinar onde se trata praticamente todos os temas referentes à gestação, puerpério e cuidados da usuária assim como do bebê, da importância da LME até o sexto mês entre outros assuntos. Todas as ações são baseadas em um protocolo exclusivo para estes fins e os registros são realizados no cartão da gestante, no prontuário individual e no cartão de vacinação.

Com relação à cobertura do pré-natal a avaliação apontou o índice de cobertura de 64%. Temos 27 gestantes no território da equipe e esperava-se que existissem 42 gestantes, todas acompanhadas e com registro atualizado no Sispré-natal. Os indicadores de qualidade da atenção ao Pré-natal estão quase todos a 100%, a exceção da captação precoce onde apenas 19 gestantes (70%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O exame ginecológico trimestral praticamente não ocorre e apenas 63% das gestantes tem avaliação de saúde bucal no período gestacional.

Com respeito ao puerpério a cobertura deste em nossa ESF é de 82%, o número de partos nos últimos 12 meses foram 28, o CAP gerou o número de 34, o que me dá uma cobertura de 82%. Os indicadores de qualidade da atenção ao puerpério estão bons, das 28 puérperas todas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, todas tiveram a sua consulta puerperal registrada, todas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido tanto no pré-natal como no puerpério, todas receberam orientações sobre LME tanto no pré-natal como no puerpério, todas receberam orientação sobre planejamento familiar. Com respeito ao exame clínico das mamas este só é feito em caso de alguma intercorrência, porém sempre se pergunta se a usuária apresenta sinais flogísticos ou algum desconforto, também se pergunta se a pega está sendo adequada, se não criou fissuras, se explica os cuidados relativos às mamas seja de higiene ou para prevenir comorbidades. Todas tiveram o abdome examinado, porém nem todas realizaram exame ginecológico, este só se realiza caso a usuária apresente algum dado ao interrogatório que indique alguma anormalidade em sua recuperação, todas tiveram

seu estado psíquico avaliado e somente algumas poucas tiveram intercorrências, porém todas que tiveram intercorrências foram avaliadas.

Todas as usuárias que dão seguimento na UBS são muito bem atendidas e com profissionais bem preparados, porém se tivesse que mudar algo sugeriria que fosse realizado mais partos normais e conseqüentemente menos cesáreas. A cobertura que a UBS tem é de quase 100%, só fica de fora apenas as que optam pela rede privada, é raro uma captação tardia e temos pouquíssimos casos de gestantes adolescentes, talvez se fosse realizada alguma atividade na comunidade buscando conscientizar as mulheres que o pré-natal da UBS é tão quanto eficiente que o da rede privada nós conseguiríamos aumentar ainda mais a cobertura. Sobre a qualidade do atendimento o que se pode melhorar é tentar a conscientização das puérperas de que se deve dar seguimento no pós-parto mediante consultas médicas na UBS para obter orientações com relação aos cuidados de seu corpo e do RN, além de buscar o diagnóstico precoce de alguma intercorrência.

Na UBS são realizadas ações de prevenção do câncer de colo uterino e câncer de mama através de campanhas anuais incentivando a realização de preventivo e mamografia para mulheres de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos de idade respectivamente. Também é realizada coleta de preventivo e indicação de mamografia durante todo o ano para as mulheres que não participam da campanha anual, pois se trabalha com os ACS incentivando e conscientizando sobre a importância destes exames e de sua periodicidade, assim como o exame clínico das mamas e o autoexame das mamas. Realizamos também a busca ativa de faltosas e reuniões nas comunidades para buscar uma maior conscientização da população, todas estas ações seguem os protocolos do MS através dos cadernos de atenção básica e têm todas suas atividades registradas em livro específico, além do registro no Sistema de Informação do Câncer e no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCAN E SISCOLO).

A cobertura de prevenção de câncer de colo de útero é de 97%, ou seja, temos na área de cobertura da ESF 751 mulheres com idade entre 25 e 64 anos e a estimativa do CAP era de 778 mulheres nesta faixa etária. Os indicadores de qualidade não estão nada bons, temos aproximadamente 86% das mulheres alvo com o exame citopatológico em dia, todas já receberam orientações sobre a prevenção do CA de colo de útero. O trabalho esta sendo feito, porém não está

sendo avaliada sua eficácia, o bom de tudo isso é que do total de exames realizados no ano tivemos apenas um exame alterado e em estádios precoces.

Entre os aspectos que poderiam ser melhorados estão às formas de registro das usuárias que realizam os exames, deveria ser adequado de fácil manejo e prático para melhorar a cobertura e chegar bem próximo a 100%. Nós temos reuniões de equipe semanalmente e todos os problemas relacionados à saúde dos usuários são levantados na equipe para discutir e ser acompanhado de perto pelos ACS. É uma boa estratégia para não se perder o seguimento das usuárias que apresentam algum exame alterado. Com relação à cobertura de controle do CA de mama temos uma peculiaridade, a cobertura é maior que 100%, temos 318 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e o CAP estimou 292 mulheres nesta faixa etária, isso me levou a refletir e chegar à conclusão de que nosso município também é vítima do êxodo rural, os jovens saem em busca de emprego e a população é mais idosa que jovem, por isso temos menos gestantes e menos crianças.

Os indicadores da qualidade do controle do CA de mama não são fidedignos, porém estamos já trabalhando na orientação da população sobre sua prevenção, sobre a importância do autoexame das mamas de forma mensal e também do exame clínico das mamas com periodicidade mínima anual, assim como a realização de mamografia com periodicidade segundo protocolo específico do MS. Porém o que se percebe é que se faz até a mais do indicado pelo MS. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade temos que melhorar a forma de registro para então saber a real situação do município e divulgar o rastreamento segundo protocolos do MS.

As dificuldades que enfrentamos no momento são com respeito ao seguimento de usuárias que tem alguma alteração mamográfica, pois não temos referência para nível secundário onde se poderia fazer biopsia, por exemplo, para confirmação de caso, restando apenas o sistema privado e propiciando grande morosidade na confirmação diagnóstica. A adesão da população é ótima a todas estas ações, assim como a participação de toda a equipe nestas ações.

No momento poucas ações de atenção são realizadas para os portadores de hipertensão arterial e diabetes, nos limitamos apenas ao acompanhamento clínico, realização de visitas domiciliares e orientações individuais de modo e estilo de vida

saudáveis como é a prática de exercícios físicos, uma alimentação equilibrada e balanceada, assim como o não consumo de drogas, dentre outros.

Com respeito à hipertensão arterial sistêmica (HAS) o CAP apontou uma cobertura de 81%. Temos um total de 515 usuários com HAS e penso que este número não está errado, pois temos um sistema bem efetivo de rastreio. A população busca saber os seus níveis pressóricos em cada vinda à cidade e todos os anos é feita uma campanha de saúde onde se faz rastreamento de HAS e diabetes mellitus (DM) entre outros problemas de saúde a população.

Os indicadores de qualidade da atenção à HAS estão regulares, não temos agendamento de consultas para dia e hora marcada, porém os exames complementares periódicos, orientação sobre atividade física regular e orientação nutricional todos os usuários recebem. Agora sobre avaliação de saúde bucal não tenho dados concretos, estes usuários recebem atendimento em saúde bucal se procurarem este serviço.

Temos uma cobertura para DM de 23% apenas (41 pessoas), a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da ESF II não me parece adequada e houve uma discrepância muito grande entre o número de diabéticos que temos com o número estimado pelo CAP. Possuímos aqui uma área indígena e estes usuários não sofrem este tipo de doença, além disto, a população é estritamente rural. Isto quer dizer que a imensa maioria tem um trabalho pesado com bastante atividade física o que diminui o número de pessoas obesas e sobrepeso que também pode influenciar na baixa prevalência de diabéticos.

Os indicadores da qualidade da atenção à DM não estão bons, aqui na UBS o seguimento se faz basicamente com exames complementares periódicos, orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável além das orientações a adesão ao tratamento. Poderíamos melhorar estas ações criando grupos de HIPERDIA, realizando grupos de caminhadas para hipertensos e diabéticos, proporcionando acompanhamento com nutricionista, psicóloga e preparador físico. Outra ação importante seria orientar e garantir que estes usuários periodicamente recebessem avaliação de saúde bucal tentando evitar infecções que podem levar a descompensação de seus quadros. Não contamos com registro específico para estes usuários e sim com o prontuário individual. Não tenho dúvidas que poderia ser feito muito mais por estes grupos de usuários, porém não temos

previsão de contratação de profissionais para ajudar na otimização das ações em saúde para estes grupos específicos e apresentamos grande demanda espontânea onde não temos a disponibilidade de liberar um profissional para a realização destas atividades.

A saúde do idoso vem cada vez mais tomando força na atenção primária de saúde, pois a população brasileira se faz cada vez mais idosa. A estimativa do número de idosos residentes na área parece adequada a nossa realidade, porém analisando mais detalhadamente os números percebemos que temos aproximadamente 30% de idosos a mais que o estimado pelo CAP, ou seja, temos 465 idosos na área de abrangência e o CAP estimou apenas 385 usuários idosos, é uma diferença de quase 100 usuários.

Temos mais idosos do que gestantes e crianças, talvez esse seja um motivo pelo qual a demanda espontânea a atendimento médico seja tão grande. Os indicadores da qualidade não estão nada bons, não temos caderneta do idoso, não temos grupo de idosos e as recomendações de estilo e modo de vida são feitas apenas em consultas onde o tempo é bastante limitado. Sabemos quem são e prestamos o devido acompanhamento aos idosos com HAS e DM, porém não se faz avaliação de risco nem investigação de indicadores de fragilidade. O que se observa no município é que a porcentagem de população idosa é maior que a nível nacional, pensamos que isso seja devido a que os jovens do campo cada vez mais estão migrando para as grandes cidades deixando os idosos no campo, isso é a realidade nossa neste momento. Na UBS prestamos atendimento clínico individual aos idosos, é feita vacinação de acordo com o programa nacional de vacinação, ofertamos exames laboratoriais e realizamos visitas domiciliares também.

Para tentarmos melhorar a cobertura e a qualidade da atenção aos idosos temos que evitar qualquer tipo de barreiras arquitetônicas na UBS, criar um sistema de agendamento de consulta eficaz, também melhorar a forma de registro dos atendimentos de maneira que facilite a compreensão dos dados registrados. Também devemos planejar ações de intervenção na população conscientizando a importância de modo e estilo de vida saudável, pois temos um maior envelhecimento de nossa população.

Um dos maiores desafios a ser superado é o de mudar a maneira de fazer, mudar a mentalidade e mudar o comodismo que existe que leva ao pensamento

que, da forma que está já está bom e que não se pode melhorar. Um desafio a ser superado é com relação à forma de agendamento de consultas, gostaria de implantar na UBS o agendamento de consultas, para assim diminuir o tempo de espera dos usuários por um atendimento, e posteriormente mudar o sistema de registro da UBS, mudando de prontuário de papel para prontuário eletrônico com registro online e permitindo assim que os diversos profissionais da área de saúde da UBS tenham acesso a informações do usuário de forma clara e legível.

Tem atualmente duas equipes de saúde bucal no município, e atendem 60 horas semanais entre as duas equipes. Com relação a prática clínica a capacidade é muito boa, pois contam com profissionais bem treinados e capacitados e com recursos, materiais necessários, tanto na UBS quanto nas escolas e no distrito. As ações coletivas estão bastante limitadas, um pouco devido a grande demanda reprimida que existia que exige maior atendimento individual, e outro tanto devido à falta de tempo hábil e planejamento.

A forma de registro não permitiu o adequado preenchimento do CAP, o que se conseguiu de dados através dos registros foi o número total de atendimentos em primeira consulta programática, em atendimento não programado, em atendimentos com tratamento inicial completado, em orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas e em número de procedimentos clínicos que são respectivamente: 136, 332, 69, 31, 544. Vale lembrar que estes dados são referentes à produção total das duas equipes no mês e não se faz registro específico as diferentes faixas etárias e nem dividindo equipe I da equipe II. A média de procedimentos clínicos por habitante mês na UBS é de aproximadamente 1,02%, a população do município é de 5.320 habitantes. Foram realizados 544 procedimentos no último mês para a população total do município, este valor está entre os parâmetros mínimos e máximos estabelecidos pelo MS, o que me leva a pensar que está correto o número de procedimentos clínicos para a UBS. A maior dificuldade encontrada com relação à saúde bucal é sua forma de registro que não permite uma adequada análise da real situação, pois não é feito o registro das ações separadamente por faixas etárias. Uma medida para melhorar esta situação é recomendar urgentemente que se comece a fazer um adequado registro de suas atividades e que se intensifique as atividades coletivas que são minorias até o momento.

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

Com respeito à comparação entre este relatório e o texto realizado na segunda semana de ambientação o que se percebe é que o relatório está mais completo e descreve melhor a situação da UBS, porém muitos aspectos continuam iguais como, por exemplo: a composição das equipes, o trabalho com os grupos específicos, a assistência das especialidades, a questão do atendimento às gestantes através do programa Mãe Salzanense e não pela rede cegonha, a demanda espontânea está diminuindo, antes eu atendia entre 30 a 35 usuários ao dia, agora este número está entre 22 a 26 usuários ao dia.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Brasil vem sofrendo grandes mudanças em seu sistema de saúde, assim como na atenção a puericultura e na saúde da criança, em poucos anos diminuiu a mortalidade infantil de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Inúmeras ações foram criadas ao longo dos anos com o objetivo de intervir nesta realidade a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos estava sendo realizado. A rede cegonha vem justamente para fazer estas mudanças e garantir um seguimento adequado às crianças, que de certa forma pelo envelhecimento da população brasileira e pelo grande aumento das doenças crônicas não transmissíveis, foram deixadas um pouco de lado e até meio esquecidas. O objetivo principal de otimizar a atenção a saúde da criança em minha unidade é justamente o de garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) trabalham duas Equipes de Saúde da Família (ESF), com dois médicos, dois enfermeiros, dois tec. Enfermagem, dois odontólogos, sendo que uma equipe tem médico apenas 20 horas semanal. Contamos com consultórios médicos, de enfermeiros, sala de vacinas, sala de curativos, temos sala de nebulização e farmácia. Na área de abrangência de minha equipe temos 2.819 pessoas, sendo que destas, 28 são crianças menores de um ano. No município temos um total de 245 crianças menores que seis anos, sendo que 122 são da ESF I e 123 são da ESF II, com exceção das crianças da área indígena, que possuem uma equipe de saúde específica para a área indígena.

A população alvo da nossa intervenção será as crianças de 0 a 72 meses. Temos 245 crianças na idade preconizada na UBS, todas serão contempladas na intervenção. A adesão atualmente é pequena, apenas 33 % das menores de um ano comparecem ao serviço de puericultura e os maiores de um ano só vêm a UBS para vacinação ou se apresentam alguma comorbidade. O serviço de vacinação, testes do pezinho, orelhinha e olhinho eram realizados antes de minha chegada ao município, às demais ações em saúde não eram realizadas. Devido a isso a qualidade da atenção à saúde da criança em minha UBS não era otimizada. No momento está sendo realizado VD médica na primeira semana de vida, acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento através de consultas de puericultura com frequência segundo a necessidade e a idade, incentivo a LME até os seis meses de idade, rastreios neonatais e vacinação.

A atenção à saúde da criança em minha UBS ainda está desorganizada, os atendimentos das crianças se davam por uma pediatra que atendia ao mês em torno de 15 a 20 fichas que eram e são ainda marcadas com meses de antecedência, gerando uma enorme demanda reprimida, frustrações e o não acompanhamento adequado segundo preconiza pelo MS. Devido à importância que se tem de levar um adequado acompanhamento de nossas crianças, se começou a prestar serviço de puericultura com bons resultados. A intenção agora é ampliar a cobertura e organizar um meio prático para que se garanta um atendimento de puericultura efetivo.

As duas equipes estão preparando-se para atender esta nova demanda e os ACS se dispuseram de levar o controle da frequência das avaliações assim como a realização da busca ativa dos faltosos, se existirem. Temos dificuldades com a logística, o interior do município é muito extenso e a realização das VD está sendo cortadas para diminuir despesas. Outra limitação é que ainda não trabalhamos com agendamento de consulta na UBS o que leva a uma demanda espontânea exagerada, isso limita o tempo disponível para as puericulturas. Penso que com a intervenção podemos melhorar os indicadores de qualidade da população alvo, diminuindo o número de crianças com baixo peso, diminuindo o número de internações por doenças diarreicas agudas e o número de internações por infecções das vias aéreas superiores (IVAS), assim como melhorar a prevenção de acidentes e de adoecimentos nas diversas faixas etárias da população alvo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de vida na UBS de Liberato Salzano, Liberato Salzano/RS.

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

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva até os 3 meses de idade em 100% das crianças.

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

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

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 5 Mapear as crianças de risco pertencentes a área de abrangência

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

Objetivo 6 Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família no Município de Liberato Salzano. Participarão da intervenção 245 crianças de 0 a 72 meses.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: Os ACS irão fazer o cadastramento das crianças que irão participar com nome completo e data de nascimento. No momento das consultas serão preenchidos os dados das fichas espelho das crianças, às quais revisaremos semanalmente. Utilizaremos a planilha de coleta de dados para acompanhamento e monitoramento da cobertura e frequência de consultas que serão atualizadas pelas equipes no momento reunião de equipe semanal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.
- Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: O cadastramento das crianças na unidade de saúde será feito pelos ACS. O cadastramento no programa de saúde da criança será realizado no momento das consultas, com o preenchimento da ficha espelho. Será realizado o agendamento com dia e hora específica para cada consulta de puericultura, iniciando pelas crianças com maior risco de morbidade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Divulgação do programa de saúde da criança e seus benefícios através dos ACS e de meios de comunicação (rádios locais).

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento: Faremos reuniões com a equipe e funcionários da recepção da UBS, para capacitar de como realizar o acolhimento humanizado, seguindo protocolos do MS. As capacitações serão realizadas nas primeiras semanas de intervenção;

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

Detalhamento: Estudo individual e em equipe do caderno de atenção a saúde da criança proposto pelo MS e discussão em reuniões da equipe sobre temas relacionados, durante as primeiras semanas de intervenção.

### Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento: Será monitorado através de planilha específica de controle de frequência que ficará na sala de vacinas e pela planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Revisaremos as fichas espelho semanalmente. Será realizada reunião mensal com equipe para avaliação do monitoramento.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O profissional que estiver trabalhando na sala de vacina está encarregado da planilha de controle de frequência e avisará o ACS específico para buscar a família da criança faltosa e remarcará a consulta.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os ACS irão realizar visita domiciliar na primeira semana de vida da criança e será orientada a família e a gestante, no grupo de gestantes, a importância de ir à UBS entre o terceiro e o sétimo dia para realização do teste do pezinho e a consulta médica de puericultura.

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

Detalhamento: Passar informação sobre os benefícios do acompanhamento regular nos grupos de gestantes será realizado pelos enfermeiros das equipes.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento: faremos reuniões com a equipe e funcionários da recepção da UBS, para capacitar de como realizar o acolhimento humanizado, seguindo protocolos do MS. As capacitações serão nas primeiras semanas da intervenção.

- Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

Detalhamento: Estudo individual e em equipe do caderno de atenção a saúde da criança proposto pelo MS e discussão em reuniões da equipe sobre temas relacionados. Os estudos serão nas reuniões de equipe das primeiras semanas de intervenção.

Metas 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento: Checar em cada consulta se foi marcado no cartão da criança o desenvolvimento do crescimento. Os dados serão registrados nas fichas espelho, que serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir junto ao gestor material adequado.
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: Já temos estes equipamentos na sala de vacinas. Todas as crianças possuem cartão da criança individual onde tem os gráficos de crescimento e serão realizadas as anotações nestes. Já dispomos do impresso do Protocolo em versão atualizada.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Informar aos cuidadores da criança em todas as consultas o que deve acontecer, o esperado, o normal em cada etapa da vida da criança, facilitando assim a identificação precoce de qualquer atitude patológica.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Este treinamento e padronização das técnicas adequadas serão realizados nas reuniões da equipe ao início da intervenção.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Anotar em prontuário as crianças com déficit de peso, fazer registro específico e registrar o déficit também na caderneta da criança e fichas espelhos que serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento. Será aumentada a frequência de consultas de acordo com a necessidade individual, para maior controle.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: Já existe material necessário para realizar as medidas antropométricas na sala de vacinas, assim como o protocolo em versão eletrônica e impressa.

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

Detalhamento: Identificar na caderneta da criança este fato e destacar com marca texto o nome das crianças com déficit de peso na ficha espelho da criança, para facilitar a identificação e dar o adequado seguimento para estes casos.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: Informar aos cuidadores da criança em todas as consultas que deve acontecer, o esperado, o normal em cada etapa da vida da criança, facilitando assim a identificação precoce de qualquer atitude patológica.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento da equipe nas técnicas adequadas para a realização das medidas antropométricas.

- Padronizar todas as equipes de saúde que trabalham na UBS.

- Fazer treinamento da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: Este treinamento e padronização das técnicas adequadas serão realizados nas reuniões da equipe ao início da intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Criar planilha específica para registro desta particularidade e revisar as fichas espelhos semanalmente, assim como aumentar a frequência de avaliações com controle de peso, incentivar alimentação saudável e praticas de exercícios físicos, com acompanhamento de nutricionista se possível.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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

Detalhamento: O detalhamento para essas ações já foi exposto acima.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: O detalhamento para essas ações já foi exposto acima.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: O detalhamento para essas ações já foi exposto acima.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Realizar avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo em cada consulta médica, assim como anotar na caderneta da criança e ficha espelho e explicar aos cuidadores o esperado para cada faixa etária e como pode ser estimulado este desenvolvimento. As fichas espelho serão revisadas semanalmente para o monitoramento.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir encaminhamento das crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento: Encaminhar, referenciar de caráter urgente qualquer suspeita de patologia do desenvolvimento à pediatra que atende na UBS, para adequado diagnóstico e tratamento. Anotar na caderneta da criança, na ficha espelho e no prontuário individual como forma de alerta.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Detalhamento: Informar aos cuidadores da criança em todas as consultas as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

- Capacitar a equipe no preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Essas capacitações serão realizadas nas reuniões de equipe, através do estudo de protocolo específico na primeira e segunda semana de intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento: Anotar em ficha de vacinação e em prontuário eletrônico as datas específicas de vacinação de acordo com o calendário nacional de vacinação. Também essas informações estarão nas fichas espelho que serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento da intervenção.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para sua aplicação.

- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

- Realizar controle da cadeia de frio.

- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

- Realizar controle da data de vencimento do estoque.

- Fazer busca ativa de faltosos.

Detalhamento: O profissional encarregado da sala de vacina fará um levantamento mensal de seu estoque e informará ao gestor municipal qualquer adversidade, ademais será realizado semanalmente o controle da cadeia de frio. Avisar na reunião semanal o nome dos faltosos para os ACS realizar a busca ativa.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Será realizado em cada consulta e em cada vacinação será agendada a data da próxima vacina assim como acompanhado pelos ACS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Capacitação em reuniões da equipe, com exposição de materiais pelo responsável de sala de vacinas, na primeira e segunda semana de intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: Anotar em registro específico e ficha espelho cada criança que começar com suplementação de ferro. As fichas espelho serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: Passar uma lista do número de crianças que usam o suplemento, para a farmácia prever a necessidade mensal e não deixar faltar.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

Detalhamento: Orientação será realizada pelo médico e enfermeiros, e será verificada a adesão pelos ACS através de visitas domiciliares.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar o médico segundo o Ministério da Saúde (MS), para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso.

Detalhamento: Estudo individual por parte do médico de matérias propostos pelo MS.

Metas 2.8. Realizar triagem auditiva até os 3 meses de idade em 100% das crianças.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: Serão realizados grupos para ir a Trindade do Sul, realizar o exame e será anotado o resultado na caderneta da criança e nas fichas espelho, que serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: Ter um fluxo determinado previamente, através do sistema de referência.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Serão feitas as orientações pelos membros da equipe, através de VDs, através de reuniões de grupos de gestantes, assim como no momento da realização do teste do pezinho e também na primeira consulta médica agendada para a primeira semana de vida da criança.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

- Treinar a equipe no rastreio de faltosos.

Detalhamento: Estudo independente do médico sobre a importância da triagem auditiva, assim como o treinamento da equipe na identificação dos faltosos, na primeira e segunda semana de intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento: Anotar em ficha espelho os RN que realizaram o teste do pezinho até os 7 dias de vida. As fichas espelho serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir junto ao gestor a realização do teste do pezinho.

Detalhamento: garantiremos com o gestor termos pessoa treinada para a realização do teste, disponível para este fim, os dois turnos de funcionamento da UBS, todos os dias uteis.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientação que será dada pelos enfermeiros da equipe nas reuniões de grupo das gestantes.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Detalhamento: Capacitar os enfermeiros e técnicos de enfermagem nas adequadas técnicas para a realização do teste do pezinho, será realizado com um RN em uma reunião de equipe na primeira ou segunda reunião de equipe.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, da área de abrangência.

Detalhamento: O médico nas consultas de puericultura encaminhará as crianças para primeira avaliação odontológica. Anotará em planilha específica e nas fichas espelho as crianças que passam por avaliação da necessidade de atendimento odontológico. As fichas espelho serão revisadas semanalmente para adequado monitoramento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: O acolhimento das crianças e seus acompanhantes serão realizados pela técnica de saúde bucal, esta realizará o agendamento da avaliação pelo odontólogo para uma data posterior se já não houver mais vagas para aquele determinado dia, pois será reservada uma consulta por turno para as crianças inscritas no programa, das sete consultas realizadas cada turno pelo odontólogo, isso para as crianças maiores de 24 meses, pois para as menores desta idade (12 a 18 meses) será previamente agendada a consulta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico na própria consulta de puericultura realizada pelo médico ou enfermeiro.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Informaremos a comunidade sobre a importância da avaliação em saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses através dos ACS em VDs durante todo o tempo de intervenção, e também através de entrevistas em programas de rádios locais na primeira e na oitava semana de intervenção.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitação dos odontólogos da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Esta qualificação será feita através de explicações realizadas pelos odontólogos da equipe para a equipe de saúde, principalmente para os técnicos, enfermeiros e médico da equipe devido a importância destes profissionais adquirirem o mínimo necessário de conhecimento na identificação de patologias odontológicas e para que possam fazer orientações adequadas sobre higiene bucal, técnicas adequadas de escovação e limpeza. Será utilizada a sala de reuniões da UBS para tal ação e duas horas da reunião da terceira semana de intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras na área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Detalhamento: O médico encaminhará as crianças sem primeira consulta odontológica ao odontólogo e este anotarà na ficha espelho as crianças que já foram avaliadas. A equipe irá fazer monitoramento através da revisão das fichas espelho, semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Manter sempre as portas da unidade abertas a saúde da criança, dando prioridade de atendimento com o odontólogo da equipe às crianças da área de abrangência e inscritas no programa, ademais será organizada a agenda de atendimento do odontólogo junto à equipe, priorizando as crianças que mais necessitem segundo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico já realizada, esta avaliação mostrará as prioridades, que serão informadas ao médico da equipe e este então irá realizar o agendamento das crianças para a primeira consulta odontológica programática, por turno será reservado uma consulta para estes fins.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Detalhamento: Através de VDs feita pelos ACS e da programação da rádio local como já exposto acima.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: Faremos as capacitações na UBS nos espaços reservados às reuniões de equipe, nas duas primeiras semanas de intervenção.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será feito por toda a equipe através de análise de planilha de coleta de dados e revisaremos semanalmente as fichas espelho, para adequado monitoramento. Os ACS, nas reuniões de equipe relatarão as visitas realizadas para busca ativa das crianças faltosas.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar as VDs dos ACS para buscar crianças faltosas.
- Organizar a agenda do médico para acolher as crianças provenientes das buscas ativas.

Detalhamento: A busca será feita pelos ACS conforme a demanda e a agenda do médico, estas buscas ativas serão reorganizadas de acordo com a necessidade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Detalhamento: Será tratado o assunto nos grupos de gestantes, nas VDs dos ACS e na programação de rádios locais como exposto acima.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Treinar os ACS na identificação das crianças em atraso. O treinamento será realizado na terceira semana de intervenção, na reunião de equipe

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: Será monitorado através de análise de planilha de coleta de dados e da revisão das fichas espelho, semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.
- Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Todas as consultas serão feitas FAA e serão lançadas no SIAB, será escrito no prontuário e na caderneta da criança. Incorporaremos à rotina do serviço a utilização das fichas espelho de saúde da criança. O responsável pelo registro será o médico da equipe, com apoio do enfermeiro.

#### 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.

Detalhamento: A orientação será dada nas VDs através dos ACS durante todo o período de intervenção.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feito o treinamento nos espaços de reuniões da equipe nas primeiras semanas de intervenção.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Monitoraremos o número de crianças de alto risco pela revisão semanal das fichas espelho e pela consolidação dos dados na planilha de coleta de dados. Para as crianças de alto risco serão realizadas VDs mais frequentes pelos ACS que serão avisados pelo médico da equipe.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será garantido o atendimento imediato a todas as crianças de alto risco que chegarem a unidade de saúde. Também essas crianças receberão visitas domiciliares com maior frequência. Faremos uma marcação nas fichas espelho das crianças de alto risco, a fim de identificá-las com maior facilidade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Através de reuniões nas comunidades e dos programas de rádios locais como já exposto acima.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Estudo independente e discussões em equipe nas reuniões. As capacitações serão nas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Através da revisão semanal das fichas espelho, faremos o monitoramento adequado das crianças que receberam as orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Serão definidas em reunião as funções de cada profissional.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Em VDs pelos ACS. O médico realizará atividades educativas sobre prevenção de acidentes na infância.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Capacitaremos os ACS e demais membros da equipe sobre os acidentes que ocorrem na infância em rodas de discussão nas reuniões de equipe nas primeiras semanas de intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

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

- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento: Será orientado pelo médico e explicado a técnica exata para amamentação, durante as consultas de puericultura. Haverá controle em planilha específica para monitoramento. Revisaremos semanalmente as fichas espelho para adequado monitoramento das ações

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Discutir em reuniões de equipe o papel de cada um dos profissionais na promoção do aleitamento materno.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Será feita esta orientação pelo enfermeiro da equipe nas reuniões do grupo de gestantes e também através de VDs dos ACS.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A capacitação será feita nas reuniões da equipe através de estudo do protocolo adotado e por explicações do médico da equipe.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será realizado controle através de planilha específica. Revisaremos semanalmente as fichas espelho para adequado monitoramento da ação.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será definida em reunião de equipe a função de cada profissional na orientação nutricional das crianças.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças segundo a idade.

Detalhamento: Estas orientações serão realizadas por toda a equipe durante consultas, grupos e em Visitas domiciliares. Será entregue uma cartilha educativa de alimentação ao lactante.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Através de capacitação da equipe nas reuniões de equipe nas primeiras semanas de intervenção e de criação, pelo médico, de cartilha educativa sobre alimentação saudável das crianças de 0 a 72 meses.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Através da revisão das fichas espelho, semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

- Organizar todo material necessário para essas atividades.

- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: Estas ações educativas serão desenvolvidas pelos odontólogos da equipe e em continuidade ao programa de Saúde Bucal na Escola do Governo Federal. Os odontólogos organizarão os conteúdos e organizarão o material necessário para as atividades. Haverá uma lista de presença organizada igualmente pelos odontólogos para o adequado monitoramento da ação.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Divulgar as potencialidades das ações transdisciplinares e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

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

Detalhamento: Igualmente estas ações educativas junto as escolas e a creche municipal serão desenvolvidas pelos odontólogos da equipe segundo sua disponibilidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.

- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: Será prestado pelo odontólogo da equipe em reuniões com a comunidade e em visitas as escolas e a creche municipal.

### 2.3.2 Indicadores

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

Metas 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa da unidade de saúde.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa com a primeira consulta na primeira semana de vida

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

Metas 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento avaliado.

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

Metas 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças que estão fazendo suplementação de ferro.

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

Metas 2.8 Realizar triagem auditiva até os 3 meses de idade em 100% das crianças.

Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

Indicador 2.9. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças com registro adequado na ficha espelho

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

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

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

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças com registro de orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

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

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

Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da carie.

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde da criança vamos adotar como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº33 Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Utilizaremos a ficha de controle de frequência, o prontuário clínico individual e a caderneta da criança para realizar o monitoramento, para melhor avaliação e acompanhamento serão separados em arquivo específico os prontuários clínicos das crianças que estarão cadastradas no programa e com acompanhamento. Todas as informações sobre a criança serão registradas durante as consultas na ficha espelho de saúde da criança disponibilizada pelo curso e essas serão revisadas semanalmente, para adequado monitoramento.

Os dados serão consolidados na planilha de coleta de dados. Estimamos alcançar com a intervenção 193 crianças. Faremos contato com o secretário de saúde para a impressão destas fichas espelho e para a aquisição de novo arquivo para organização, assim como faremos solicitação do pedido de mais cadernetas de crianças para evitar uma possível falta. Além disso, será solicitado aos funcionários da recepção fazer a separação dos prontuários das crianças para um arquivo específico. Será feita adesão à planilha eletrônica assim que disponível, para acompanhamento mensal da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa de saúde da criança, a equipe de saúde da família fará a revisão dos prontuários e planilhas e fichas espelho para podermos avaliar o comparecimento nas consultas e caso contrário realizar a busca ativa dos faltosos.

Sobre o monitoramento e avaliação das ações específicas, as duas equipes do ESF serão responsáveis pela revisão dos prontuários, planilhas e fichas espelho com uma periodicidade semanal, o que será realizado na sala de reuniões da UBS no espaço dedicado a reunião da equipe, onde será ocupada uma hora para este fim. Identificaremos crianças com exames, seguimento, vacinas ou tratamento em atraso, para o ACS fazer a busca ativa, ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Sobre a organização e gestão do serviço, o cadastramento das crianças alvo será realizado por todos os ACS em sua micro área, este trará a relação das crianças entre estas faixas etárias para os funcionários da recepção e para a equipe.

Serão agendadas quatro consultas por dia para acompanhamento das crianças cadastradas no programa, duas em cada turno.

Em reunião será avisado os ACS sobre os faltosos para busca ativa. O agendamento das consultas será de responsabilidade do médico. Quando identificada anormalidade no desenvolvimento e ou no crescimento a criança será referenciada com caráter urgente ao pediatra da UBS para melhor acompanhamento, dando suporte a equipe. As crianças na condição de anormalidade de desenvolvimento terá anotação na capa do prontuário e na sua ficha espelho, assim como as crianças de alto risco. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nas crianças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas de pronto atendimento. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa será reservada uma consulta por dia.

Sobre o engajamento publico, será feita a divulgação, por meio da rádio local e visitas dos ACS, da importância da realização do acompanhamento médico às crianças através dos ACS nas visitas domiciliares. Nas reuniões de gestantes será feita a divulgação do programa de saúde da criança e serão debatidos temas pertinentes à faixa etária pelos enfermeiros e médico da UBS. Isso acontecerá durante três reuniões do grupo. Também informaremos a comunidade sobre a importância do programa de saúde da criança através das rádios nos programas do município, onde será feita uma entrevista com profissional médico e odontólogo da ESF explicando a importância do seguimento adequado desta ação programática. Também solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura do programa de saúde da criança para esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

Sobre a qualificação da prática clinica, começaremos a intervenção com a capacitação da equipe através de estudos do manual técnico que será adotado como protocolo, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à saúde da criança. O estudo será dividido em temas para todos os ACS, e iniciaremos pelo ACS da micro área 1 seguindo respectivamente até terminar com o ACS da micro área 13. Estes revisarão o material proposto e após a exposição o tema será discutido em equipe, na própria UBS, com duração aproximada de 2 horas ao final das reuniões semanais da equipe, com intervenções do médico e dos enfermeiros.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

A nossa intervenção estava programada para ser realizada em 16 semanas, porém por determinação da coordenação do curso esta foi reduzida para 12 semanas. Apesar de todas as dificuldades encontradas ao longo destas semanas considero que a intervenção foi muito produtiva, pois conseguimos atingir uma ótima cobertura e ganhamos muito quando analisamos os indicadores de qualidade. As ações que foram propostas na unidade 2 foram em sua grande maioria concluídas com grande êxito, podemos citar, por exemplo, a capacitação da equipe no protocolo, esta ação foi toda desenvolvida nas primeiras semanas de intervenção, trabalhamos todo o CAB 33 Saúde da criança crescimento e desenvolvimento, cada semana trabalhávamos alguns tópicos com a equipe, usávamos entre duas a duas horas e meia da reunião semanal para realizar a capacitação, a equipe toda cresceu muito com esta ação, a única dificuldade encontrada para a realização desta ação foi o não apoio por parte da gestão municipal, o que gerou tensões em nosso ambiente de trabalho e que de certa forma contribuiu para a minha saída do município. Outra ação proposta foi a de treinar e padronizar a equipe nas técnicas adequadas para medidas de peso e crescimento, e no preenchimento e interpretação das curvas de crescimento na caderneta da criança, esta ação foi concluída totalmente em nossa primeira reunião de equipe, foi bem positivo para a intervenção a realização desta ação, pois toda a equipe trabalhava da mesma maneira, com as mesmas atitudes. O estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática também foi realizado no início da intervenção e foi concluído totalmente, ajudou muito na organização e na realização das tarefas propostas para a intervenção.

Capacitamos toda a equipe de enfermagem da UBS na realização do teste do pezinho, esta ação programática foi muito produtiva e foi contemplada de forma integral, inicialmente tinha proposto que conseguíssemos um RN para demonstrar a técnica adequada da realização do teste do pezinho, como estava sendo difícil marcar um RN para o dia da reunião de equipe o que foi feito foi ainda melhor, conseguimos uma teleconferência do telessaúde em capacitação de teste do pezinho, a equipe adorou. O treinamento de ACS na identificação das crianças com consulta ou vacinação em atraso, através da caderneta da criança, foi desenvolvido de forma integral logo no início da intervenção, onde padronizamos as informações e isso foi muito útil para a realização da busca ativa de faltosos e de crianças com atrasos no calendário de vacinação.

Também capacitamos os ACS na identificação e prevenção de acidentes na infância, esta ação se complementou com a primeira ação desenvolvida que foi a capacitação da equipe no protocolo. O cadastramento das crianças no programa foi sendo realizado ao longo da intervenção e é claro que não foi todo concluído dado que não conseguimos atingir 100% de cobertura. Com relação a orientar os cuidadores na prevenção de acidentes, a ação foi realizada de forma integral, pois todos os cuidadores que vieram à consulta com as crianças receberam estas orientações, além disto, os ACS em suas visitas domiciliares reforçaram as medidas para prevenção de acidentes. O agendamento de consultas e reconsultas foram realizados pelos ACS juntamente comigo, ou também pelos cuidadores que ficavam sabendo da intervenção e me procuravam com interesse em participar do projeto e ter um acompanhamento periódico de seus filhos.

O atendimento clínico ocorreu ao longo da intervenção e todos os dias de intervenção, com uma média de cinco crianças dia, algumas vezes teve faltosos, isso afetou um pouco a meta de cobertura e ademais teve uma semana com feriadão no município que também afetou o desempenho das atividades programáticas. Fornecemos orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para os cuidadores das crianças, esta ação programática foi desenvolvida totalmente, foi um trabalho muito importante e prazeroso de ser realizado, pois os cuidadores aceitavam muito bem as orientações fornecidas e isso ajudava a sanar muitas dúvidas e até mesmo erros que os cuidadores apresentavam. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, trabalhamos intensamente

esta ação programática conscientizando e orientando os cuidadores sobre a importância da realização deste teste, não conseguimos atingir os 100% de cobertura. A realização da triagem auditiva nas crianças ocorreu de forma parcial, pois havia muitas crianças maiores que não tinham realizado este exame, isso prejudicou este indicador, orientamos sobre a importância de realizar o teste da orelhinha, infelizmente algumas poucas famílias não tinham condições de pagar a realização do teste e a secretaria de saúde não ajudava no custeio do exame.

A realização da primeira consulta na primeira semana de vida foi desenvolvida de forma parcial dado que antes da intervenção esta ação não era realizada e por isso o indicador manteve-se com índice baixo, começamos mudar esta realidade à medida que iam nascendo novas crianças. Foi realizada avaliação de risco as crianças cadastradas no programa, durante toda a intervenção no momento do atendimento clínico avaliávamos se a criança estava sujeita a riscos a sua saúde. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, esta ação foi desenvolvida de forma parcial, pois as crianças maiores já não mamavam mais, assim fomos trabalhando com os recém-nascidos, com algumas poucas famílias tivemos problemas, pois insistiam em não lactar o RN alegando não ter leite, mas com a grande maioria o trabalho de incentivo a LME foi ótimo e conseguíamos orientar a pega correta, corrigir erros da pega de maneira precoce evitando distúrbios para o neném e para sua mãe.

Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, esta ação foi desenvolvida de forma integral e ocorreu durante todo o período de intervenção, realizávamos registro na ficha espelho, na caderneta da criança e no cartão de vacinação, ademais de prontuário clínico e no sistema de vacinação, a única dificuldade encontrada foi a de que alguns cuidadores se esqueciam de trazer a caderneta da criança à consulta. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, esta ação programática foi realizada de forma integral e durante todo o período de intervenção, a imensa maioria dos cuidadores aceitou bem a suplementação de ferro, porém algumas poucas crianças não realizaram a suplementação devido a reações ao sulfato ferroso como vômitos ou diarreia e também teve um caso da mãe se negar a realizar a suplementação.

O atendimento odontológico ocorreu ao longo da intervenção, mas de forma parcial, pois tivemos vários problemas com relação a esta intervenção, o principal foi à falta de tempo dos odontólogos, pois os mesmos estavam sobrecarregados com outros projetos do governo federal, como o Brasil Sorridente, Saúde na Escola, entre outros, sem falar que a carga horária de cada odontólogo era de 20 horas semanais e que um deles estava de férias e que apesar de tudo isso ainda ocorreu uma reforma na UBS que prejudicou ainda mais esta ação programática; Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal, esta ação foi desenvolvida de forma integral e todas as crianças identificadas com vacinação atrasadas foram encaminhadas para a atualização das vacinas.

A busca ativa de faltosos foi realizada desde o início da intervenção e era feita pelos ACS que contribuíram muito na intervenção como um todo e penso que sem eles não teria sido possível a realização da mesma. O monitoramento das ações era realizado constantemente e passado para toda a equipe de forma semanal, nas reuniões de equipe, onde debatíamos o andamento da intervenção e das ações programáticas. O registro das ações foi feito de maneira constante, de forma diária, na ficha espelho, era feito por mim e por uma técnica que cuidava a sala de vacinas. A divulgação do programa em VD por ACS foi algo que me surpreendeu e foi de tamanha eficiência que não se fez necessário outro método de divulgação do programa de intervenção. A atividade dos odontólogos nas escolas e creches, esta ação ocorreu, ocorria e continuará ocorrendo, mas não na ordem de semanas que propusemos, pois os odontólogos tem um calendário próprio para a realização de visitas nas escolas e creches do município, onde trabalham principalmente a conscientização das crianças para promover a prevenção de agravos odontológicos, também realizam profilaxias e atendimentos individualizados.

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

A ação de divulgação do programa nas rádios regionais, na primeira e na oitava semana de intervenção, não foi desenvolvida, pois nas primeiras semanas o radialista estava de férias e não se encontrava na cidade, logo os ACS realizaram muito bem a divulgação da intervenção e o boca a boca também contribuiu na

divulgação dado que a cidade é bem pequena. Além disto, analisamos em reunião que a divulgação em massa do programa nas rádios regionais poderia provocar tumultos e constrangimentos para a equipe ao não conseguirmos atender a toda demanda espontânea que isso poderia gerar, preferimos assim o agendamento das consultas mediante VD dos ACS, por isso esta ação não foi realizada após a volta do radialista de suas férias. Elaboração da cartilha sobre alimentação saudável na infância, esta ação não foi realizada da forma prevista, devido a dificuldades logísticas e de recursos humanos e materiais, porém foi trabalhada com os cuidadores outra cartilha, os dez passos para uma alimentação saudável. Explicação do odontólogo para a equipe sobre saúde bucal, esta ação não ocorreu e não foi conseguida uma alternativa a ela, a dificuldade que levou a não realização desta ação foi à mesma que impossibilitou os odontólogos de atenderem de forma integral as crianças.

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

No decorrer da intervenção tivemos algumas dificuldades na sistematização das informações na planilha de coleta de dados, ela estava com algum problema e não copiavam de maneira automática os dados para os meses seguintes, com a ajuda da Cristina Dutra Ribeiro que descobriu a origem do problema e que realizando a cópia das informações para os meses seguintes de maneira manual corrigiria o problema, fora isso, alguns cuidadores esqueciam a caderneta das crianças, mas nas consultas subsequentes traziam a mesma e as informações eram passadas para a ficha espelho.

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

A intervenção que no início parecia mais uma carga para a equipe foi aos poucos fazendo parte do dia a dia e logo deixou de ser um peso a ser carregado e tornou-se parte da rotina do serviço e tinha uma fluidez tão fácil, chegava a ser prazeroso trabalhar com as crianças na intervenção, com minha saída da UBS

penso que ficou de certa forma prejudicada a continuidade da intervenção, mas não tenho nenhuma dúvida que os enfermeiros da UBS darão continuidade a esta rotina de trabalho, talvez de forma mais lenta. A população viu com bons olhos a intervenção e a adesão foi muito boa, os faltosos foram poucos, assim como as intercorrências, a grande maioria das crianças está bem, na maioria dos atendimentos clínicos o que mais se faz necessário é orientações, sanar dúvidas e prescrever o uso de sulfato ferroso, talvez esta grande aceitação seja devido a carência que existia nesta área e que por momento viu-se sanada.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

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

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Existem atualmente 245 crianças de zero a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde. A população alvo desta intervenção foram as crianças na faixa etária entre 0 e 72 meses de idade, residentes no município de Liberato Salzano a exceção da área indígena. Foi dada ênfase às crianças menores de um ano de todo o município que corresponderam a 42 crianças e também a todas as crianças de algumas micro áreas, pois a intervenção ocorreu no período de férias escolares quando não existia transporte escolar do interior do município e algumas famílias dependem deste transporte para vir até a cidade. Devido a isso se priorizou as micro áreas que pertenciam a zona urbana, somadas as crianças destas micro áreas chegamos ao número de 82 crianças. Também tivemos nove nascimentos no período de intervenção onde todas foram incluídas no programa e tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida.

Nossa meta era atingir uma cobertura de 70% da população alvo, ou seja, atender a 193 crianças entre 0 e 72 meses, porém, foram atendidas em consulta de puericultura apenas 119 crianças o que equivale a 48,6% do total de crianças. O primeiro mês foi o que mais evoluiu com relação à cobertura chegando a 58 crianças

(23,7%). No segundo mês foram atendidas 99 crianças (40,4%). No entanto, a porcentagem de consultas foi diminuindo à medida que foi passando o tempo, pois apareceram várias dificuldades no decorrer da intervenção, e também começaram a vir em muitas reconsultas, pois no início da intervenção vimos bastantes RN e lactantes pequenos, o que exigiu uma nova consulta em pouco tempo. Apesar de não haver nem chegado perto da meta inicial que era de atingir 70% de cobertura, penso que a intervenção conseguiu atingir um de seus objetivos que era de ampliar a cobertura do Programa da Saúde da criança, este objetivo foi alcançado com êxito, pois não existia puericultura no município e antes da intervenção apenas as crianças que tinham atendimento com pediatras particulares tinham atendimento de puericultura (Figura 1).

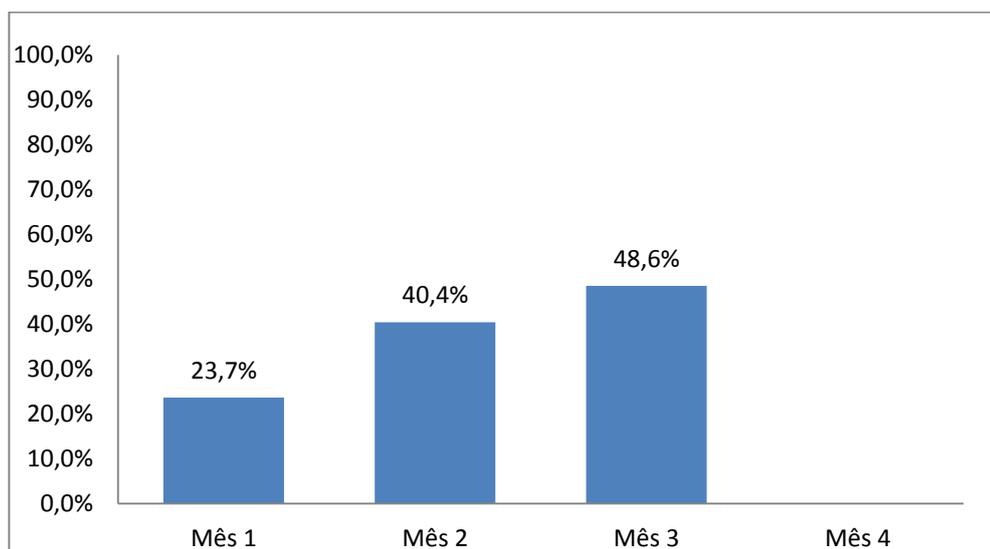


Figura1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

## Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

Nesta meta específica tínhamos como meta alcançar 100% de crianças com a primeira consulta realizada na primeira semana de vida. Analisando este indicador de qualidade percebemos que a imensa maioria das crianças não realizava a

primeira consulta na primeira semana de vida. Quando cheguei ao município o atendimento de puericultura não existia na UBS, apenas tinham acesso a este serviço quem tinha pediatra particular que, diga-se de passagem, era a minoria.

Iniciamos o atendimento a puericultura uns poucos meses antes de iniciar a intervenção e começamos a realizar atendimento a primeira consulta na primeira semana de vida. Com isso conseguimos no primeiro mês 25 crianças (43,1%), no segundo foram 33 (33,3%) e chegamos a uma proporção de 30,3% de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, ou seja, 36 crianças das 119. Além disto, no período de intervenção nasceram nove crianças e todas realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida. Penso que isso é um avanço incrível apesar de esta porcentagem estar longe de ser ideal, ainda assim significa um grande ganho, pois se pensarmos que antes do início da realização de puericultura esta porcentagem era muito próxima a 0%, hoje está com um terço das crianças assistidas. Isso sem dúvida com o passar do tempo irá implicar de forma positiva na qualidade de vida destas crianças (figura 2).

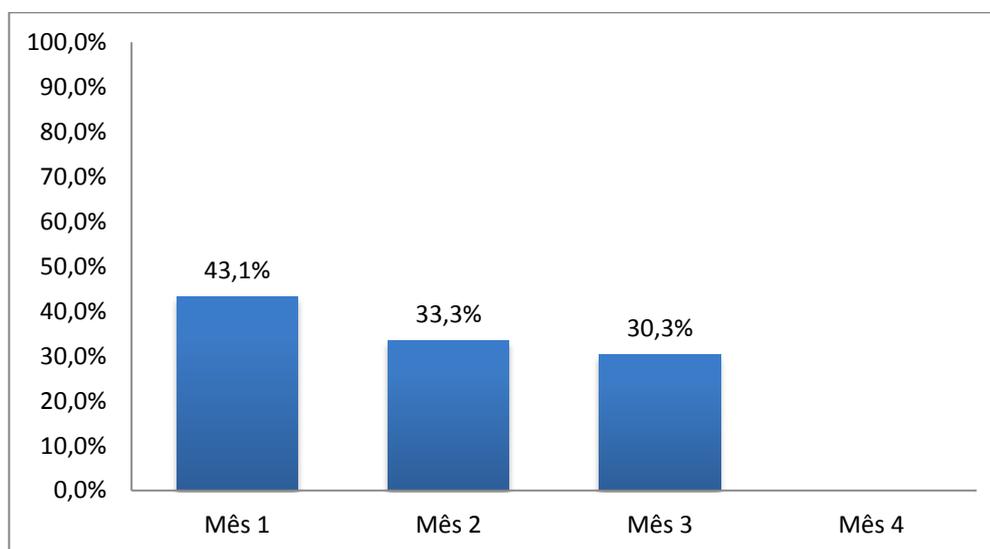


Figura2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

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

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

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

Aqui analisamos outro indicador de qualidade e o resultado obtido foi excelente, a meta era atingir 100% das crianças acompanhadas e se conseguiu. As

119 crianças acompanhadas estão em dia com o monitoramento do crescimento. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%). Os poucos casos identificados de déficit de crescimento foram encaminhados ao serviço especializado e seguiram com acompanhamento mais estrito. Este indicador mostra a eficiência da equipe no trabalho realizado e é muito importante, pois identifica de forma precoce as alterações ligadas ao crescimento da criança.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

No decorrer da intervenção identificamos três crianças com déficit de peso. No primeiro mês foram duas (100%), no segundo permaneceram as duas (100%) e no terceiro foram três (100%). Estas receberam visita domiciliar e acompanhamento mais rigoroso pela equipe da UBS e também pela assistência social, pois as três famílias eram casos sociais. É muito importante esta identificação pois permite uma intervenção imediata.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

Identificamos quatro crianças com excesso de peso, todas com monitoramento adequado. Também percebemos que todas tinham pais obesos e todas eram maiores de três anos, o que leva a pensarmos mais uma vez que quanto mais precoce iniciar o atendimento a puericultura e as orientações pertinentes melhores resultados obteremos, ainda mais na atualidade onde a obesidade já é considerada uma pandemia. Se conseguirmos trabalhar preventivamente na infância precoce e construir estilos de vida saudáveis talvez se consiga vencer este problema mundial. No primeiro mês foram três (100%), no segundo mês foram quatro (100%) e no terceiro permaneceram as quatro (100%).

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

A meta deste objetivo era monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças acompanhadas pelo programa de intervenção e conseguimos atingir esta meta, pois todas as 119 crianças assistidas no tempo de intervenção tiveram o acompanhamento do desenvolvimento, e todas com desenvolvimento adequado para a idade, um indicador de qualidade que conseguimos manter em 100%. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%).

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A meta deste objetivo era uma cobertura de 100% de vacinação segundo o calendário vacinal do Ministério da Saúde. Durante a intervenção, identificamos várias crianças com o calendário vacinal desatualizado, e à medida que as identificávamos, encaminhávamos para a atualização das vacinas em atraso. Contudo ainda não conseguimos 100% de cobertura. No primeiro mês foram 55 (94,8%), no segundo 95 (96%) e no terceiro 112 (94,1%). Este é um ponto que sempre se deve ter muita atenção, pois por descuido de não realizar as vacinas segundo o calendário vacinal, pode ocorrer surtos de doenças que já estavam praticamente erradicadas. O que dificultou a não atingirmos a meta é que algumas vacinas têm várias doses e existe um intervalo mínimo de tempo entre a aplicação de uma dose e outra, porém todas as sete crianças que não estavam em dia foram encaminhadas para atualização da vacinação (figura 3).

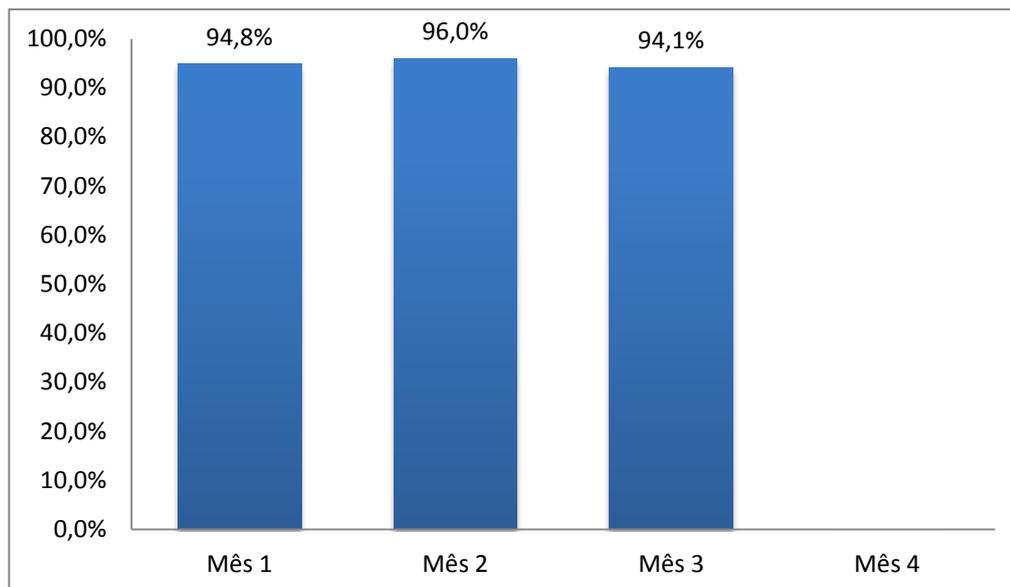


Figura3: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, na ESF II de Liberato, Salzano/RS.

#### Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A meta era atingir 100% das crianças nesta faixa etária com suplementação de ferro, porém das 51 crianças assistidas com esta faixa etária, 44 estavam recebendo suplementação de ferro o que equivale a 86,3% do público alvo. Vale ressaltar que todas receberam a orientação de realizar a suplementação de ferro no intuito de evitar anemia nos lactantes. A maior dificuldade aqui foi a de convencer os cuidadores da importância da suplementação de ferro e desmistificar alguns mitos relacionados ao tema. Modificar estilos de vida não é simples e requer muito trabalho de conscientização. Assim, no primeiro mês foram 21 (84%), no segundo 40 (87%) e no terceiro 44 (86,3%) (figura 4).

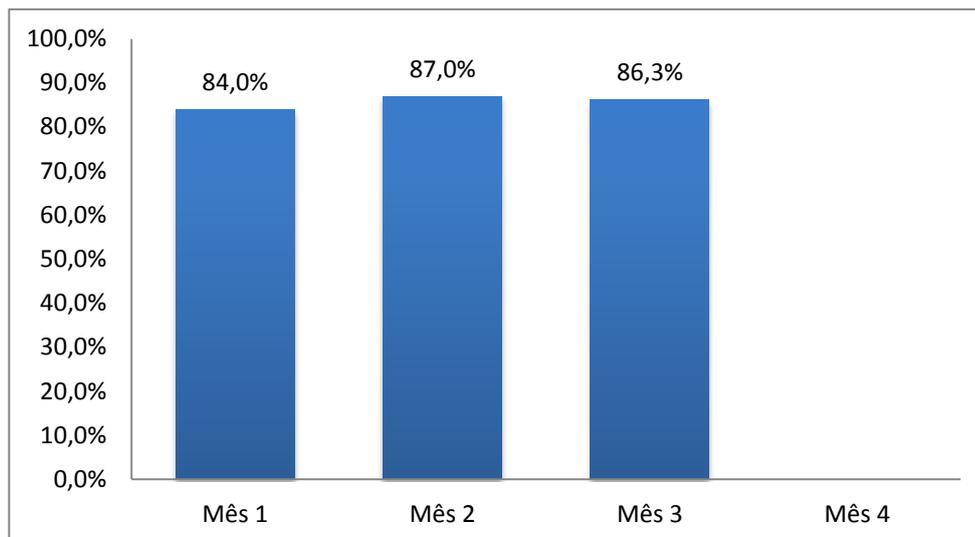


Figura4: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

## Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta: 2.8 Realizar triagem auditiva até os 3 meses de idade em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Tínhamos como meta que todas as crianças assistidas realizassem triagem auditiva. Das 119 crianças acompanhadas 95 delas realizaram o teste da orelhinha, o que equivale a 79,8% das crianças acompanhadas. Aqui existe um problema de infraestrutura que é muito difícil de resolver, pois este teste é realizado em um município vizinho e as crianças dependem de transporte para deslocar-se até a cidade onde se realiza a triagem auditiva. Pois bem, muitas vezes a secretaria de saúde não liberava a van para levar as crianças, e quando liberava o transporte, muitas crianças já haviam passado da idade ideal de realização da triagem auditiva, então muitas mães diante desta dificuldade acabavam desistindo da realização deste exame. Assim, no primeiro mês foram 53 (91,4%), no segundo 84 (84,8%) e no terceiro 95 (79,8%) (figura 5).

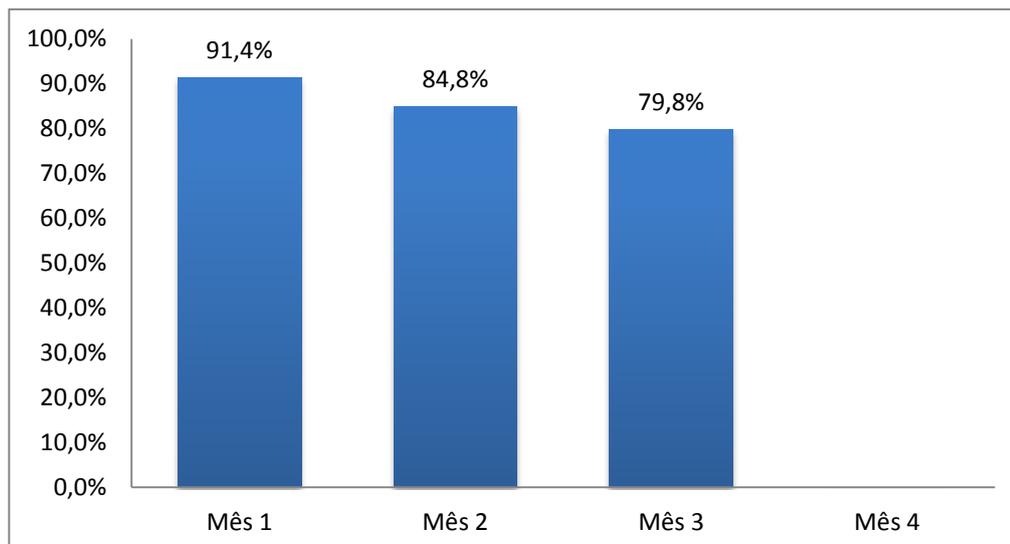


Figura 5: Proporção de crianças com triagem auditiva, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A meta deste objetivo era alcançar 100% de crianças com realização do teste do pezinho até os 7 dias de vida. Apesar de todo o esforço realizado e reuniões de capacitação pouco conseguimos melhorar este indicador, das 119 crianças acompanhadas 114 realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida, o que equivale a 95,8% das crianças acompanhadas. No primeiro mês foram 55 (94,8%), no segundo 95 (96%) e no terceiro 114 (95,8%). Sabe-se da importância desta triagem e não se pode acomodar até conseguir chegar a 100% de qualidade neste indicador (figura 6).

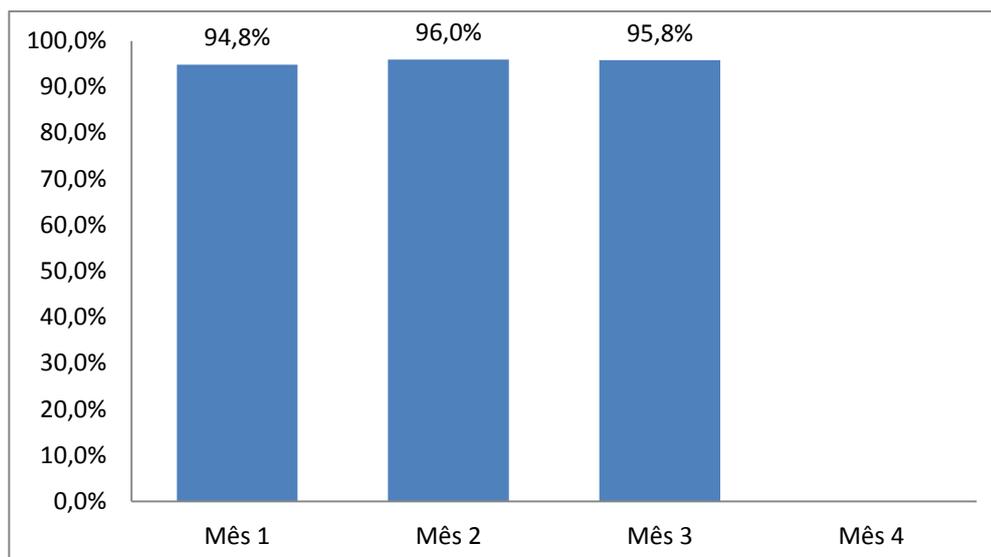


Figura 6: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

#### Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A meta deste objetivo era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças acompanhadas pelo programa de intervenção e conseguimos atingir esta meta, pois todas as 105 crianças assistidas no tempo de intervenção tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, um indicador de qualidade que conseguimos manter em 100%. No primeiro mês foram 43 (100%), no segundo 84 (100%) e no terceiro 105 (100%).

#### Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A meta para este objetivo era alcançar 100% de aproveitamento com a população alvo, porém o atendimento odontológico foi o tendão de Aquiles da intervenção, pois foram inúmeros os obstáculos e acontecimentos que ocorreram

para prejudicar o bom funcionamento da odontologia nas crianças. Entre eles a carga horária dos odontólogos, os outros programas que eles atendem, a alta demanda e a reforma da UBS. No primeiro mês foram 11 (25,6%) das 43, no segundo 19 (22,6%) das 84 e no terceiro 27 (25,7%) das 105 crianças tiveram a primeira consulta odontológica (figura 7).

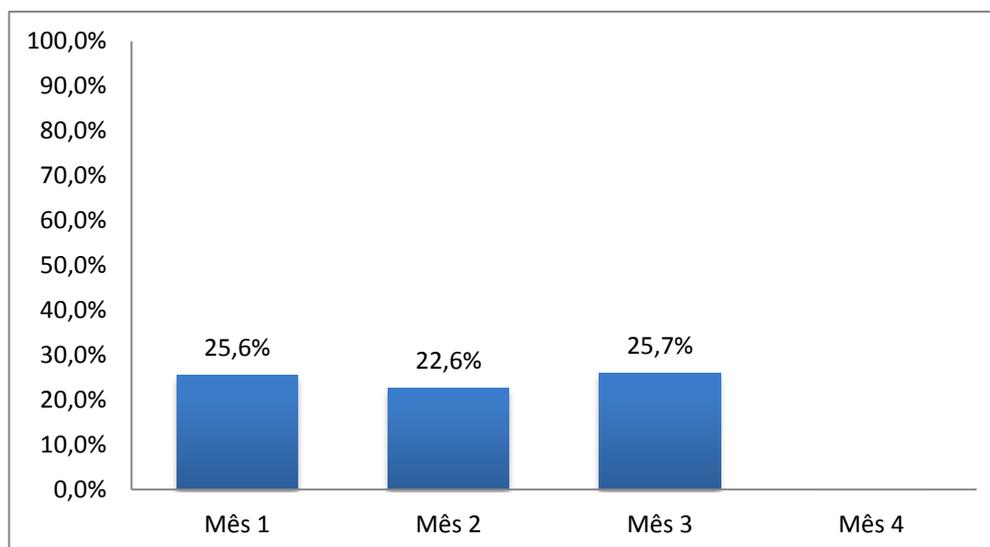


Figura 7: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

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

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

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

Pode se dizer que houve poucos faltosos ao programa de saúde da criança, porém a todos os faltosos foi feita busca ativa. No primeiro mês foram 11 (100%), no segundo 11 (100%) e no terceiro 13 (100%). Isso só foi conseguido graças aos ACS, pois eu identificava a criança faltosa e avisava o ACS para fazer a busca ativa mediante visita domiciliar, este fluxo de trabalho funcionou muito bem.

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

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

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

A meta era de conseguir 100% de crianças acompanhadas com seus registros atualizados, e todas as 119 crianças acompanhadas na intervenção

tiveram os registros atualizados através de registro em prontuário individual. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%). Na caderneta da criança e na ficha espelho que cada criança possuía, a grande maioria dos registros foi feito na sala de vacinas por uma técnica treinada. Esse ato de registrar todas as informações auxiliou nas reconsultas e no acompanhamento das crianças. Com isso se conseguiu uma porcentagem de 100% neste indicador.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Tínhamos como meta atingir a 100% das crianças e que todas tivessem avaliação de risco segundo sua faixa etária. As 119 crianças tiveram avaliação de risco realizada, ou seja, 100% das crianças tiveram esta realização feita em todas as consultas, algumas tiveram avaliação de alto risco e chegaram a receber até acompanhamento pela assistência social, outras em algum momento foram avaliadas de risco por algum fator e receberam o devido acompanhamento e tratamento e deixaram de ser uma população de risco. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%).

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

Tínhamos como meta orientar a 100% das mães sobre prevenção de acidentes na infância, e se conseguiu mais um indicador realizado com excelência. As 119 crianças tiveram o seu cuidador orientado na prevenção de acidentes segundo a faixa etária da criança. Além disto, foi realizado capacitações de equipe onde os ACS estavam treinados a realizar estas informações nas VDs, tanto é que não tivemos nenhum caso de acidente registrado durante a intervenção. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%).

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

Este indicador mostra primeiramente que a primeira consulta esta sendo tardia e que mesmo sendo tardias, muitas mães já saem da maternidade com lactância artificial. No primeiro mês de intervenção vimos mais crianças pequenas e por isso neste mês conseguimos um melhor resultado, o que não ocorreu nos meses seguintes onde a porcentagem decresceu. No primeiro mês foram 25 (43,1%), no segundo 32 (32,3%) e no terceiro 34 (28,6%). Penso que este indicador vá aumentando à medida que novos nascimentos forem acontecendo (figura 8).

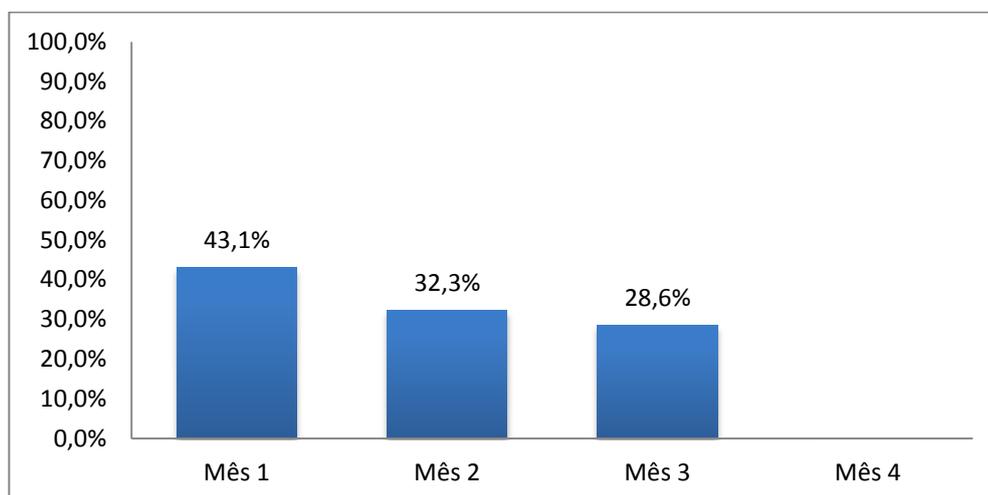


Figura 8: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

Todas as 119 crianças tiveram os seus cuidadores orientados com relação à alimentação saudável segundo a faixa etária da criança. Este indicador contempla 100% das crianças acompanhadas na intervenção. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%).

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

A meta para este objetivo era alcançar que 100% das mães recebessem orientações sobre higiene bucal, etiologia e formas de prevenção de cáries de acordo com a faixa etária de cada criança. Novamente todos os cuidadores das 119 crianças acompanhadas receberam orientações na consulta médica sobre como se deve realizar higiene bucal e como prevenir cáries. Obtivemos 100% de cobertura neste indicador, que se os cuidadores colocarem em prática as orientações fornecidas se pode ter uma saúde bucal com qualidade nas nossas crianças. No primeiro mês foram 58 (100%), no segundo 99 (100%) e no terceiro 119 (100%).

## 4.2 Discussão

Com a intervenção na UBS conseguimos ampliar a cobertura da atenção as crianças entre 0 e 72 meses de idade, além disso houve uma significativa melhora na forma de registros, no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças. Conseguimos melhorar a suplementação de sulfato ferroso aos lactantes e prevenir assim a incidência de anemia ferroprívica neste grupo etário de crianças. Outra melhoria significativa que se obteve com a intervenção foi a qualificação da equipe no atendimento a crianças entre 0 e 72 meses de idade, a ampliação da realização da primeira consulta na primeira semana de vida, assim como a realização do teste do pezinho até os 7 dias de vida, onde conseguimos resgatar algumas crianças com o calendário vacinal atrasado e atualizá-lo. Além disso, conseguimos trabalhar muito a promoção e prevenção de saúde realizando orientações de prevenção de acidentes, de alimentação saudável e de prevenção de agravos referentes à saúde bucal.

Considero que a intervenção teve dois grandes impactos, o primeiro foi com a população como já vimos anteriormente e o segundo foi com a equipe. A intervenção teve um papel extraordinário para unir e integrar todos os membros da

equipe que ao final estavam se sentindo como membros de uma mesma família. Fez-se necessário uma capacitação individual de cada um que compunha a equipe, o que elevou o nível de conhecimento da equipe como um todo. Isso proporcionou discussões de casos clínicos com um alto nível de conhecimento técnico, onde a equipe desenvolveu capacitações coletivas. Com isto, houve integração dos membros da equipe a tal nível que cada um sabia suas funções e atribuições.

Isso proporcionou uma melhoria na qualidade do serviço, na qualidade das condições de trabalho, onde os ACS passaram a desenvolver melhor suas funções, pois se apropriaram de mais conhecimento o que melhorou a qualidade das visitas domiciliares, pois agora eles têm condições de identificar problemas e realizar orientações oportunas e pontuais com uma melhor capacidade de argumentação.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram capacitados para realização de medidas antropométricas e na realização do teste do pezinho, assim como na identificação de vacinas em atraso. Isso também ajudou na melhoria do serviço, pois, quando se tem pessoas capacitadas em varias funções de seu serviço nenhuma é insubstituível.

Antes da intervenção não existia atendimento de puericultura na cidade, tinha uma pediatra que vinha no município um turno por mês e atendia 20 fichas. Com a intervenção a UBS passou a ter atendimento de puericultura todos os dias da semana, isso diminuiu muito a fila de espera por esta especialidade podendo organizar a agenda da pediatra.

Outro avanço que tivemos foi o agendamento de consultas que não existia até o momento e que com a intervenção passamos a realizar. A busca ativa era algo que existia apenas na teoria e que começou a ser posto em prática com a intervenção, outro legado que ficou para o serviço foi a organização do fluxo dos usuários.

A comunidade recebeu com bons olhos a intervenção, aceitou o agendamento de consultas e a priorização das crianças no atendimento, salvo alguns casos isolados de insatisfação por ter que deixar as crianças serem atendidas nos horários agendados. Outro fato que se notou na comunidade foi que após o inicio da intervenção a confiança da comunidade com o médico e com a equipe de saúde aumentou significativamente.

Hoje vejo que existiram algumas falhas ao longo da intervenção, pois percebo que poderia ter iniciado um pouco diferente. Esperaria passar os feriados e as férias para então iniciar a intervenção, pois muitas famílias dependiam do transporte da prefeitura para vir até a cidade. Também tentaria um maior entrosamento dos odontólogos na intervenção, não agendaria primeiro as consultas com as crianças menores, faria alguma atividade coletiva na creche municipal.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho, seguindo com o mesmo número de agendamentos por dia, com a mesma forma de agendamentos. Pretendo criar prontuários eletrônicos com um banco de dados dos usuários e que permita informar com antecedência via secretaria municipal de saúde ou e-mail o dia e hora exata da reconsulta.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço, primeiramente buscaremos ampliar a cobertura do programa a 100% das crianças de 0 a 72 meses de idade e posteriormente ampliar a cobertura para as crianças da área indígena. Também pretendo implementar o agendamento de todas as consultas e com todos os profissionais da UBS e posterior a tudo isso pretendo implementar o programa de saúde do idoso.

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

Aos gestores

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

O curso de suporte ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço. Portanto, este relatório faz um relato detalhado de como foi implementado a Intervenção sobre o tema “Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Posto de Saúde, Liberato Salzano/RS” de autoria do médico Marcio Antunes de Chaves, funcionário da Unidade de Saúde da Família (USF) Rural no município de Liberato Salzano/RS.

Após a análise situacional, ficou identificado que as crianças do município não possuíam um acompanhamento programático como o que tange o Caderno de Atenção Básica (CAB) 33 do Ministério da Saúde, sendo essas atendidas exclusivamente em relação à imunização, teste do pezinho e queixas agudas

levando a baixa adesão da comunidade a este tipo de estratégia se tornando assim um dos problemas enfrentados na cidade. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Com a implantação do programa foi possível atender estas crianças por meio do envolvimento de toda a equipe, onde a enfermeira e médico da equipe da ESF acompanharam detalhadamente o processo de desenvolvimento e crescimento infantil em vários aspectos, desenvolvimento cognitivo, motor, corporal, intelectual e mental. Durante os três meses de intervenção trabalhamos com os pais e responsáveis sobre o processo do acompanhamento e desenvolvimento infantil.

A meta pretendida a ser alcançada com a implantação do projeto era que ao final dessas 12 semanas de intervenção, 70% das crianças entre 0 e 72 meses de idade moradoras na área de abrangência da unidade de saúde estivessem cadastradas e sendo acompanhadas na UBS. Tal meta infelizmente não foi alcançada, mas tendo em vista as adversidades encontradas durante o período de intervenção podemos dizer que foi um marco muito importante para toda a equipe já que chegamos a uma cobertura de 48,6% com cadastramento e atendimento de 119 crianças das 245 crianças de 0 a 72 meses de idade moradoras no município, conforme apresenta a Figura 1.

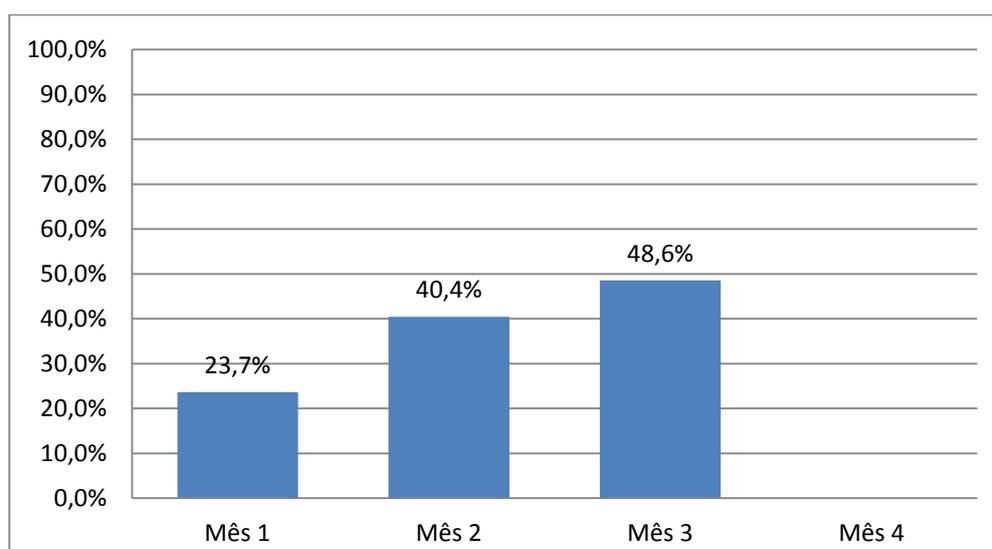


Figura1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, na ESF II de Liberato Salzano/RS.

Conseguimos atingir um acompanhamento de 100% em monitoramento de crescimento, monitoramento de crianças com déficit de peso, monitoramento de crianças com excesso de peso, monitoramento do desenvolvimento adequado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa de faltosos, registros atualizados, avaliação de riscos, orientações aos cuidadores sobre prevenção de acidente na infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de caries.

As crianças acompanhadas pelo projeto estão sendo avaliadas, utilizando como base, os manuais do Ministério da Saúde. Tal planejamento e intervenção permitiram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, os ACS e os enfermeiros ajudaram no entrosamento com o grupo de gestantes, além de propiciar um maior envolvimento e satisfação da população com a ESF e a UBS, através dos atendimentos e de orientações diversificadas a esse público.

As orientações repassadas ajudaram muito a melhorar a atenção das mães em relação ao crescimento e desenvolvimento dos seus futuros bebês. Informações relacionadas aos cuidados com recém-nascido ajudaram a reduzir muitas dúvidas, desde a limpeza do couro umbilical até a importância de fazer o teste do pezinho e vacinar as crianças. Durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, realização do grupo de gestantes e orientações fornecidas na própria unidade de saúde sobre alimentação saudável fez com que as mães compreendessem melhor a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e como introduzir os alimentos, a partir dessa idade, para oferecer uma alimentação saudável aos seus filhos. Cuidados com a higiene das crianças foram reforçados e outras orientações foram realizadas, tais como: o acompanhamento das medidas antropométricas, as necessidades de interagirem com outras crianças, como prevenir as principais doenças da infância e como evitar acidentes.

Um aspecto que gerou certa dificuldade para um melhor desenvolvimento do projeto por parte da equipe foi o fato de estarmos em reforma da UBS, e dos Odontólogos terem que se deslocarem de suas salas de atendimento para outras salas improvisadas, além destes profissionais terem uma carga horária reduzida (20hs/semana) e uma demanda espontânea reprimida o que os impedia de realizar um adequado acompanhamento às crianças entre seis e setenta e dois meses de idade inscritas no programa, penso que um ajuste na forma de atendimento ou uma

boa programação no agendamento do atendimento dos odontólogos facilitaria muito a sincronização do atendimento, facilitando com isso o fluxo dos usuários. Mesmo diante das necessidades, lutamos e continuamos a lutar para que cada criança tenha sua primeira consulta com um dentista. Algo que também afetou de certa forma uma maior adesão ao projeto foi a logística da comunidade já que por se tratar de usuários maioritariamente do interior do município e sem contar com transporte municipal no período de férias escolares acabaram muitas vezes não recorrendo à unidade devido à distância para a cidade, pelo que acredito que se tivéssemos uma unidade móvel equipada isso diminuiria consideravelmente, pois poderíamos estar mais próximos gerando um maior cuidado a população local.

Foi gratificante para a equipe perceber a participação e o interesse das gestantes e ver a mobilização da comunidade para participar do projeto de intervenção.

Os resultados da intervenção sugerem a possibilidade de que o programa de puericultura, dentro de um contexto de atenção primária à saúde, tenha proporcionado, na população estudada, impacto positivo. Com estes resultados evidenciamos melhoria na qualidade de atenção a saúde da criança. É muito importante a continuação do programa de puericultura na nossa UBS.

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

No início do mês de fevereiro de 2015, demos início a implantação de ações em nossa unidade com o intuito de realizar uma melhoria da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses já que de certa forma este atendimento não era realizado antes no município de maneira programática. Para tal, foi adotado o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Antes do início das ações poucas crianças eram acompanhadas regularmente na unidade de saúde. Hoje, das 245 crianças que vivem na área de cobertura da nossa UBS, 119 crianças são atendidas pela equipe de saúde e todas elas conforme as recomendações do Ministério da Saúde. As orientações repassadas ajudaram muito a melhorar a atenção das mães em relação ao crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Informações relacionadas aos cuidados com recém-nascidos ajudaram a reduzir muitas dúvidas, desde a limpeza do umbiguinho do bebê até a importância de fazer o teste do pezinho e vacinar as crianças.

As informações doadas pela equipe sobre alimentação fizeram com que as mães compreendessem melhor a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e como introduzir os alimentos, a partir dessa idade, para oferecer uma alimentação saudável aos seus filhos. Cuidados com a higiene das crianças foram reforçados e outras orientações foram realizadas, tais como: o acompanhamento da curva de peso e crescimento, as necessidades de interagirem com outras crianças, como prevenir as principais doenças da infância e como evitar acidentes.

Para melhorar o atendimento de Puericultura, a equipe de Saúde da UBS realizou uma série de reuniões com o objetivo de aprimorar seu conhecimento em relação à saúde da criança e para elaborar a melhor estratégia para atender o maior número possível de mães e crianças. A participação da comunidade foi fundamental para fortalecer os resultados das ações em puericultura na unidade. Quando a população se envolve nas atividades acontece à melhoria da qualidade de vida para todos nós.

Os resultados alcançados na atenção a saúde das crianças de zero a 72 meses, mostram que é possível um atendimento de qualidade do Sistema Único de Saúde – SUS quando há uma boa interação entre a equipe da UBS e a comunidade. Esse elo proporciona o fortalecimento dos princípios da Atenção Básica de Saúde.

Nas consultas, as crianças recebidas na unidade eram, primeiramente, avaliadas quanto ao crescimento. Tais medidas eram registradas em gráficos, presentes na caderneta das crianças, para depois acompanhar o seu crescimento e poder identificar com maior facilidade possíveis anormalidades. Ainda no recebimento da criança, a carteirinha de vacinação era analisada e, caso tivesse algum atraso no calendário vacinal, a criança era encaminhada para a sala de vacinas para atualização da caderneta.

As consultas também serviram para orientar as mães a respeito do programa e sobre os seus objetivos. Nessas explicávamos a respeito da periodicidade e da importância de as consultas serem realizadas segundo o cronograma proposto pelo Ministério da Saúde. Somente assim, caso fosse detectada alguma anormalidade no desenvolvimento da criança, o tratamento seria plenamente eficaz. Além disso, as crianças também eram avaliadas quanto ao seu desenvolvimento por meio de tabelas, era possível avaliar com que idade a criança deveria apresentar determinado desenvolvimento. Assim, era possível diagnosticar atrasos ainda no início.

Com o projeto, iniciamos na unidade o esquema de marcação de consulta programada e a busca ativa às crianças faltosas. Contudo, isso quase não foi necessário, graças ao grande engajamento dos atendidos ao projeto. Além disso, procuramos implantar algumas formas de registro mais aprimoradas a essas consultas, como prontuário individualizado, que funcionará até que o prontuário

eletrônico não esteja completamente instalado na unidade e as fichas espelhos em que os principais pontos das consultas são registrados.

Cabe ressaltar que também está sendo realizado o grupo de gestantes na unidade o que vem a fortalecer as estratégias tanto com relação à saúde da gestante na realização do pré-natal como com relação à saúde da criança já que neste momento já apresentamos estas duas intervenções. Contudo a equipe pretende ampliar as estratégias por meio de palestras para reforçar a aliança com a comunidade desenvolvendo ainda mais o engajamento público.

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

Ser selecionado neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, posso dizer que estava um pouco apreensivo, pois até o presente momento não havia trabalhado com ESF e ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional. As aulas iniciaram, conheci o ambiente virtual de aprendizagem, meus orientadores e comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprendendo conteúdos que propiciaram o desenvolvimento do meu trabalho na unidade.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe da ESF que trabalho, trazendo para os fóruns algumas considerações e dúvidas dos membros da equipe e ademais consegui divulgar o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores. Durante o decorrer do curso quase não tive problemas com a internet como muitos colegas, o que me possibilitou interagir nos fóruns, e com isso obter informações muito úteis e leva-las para o meu trabalho e compartilhar com minha equipe o que auxiliou muito no desenvolvimento de algumas estratégias.

Posso dizer que este curso para mim está tornando-se uma grande vitória e superação, pois passei por alguns problemas pessoais que por várias vezes interferiram no processo de elaboração do projeto e participação nas atividades, fazendo com que, várias vezes, pensássemos em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação que partiam da minha família e amigos, consegui permanecer no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na ESF Rural não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da UBS. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

Refletindo sobre a intervenção de puericultura, realizada na UBS, foi um processo de aprendizagem contínuo, como médico tinha uma visão do dia a dia do trabalho da ESF, mas esta foi a primeira vez que atuei, com a implementação de uma intervenção de puericultura.

Este processo de aprendizagem aconteceu com a equipe e a comunidade. A infância é a principal fase de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, ocorrendo diferentes transformações e durante ela são demandados atenção e cuidados especiais para com as crianças. Para que esta fase seja vivenciada de maneira saudável é, necessário que sejam garantidas boas condições de vida e de saúde, a fim de propiciar o desenvolvimento e o crescimento ideal para as crianças atendidas, tendo sido desta maneira gratificante a troca dos saberes.

As expectativas iniciais foram muitas: como seria recepcionado nesta UBS pela equipe e pela comunidade? No primeiro dia em que fui apresentar o trabalho para a equipe, fiquei ansioso, pois seria o meu primeiro trabalho com ESF. Algo que me recordo até hoje quando realizei nossa primeira reunião tratando sobre o direito dos cidadãos e pude observar o conhecimento de cada um sobre o assunto tratado onde surgiram muitos questionamentos. Apesar de toda inquietação fui bem recebido e tive apoio de todos.

A especialização saúde da família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL foi sem dúvida essencial para ampliar meus conhecimentos, relacionados à atuação multiprofissional da ESF. O curso é bem dinâmico e as temáticas são trabalhadas dentro da realidade local proporcionando resultados mais positivos. Gerando assim, oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe quanto à adesão ao projeto, além da valorização profissional.

Com o andamento do curso, nossos problemas diários foram acrescidos de grandes desafios diante dos novos questionamentos que iam surgindo a cada leitura realizada, experiências compartilhadas com os demais colegas, ou por meio de

feedbacks questionadores e intrigantes enviados por meus orientadores, tornando indispensável uma reflexão sobre nosso processo de atuação, para continuidade da intervenção bem como a adoção de nova postura em busca de conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos e rotineiramente já praticados.

Trabalhar com as situações reais é sem dúvida, desafiador porque na maioria das vezes deparamos com situações atípicas as necessidades. Prosseguir com atividades de intervenções, ao mesmo tempo faz com que despertemos para novos saberes, desenvolvendo em nós a capacidade de reflexão em busca de resolutividade, exigindo maior interação e articulação das relações interpessoais e profissionais. Atuar dentro da realidade da UBS teve muitos pontos de aprendizagem relevantes como: deixar o que se programou, realizar outra programação de última hora, ser criativo para não deixar de cumprir as ações, estar preparado para atender em unidades satélites e salões de comunidades e até mesmo em igrejas, entender as dificuldades de acesso da população da área adstrita.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, assim como o meu aprendizado individual com os estudos de casos clínicos foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que a demanda espontânea é à entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas na USF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários. Diante das experiências vivenciadas durante esses meses de intervenção, foi possível conciliar saberes teóricos com atividades realizadas na prática, conquistando novos conhecimentos.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 33).

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – SMS.** A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde – CGVS. Grupo Hospitalar Conceição - GHC / Serviço de Saúde Comunitária – SSC. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul – SPRS. Novembro de 2004.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – SMS.** PRÁ-SABER: INFORMAÇÕES DE INTERESE À SAÚDE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Informação. - Porto Alegre, RS, 2003. 102

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### Anexo B - Planilha de coleta de dados

Cópia de 2013\_08\_15 Coleta de dados Criança + Saúde Bucal [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Normal | Layout da Página | Visualização da Quebra de Página | Modos de Exibição Personalizados | Tela Inteira | Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Régua | Barra de Fórmulas | Linhas de Grade | Títulos | Mostrar

Zoom 100% | Zoom na Seleção | Nova Janela | Organizar Tudo | Congelar Painéis | Reexibir | Janela

Dividir | Ocultar | Exibir Lado a Lado | Rolagem Sincronizada | Redefinir Posição da Janela

Salvar Espaço de Trabalho | Alternar Janelas | Macros

B14 | 11

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche foco da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?	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	A criança com monitora de cresci em di
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 = N. 1 - Si
1														
2														
3														
4	1													
5	2													
6	3													
7	4													
8	5													
9	6													
10	7													
11	8													
12	9													
13	10													
14	11													
15	12													
16	13													
17	14													
18	15													
19	16													
20	17													
21	18													
22	19													

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

## Anexo C - Ficha espelho



Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
**FICHA ESPELHO**

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

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

CALENDÁRIO VACINAL									
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela
1ª dose ou dose única	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____								
2ª dose		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____							
3ª dose		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____							
Reforço		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____							
	Hepatite B	VPO	OUTRAS						
	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____						

