

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses, na UBS Rural,  
em Salto do Jacuí/ RS**

**Odalis de Dios Savignon**

**Pelotas, 2015**

**Odalís de Dios Savignon**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses, na UBS Rural,  
em Salto do Jacuí/ RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância 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: Nívea Maria Silveira de Almeida

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S267m Savignon, Odalis de Dios

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses, na UBS Rural, Em Salto do Jacuí/RS / Odalis de Dios Savignon; Nivea Maria Silveira de Almeida, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Almeida, Nivea Maria Silveira de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a todas as pessoas que acreditam que um mundo melhor é possível

## **Agradecimentos**

A minha equipe de trabalho, pela colaboração e perseverança para cumprir as ações, sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção.

A minha orientadora Nivea Maria Silveira de Almeida, pelo apoio e ajuda incondicional a mim oferecido neste período em que aprendi e compartilhei conhecimentos para minha atuação profissional.

## Resumo

SAVIGNON, Odalis de Dios. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses, na UBS Rural, em Salto do Jacuí/ RS.** 2015. 83f. 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 presente trabalho relata uma intervenção, com duração de 3 meses, utilizada para implantação do programa de atenção à saúde de crianças de 0 a 72 meses, na Unidade Básica de Saúde Rural, no município de Salto do Jacuí, no Rio Grande do Sul. Tal intervenção justifica-se pelo fato de que a mortalidade infantil, embora tenha decrescido no Brasil, ainda é observada, dadas às desigualdades do país, com necessidade de intervenção dos serviços públicos de saúde. Além do mais, não havia na unidade o acompanhamento de puericultura, se fazendo, portanto, necessário. Diante disso, o objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, residentes na área de abrangência da unidade referida. Para tanto, foram utilizados atendimentos clínicos, na unidade e domiciliares, busca ativa, atividades educativas, organização do serviço e qualificação da equipe. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Como resultado, pode-se destacar: ampliação da cobertura do programa para 92,1%; proporção de crianças com primeira consulta até os 7 dias de vida de 80% ao fim da intervenção; 100% de crianças com monitoração do crescimento; 100% de crianças com déficit ou excesso de peso monitoradas; 100% de crianças com monitoramento do desenvolvimento; 100% de crianças com a vacinação em dia; 24,3% de crianças com triagem auditiva no último mês da intervenção; 98,6% de crianças com teste do pezinho realizado na primeira semana de vida; 9,4% de crianças de 6 a 72 meses com avaliação de necessidade de consulta odontológica e com a primeira consulta odontológica realizada; 100% de crianças faltosas à consulta com busca ativa; 100% das crianças com registro atualizado; 100% das crianças com avaliação de risco realizada; 100% das mães das crianças participantes receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância, nutricionais e sobre saúde bucal da criança; 44,3% das crianças captadas no último mês haviam sido postas para mamar na primeira consulta; não conseguiu-se fazer suplementação com sulfato ferroso nas crianças de 6 a 24 meses. A partir desta intervenção, houve uma melhoria em muitos indicadores de qualidade de vida para as crianças da área de abrangência da unidade, além do incremento na cobertura o que possibilitará uma continuidade dessas melhorias; a equipe organizou seu processo de trabalho de modo a fazer com que o trabalho seja mais fluido e produtivo, além de ter se qualificado e o serviço ganhou uma boa organização, otimizando as atividades.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; crescimento infantil; desenvolvimento infantil.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia 1- UBS Capão Bonito em construção. Fonte arquivo próprio 2015.	11
Figura 2	Fotografia 2- Posto de saúde Rincão do Ivaí. Fonte arquivo próprio 2015.	11
Figura 3	Fotografia 3- Sala de acolhimento da Unidade Móvel. Fonte arquivo próprio 2015.	12
Figura 4	Fotografia 4-Reuniao de equipe. Fonte arquivo próprio. 2015	61
Figura 5	Gráfico 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	70
Figura 6	Fotografia 5-Primeira consulta do recém-nascido no domicilio. Fonte arquivo próprio. 2015.	72
Figura 7	Gráfico 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	72
Figura 8	Gráfico 3- Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.	73
Figura 9	Gráfico 4-Proporção de crianças com triagem auditiva	75
Figura 10	Gráfico 5- Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.	76
Figura 11	Gráfico 6-Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	77
Figura 12	Gráfico 7- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.	78
Figura 13	Gráfico 8- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.	79
Figura 14	Gráfico 9-Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	80
Figura 15	Fotografia 6-Primeira consulta de puericultura. Criança posta a	81

	mamar na consulta Fonte arquivo próprio. 2015.	
Figura 16	Fotografia 7-Consulta de puericultura a crianças de 12 meses com os pais recebendo orientações de promoção de saúde. Fonte arquivo próprio 2015.	82
Figura 17	Gráfico 10: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cáries.	83



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

RS	Rio grande do Sul
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CP	Citopatológico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta de Dados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação em Saúde do Câncer de Colo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CCU	Câncer de colo uterino
CM	Câncer de mama
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	28
2 Análise Estratégica .....	29
2.1 Justificativa .....	29
2.2 Objetivos e metas .....	32
2.2.1 Objetivo geral .....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	32
2.3 Metodologia .....	34
2.3.1 Detalhamento das ações .....	34
2.3.2 Indicadores .....	56
2.3.3 Logística .....	62
2.3.4 Cronograma .....	64
3 Relatório da Intervenção .....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	69
4 Avaliação da intervenção .....	71
4.1 Resultados .....	71
4.2 Discussão .....	85
5 Relatório da intervenção para gestores .....	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	97
Referências .....	99
Anexos .....	100

## **Apresentação**

O presente trabalho presente de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A Intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rural do município salto do Jacuí, RS, visando melhorar a saúde das crianças da área de abrangência.

O presente volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligado: A primeira parte está formada pela análise situacional, na qual se apresenta a situação da estratégia de saúde da família na unidade, nas diversas ações programáticas. O Relatório da Análise Situacional reporta os resultados provenientes da análise situacional.

A segunda parte está formada pela análise estratégica. Foi elaborado um projeto da intervenção na qual foi apresentada a estratégia de realização da intervenção, a justificativa, os objetivos e metas propostas, a metodologia, o detalhamento das ações, os indicadores, a logística necessária e o cronograma.

A terceira parte do texto trata do relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas que incluiu a análise das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas ou não, assim como as dificuldades e facilidades relacionadas, a coleta e sistematização de dados e a viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço.

A quarta parte do texto, apresenta a avaliação da Intervenção, na qual se relatam os resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde.

A quinta parte apresenta o relatório aos gestores onde se expõe os resultados obtidos na intervenção e as dificuldades com propostas de possíveis soluções aos problemas encontrados e a proposta de incorporar a intervenção na rotina do trabalho da equipe.

A sexta parte apresenta o relatório da intervenção para a comunidade ,onde explicamos as ações desenvolvidas e os logros obtidos com nosso trabalho.

Na ultima parte, o texto apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, na qual é feita uma reflexão do desenvolvimento do trabalho e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de agosto de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas, e sua finalização no mês de agosto de 2015, com a entrega do presente Volume do Trabalho de Conclusão do Curso.

## **1 Análise Situacional**

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

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de Atenção a Saúde. Por isso é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel fundamental na garantia à população de acesso a uma atenção a saúde de equidade (BRASIL, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural do município Salto de Jacuí, e de nova criação. Está formado por, 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 03 agentes comunitários de saúde, e um 01 funcionário para serviços gerais e motoristas. A UBS mesma ainda não tem sido construída e os atendimentos são feitos em dois assentamentos: Capão Bonito na unidade móvel da prefeitura do município que fica fixa na frente da escola e em no posto de Saúde de Rincão do Ivaí.

Nossa área de abrangência é composta pelo Assentamento Oriental, Capão Bonito, Capão Grande, Rincão do Ivaí e as 12 fazendas que se encontram na área. Atendemos a população do Rincão do Ivaí e Fazendas nas segundas-feiras e terças-feiras no posto de saúde de Rincão do Ivaí, no horário das 08:00h às 11:30h / 13:30h às 17:00h. No Capão Bonito e Capão Grande atendimento na Unidade Móvel, na quarta-feira das 08:00h às 11:30h e das 13:30h às 17:00h.O

Assentamento Oriental é atendido na quinta-feira das 08:00h às 11:30h/ 13:30h às 17:00h, na Unidade Móvel do Capão Bonito.

O forte da população a qual atendemos, é a agricultura, a mesma trabalha nas lavouras agrícolas, plantação de soja, milho, trigo e outros produtos, criação de animais e produção de leite.

Em nossa área de abrangência temos duas escolas, duas igrejas e dois ginásios pólio esportivos. No Capão Bonito existe a escola que atende os alunos de 1ª a 8ª série, já a escola do Rincão do Ivaí atende alunos de 1ª à 4ª série.

A equipe de saúde presta atendimento no Capão Bonito na Unidade Móvel da prefeitura de Salto do Jacuí, que fica fixa na frente da escola a qual possui uma sala de espera (acolhimento), uma sala de triagem e dispensação do medicamento, consultório médico e sala de enfermagem. A unidade móvel não oferece uma estrutura adequada para a equipe prestar um atendimento de qualidade. Não temos banheiro público nem banheiro para os funcionários, também não tem água nas pias para dispensar o lavado das mãos. Os equipamentos que trabalhamos na unidade móvel são: uma mesa ginecológica, balança de adulto e pediátrico, autoclave e instrumentais, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetros, medidor de glicemia capilar, nebulizador.

O atendimento no Rincão do Ivaí é no posto de saúde mesmo, oferecendo uma sala de acolhimento, sala de enfermagem e do agente comunitário de saúde, ambulatório, sala médica, e sala de material de limpeza.



Figura 1 – UBS Capão Bonito em Construção. Fonte arquivo próprio.



Figura2-Posto de saúde Rincão do Ivaí. Fonte arquivo próprio



Figura3- Sala de acolhimento da Unidade Móvel. Fonte arquivo próprio.

Temos identificação segundo padrões visuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção básica, a garantia pela gestão municipal de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, presente no município, além dos fluxos definidos na rede de atenção básica à saúde.

O número total de pessoas cadastradas na área de abrangência é de 826 pessoas e 246 famílias.

Atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Rural, em 02 meses de trabalho:

-Mapeamento e cadastramento da área Capão Bonito, Capão Grande, Rincão do Ivaí e Assentamento Oriental ainda faltam 12 fazendas que não têm agentes comunitários.

-Acolhimento, recepção, registro e marcação de Consultas médicas e de enfermagem.

-Visitas domiciliares e de acompanhamento a doenças crônicas, e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, ações de promoção a saúde e outras ações integrais para melhorar a saúde das famílias.

-Acompanhamento a gestantes nas visitas domiciliares porque elas se atendem com os médicos ginecologistas do município;

-Marcação de exames, preventivos, curativos simples, aplicação de medicamentos, aferição de pressão arterial e HTG.

-Acompanhamento de hipertensos e diabéticos, idosos em visita domiciliar.

-Teste rápido de HIV e Sífilis.

Temos identificação segundo padrões visuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção básica, a garantia pela gestão municipal de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, presente no município, além dos fluxos definidos na rede de atenção básica à saúde.

O transporte é oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Salto do Jacuí, todos os dias da semana. Chegamos às 08:00h da manhã e voltamos depois das 17:00h. Não temos telefone fixo, computador para o registro das informações nem acesso a internet.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Salto do Jacuí foi criado pela Lei Estadual n. 7.657 de 12/05/1982, sendo instalado em 31/01/1983. O município é constituído pelos distritos de Salto do Jacuí (sede), Capão Bonito, Tabajara, Júlio Borges, Rincão do Ivaí e Passo Real, localizado no Valle do Jacuí, região fisiografia do Planalto Médio e pertence a 314<sup>o</sup> microrregião de Santa Cruz do Sul. A economia do município se baseia na agropecuária (soja, milho, trigo, criação de gado) e na mineração (extração de pedras preciosas), geração de energia elétrica (Usina Hidrelétrica Leonel Brizola e Usina Hidrelétrica Passo Real). A extração de ágata está em declínio, mas Salto do Jacuí ainda é o maior produtor brasileiro. O município conta com uma população de 11.988 habitantes (IBGE, 2010).

No que se refere à saúde, conta com um hospital municipal, que está sobre a gerencia da congregação Notre Dame. Este hospital tem 27 leitos, sendo 24 leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 3 leitos para convênio particular e atendido por um médico geral do município. Com relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município dispõe de quatro, sendo destas, três na cidade, que não tem estrutura adequada e uma ESF Rural, que ainda não está construída, e os atendimentos são feitos na unidade móvel da prefeitura do município que fica fixa na frente da escola de Capão Bonito dois dias a semana e no posto de Rincão do Ivaí dois dias também. Não temos equipe do Núcleo o de Apoio a Saúde da Família (NASF), mas os usuários são atendidos pelo assistente social, psicólogo e nutricionista do município. Também temos dois Ginecologista e um pediatra que fazem os acompanhamentos das gestantes e crianças até 2 anos.



No município temos dificuldades para fazer exames complementares, pois não tem laboratório pelo SUS. Tem um convênio com um laboratório privado, onde os agendamentos são em 15 dias ou mais e outros convênios com municípios vizinhos, onde os agendamentos ficam para mais de um mês. Tampouco temos ultrassom pelo SUS, tem que fazer privado. Outros exames como citologia, colonoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma de esforço, mamografia, tomografia, Raios-X com contraste, não temos no município, e os convênios com municípios vizinhos demoram mais de um mês e alguns, como ressonância e tomografia, até um ano.

A ESF Rural do município Salto de Jacuí, está formada por uma equipe multiprofissional. A mesma é composta por: 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 3 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para serviços gerais e motorista. A equipe de trabalho oferece à população adstrita, as seguintes atividades: consultas médicas agendadas, de urgências, demanda espontânea e no dia aos 100% da população da área adstrita, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, dispensação do medicamento conforme prescrição médica, agendamentos de exames clínicos, encaminhamentos, coleta de CP (citopatológico), aferição de pressão arterial, teste de HGT (glicose), teste rápido de HIV e Sífilis, acompanhamento à domicílio de gestantes, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, atividades de grupo de HIPERDIA, Idosos, gestantes, crianças, adolescentes e homens maiores de 45 anos com uma frequência mensal.

Nossa equipe presta atendimento no Capão Bonito, na Unidade Móvel da prefeitura de Salto do Jacuí, a qual possui uma sala de espera (acolhimento), uma sala de triagem e dispensação do medicamento, consultório médico e sala de enfermagem. A unidade móvel não oferece uma estrutura adequada para a equipe prestar um atendimento de qualidade. Não temos banheiro público, nem banheiro para os funcionários, também não tem água nas pias para lavagem das mãos. Já o atendimento de saúde no Rincão do Ivaí, é na Unidade Básica da mesma, oferecendo uma sala de acolhimento, sala de enfermagem e do agente comunitário de saúde, ambulatório, sala médica, e sala de material de limpeza.

Fazendo uma avaliação geral das limitações estruturais físicas, do equipamento e de equipe de trabalho, ainda é muito cedo para conseguir que os atendimentos sejam feitos com ótima qualidade, mas nós, nesta etapa, estamos conhecendo a população toda, visitando as famílias e conhecendo todos os seus

costumes, culturas, religiões e, sobretudo, comunicando-nos com todos eles para alcançar uma melhor troca da comunidade com nossa equipe. Entendo que ainda é cedo para realizar uma avaliação dos resultados do trabalho da minha Unidade e da Equipe de Saúde da Família, mas já posso perceber que a população se sente gratificada com os cuidados que vem recebendo.

Em relação às atribuições dos profissionais da equipe, a enfermeira participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, com identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, identificações de grupos de riscos, sinalização dos equipamentos e redes sociais, também são coletadas as informações dos agentes comunitários de saúde, que levam mais tempo trabalhando com nossa população, com manutenção do cadastramento das famílias e dos indivíduos. Outros profissionais não participaram, inicialmente, porque nossa equipe só tem três meses de formação, como já parcialmente citado, nós fazemos o cuidado em saúde a população: curativos, nebulização, atividades de educação, promoção e cuidados em saúde, acompanhamento e revisão de problemas de saúde, aferição de pressão, consultas médicas e de enfermagem, entrega de medicamentos, aplicações de medicação oral e injetável, trocar bolsa de colostomia, sondas, revisão puerperal, acompanhamento a gestantes e crianças no âmbito da unidade móvel, posto de saúde e no domicílio. Outros locais como escolas, associação comunitária, igrejas, são utilizadas para reunir aos grupos de aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, dos homens e bolsa família. Os grupos já estão formados para realizar ações de promoção e educação em saúde, mas até agora as atividades desenvolvidas com eles são de apresentação de nossa equipe, explicação das estratégias de trabalho e organização das atividades futuras.

Os encaminhamentos a especialidades são feitos respeitando fluxos de referência e contra referência, mas são insuficientes. Isto faz com que os usuários não tenham garantida a acessibilidade e continuidade da atenção em âmbito hospitalar e atendimento nas especialidades. Além disso, nossa equipe acompanha o plano terapêutico proposto ao usuário, quando é encaminhado a outros níveis do sistema, e acompanham o usuário em situações de internação domiciliar. Também fazemos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis e se realizam busca ativa destas doenças.

Além dos locais já citados, as atividades de grupo também são realizadas no local de atendimento da ESF com participação da comunidade. Todos os profissionais participam de atividades de qualificação profissional em gestão em saúde multiprofissional e de transformação das práticas, com objetivo de melhorar as ações de nosso trabalho e fortalecer do controle social da comunidade.

As atribuições de cada um dos profissionais da equipe são cumpridas com o objetivo de garantir a atenção à saúde com integralidade e realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e a garantia de atendimento à demanda espontânea, da realização das ações programáticas coletivas e de vigilância a saúde da comunidade que atendemos. As reuniões de equipe são realizadas com uma periodicidade mensal, onde se analisam e avaliam os temas necessários para desenvolver um trabalho ótimo, e todas as segundas feiras nos reunimos para planejar o trabalho da semana, participamos das atividades de educação permanente.

Nossa equipe é nova, mas está comprometida com o trabalho. Nossa área de abrangência é composta pelo Assentamento Oriental, Capão Bonito, Capão Grande, Rincão do Ivaí e as 12 fazendas que se encontram na área. Atendemos a população do Rincão do Ivaí e as fazendas nas segundas-feiras e terças-feiras no posto de saúde de Rincão do Ivaí, no horário das 08:00h às 11:30h / 13:30h às 17:00 h. No Capão Bonito e Capão Grande, o atendimento na Unidade Móvel é na quarta-feira, das 08:00h às 11:30h e das 13:30h às 17:00h. O Assentamento Oriental é atendido na quinta-feira das 08:00 às 11:30min/ 13:30h às 17:00h, na Unidade Móvel do Capão Bonito. A principal atividade da população a qual atendemos, é a agricultura. A mesma trabalha nas lavouras agrícolas, plantação de soja, milho, trigo e outros produtos, criação de animais e produção de leite. Em nossa área de abrangência temos duas escolas, duas igrejas e dois ginásios poliesportivos. No Capão Bonito, existe a escola que atende os alunos de 1ª a 8ª série, já a escola do Rincão do Ivaí atende alunos de 1ª à 4ª série. Atendemos uma população de 826 pessoas e 246 famílias. A equipe é adequada ao tamanho da população, mas a dificuldade é que muitas destas famílias moram longe da UBS.

A distribuição da população por faixa etária é como se segue:

Menor de 1 ano	De 1-4 anos	De 5-14 anos	De 15- 59 anos	De 60 e mais	Total
11	54	162	516	83	826

### **Atenção à demanda espontânea e ações programáticas Acolhimento**

Em minha UBS, o acolhimento aos usuários com atividades agendadas e à demanda espontânea, é realizado na recepção e no corredor. Não temos equipe específica para acolhimento, mas, geralmente, todos os profissionais executam o mesmo no primeiro momento do funcionamento da unidade. Toda a equipe se reúne com os usuários que vieram a unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Assim, envolvendo toda a equipe na realização da primeira escuta e avaliação de risco e sofrimento mais evidente. Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar a população o modo de funcionamento da unidade e os processos de trabalho da equipe.

Com relação à atribuições mais específicas, a enfermeira realiza a primeira escuta, atendendo a demanda espontânea da população e também os usuários agendados, negociando as ofertas mais adequadas para responder as suas necessidades, eu faço a consulta para os casos agudos e também os usuários agendados, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários contribuem na avaliação de risco, possibilitando identificar as situações de maior urgência e com isso, procedendo as devidas prioridades.

O acolhimento é realizado em todos os turnos de atendimento e são acolhidas todas as pessoas que chegam a UBS, sem demora, pois não existe excesso de demanda para consultas, para enfermeiro nem médicas, de usuários com problemas de saúde agudos que precisem atendimento no dia, mas quando

isto acontece e, dependendo da gravidade de cada caso, se faz o atendimento no mesmo momento com a presença de toda a equipe. Às vezes, quando a situação é não aguda se orienta ao usuário para retornar outro dia. Nosso principal problema com relação ao acolhimento à demanda espontânea é a falta de uma sala específica, com a escuta sendo realizada na recepção, sem respeito à privacidade do usuário.

### **Atenção à Saúde da Criança**

Antes da chegada da criação de nossa equipe de saúde, as consultas de crianças eram realizadas apenas pelo Pediatra do município que fica na cidade todo tempo, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, a maioria das mães procuravam atendimentos quando suas crianças ficavam doentes. A nossa chegada ao município identificamos dificuldades no acompanhamento das crianças, sem um acompanhamento de puericultura com avaliação integral e realização das ações de promoção e prevenção de saúde. Quanto aos menores de 1 ano, de acordo a estimativa do caderno de ações programáticas é estimada a existência de 10 crianças em nossa área e na realidade temos 11 crianças menores de um ano todas elas tem acompanhamento por nossa Equipe, cobertura muito boa com 110%. Além disso, em minha UBS, começaram, em setembro 2014, os atendimentos de puericultura para as crianças ate 6 anos . Os atendimentos são feitos uma vez ao mês em todos os turnos, e participam a médica de família, enfermeira, técnica de enfermagem e os agentes comunitários da área de abrangência. Após a consulta, agendamos a próxima. Não existe demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde agudos, mas os que chegam são atendidos com prioridade no mesmo dia, ainda que tenha excedido a capacidade e muitas vezes o equipe se desloca a suas casas para os atendimentos. Utilizamos os protocolos do Caderno de Saúde da Criança do Ministério da Saúde 2013. Nas consultas fazemos historia clinica, exame físico avaliação de risco biológico, ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, mas os problemas de saúde bucal e mental que suspeitamos são encaminhados aos especialistas de acordo aos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também fazemos ações de prevenção de anemia, prevenção de violência, de acidentes domésticos, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento, orientações para o calendário da vacina mais esclarecimento de todas as dúvidas que tenham as mães e familiares.

Temos 22 crianças até 2 anos, delas 11 são menores de um ano, 7 menores de 6 meses, 2 com baixo peso ao nascer e de baixo risco, são 9. Temos também 54 crianças de 2 a 6 anos, ou 72 meses.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e nas cadernetas das crianças, onde se preenchem todas as informações atuais das mesmas. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura.

### **Atenção ao pré-natal e puerpério**

Com relação à atenção pré-natal, nossa equipe não acompanha atualmente pré-natal as gestantes de nossa área, pois a secretaria de saúde do município decidiu que as gestantes fossem acompanhadas por ginecologistas do município. Nós fazemos acompanhamento das gestantes em visitas domiciliares mensais, realizamos ações de trabalho integral e de promoção de saúde para as gestantes e seus familiares: revisamos a carteira da gestante e olhamos o acompanhamento delas, orientamos sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, orientamos quanto aos fatores de risco e a vulnerabilidades que poderiam aparecer, fazemos ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis, da atividade física, cuidados de higiene, desenvolvimento da gestação, atividade sexual, que incluem prevenção das DST, reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta e o preparo para o parto. Também fazemos controle da pressão arterial, exame obstétrico e auscultados batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais e verificação da presença de edema mais exame físico geral.

Com relação à atenção pré-natal, nossa equipe acompanha no domicílio e outras atividades atualmente 4 das 12 gestantes estimadas para nossa população, o que representa 39% de cobertura. As atividades com grupos de gestantes são realizadas mensal, com participação da equipe. Nessas atividades as gestantes recebem orientações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, saúde bucal, e sobre a importância da Atenção Pré-natal, além de trocarem experiências entre si.

A consulta de puerpério não pode avaliar, pois muitas delas não foram feitas e registradas, mas nas visitas domiciliares elas alegam haver recebido algumas

orientações sobre os cuidados do recém-nascido e planejamento familiar pela enfermeira vacinadora e o médico pediatra.

Fazendo uma avaliação integral da atenção pré-natal no município, Temos disponibilizado na consulta os protocolos de Atenção de Pré-natal de baixo risco e Puerpério 2013. Fazendo uma avaliação integral da atenção pré-natal no município, mas acho que ainda não tem integração, mas agora com nosso acompanhamento em nas visitas domiciliares e a criação do grupo de gestantes, acredito que melhorará a atenção e, assim, diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

### **Prevenção do Câncer de colo e de mama**

No município, os programas de controle do câncer de colo de útero e de mama encontram-se centralizados, mas agora, ditos programas, começaram a descentralizar para cada ESF, pois foi aprovada pelo Ministério de Saúde a transição à Estratégias de Saúde da Família das quatro UBS novas e cada ESF vai realizar sua própria coleta de cito patológico às mulheres da área de abrangência, e as mamografias serão agendadas no município de Cruz Alta.

O número estimado de mulheres na faixa etária entre 25 - 64 anos na área de abrangência da UBS é de 235, sendo que atualmente 213 usuárias fazem acompanhamento para prevenção de Câncer de Colo Uterino (CCU), o que representa uma cobertura de 91%. Quanto aos indicadores de qualidade, do total das 213 mulheres acompanhadas, 110 tem realizado exame cito patológico sendo que outras 103 mulheres estão com mais de seis meses de atraso no exame. Isto acontece porque os agendamentos para a coleta do preventivo eram realizados na cidade e muito delas não compareciam para realizar o exame.

Nós estamos iniciando a avaliação de outros indicadores de qualidade em todas as mulheres de nossa área de abrangência, quando elas agendam consultas e nas visitas domiciliares. Fazemos o rastreamento, avaliação de risco, ações de educação e prevenção de câncer de colo e das doenças sexualmente transmissíveis. Dos exames coletados neste ano, todas as amostras foram satisfatórias. Olhando os indicadores temos que trabalhar para conseguir fazer todos os exames com atraso e buscar aquelas que nunca o fizeram.

No que se refere aos indicadores para o controle do Câncer de Mama (CM), estes indicam uma cobertura de 69% em relação ao número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos, que é de 88. Temos uma população entre 50 - 69 anos de 61 mulheres. Destas, com mamografia em dia, são 43. Mas no total realizamos, este ano, 84 mamografias, pois o ministério recomenda fazer o exame nas mulheres acima de 40 anos. Com mamografias em atraso, temos 28, mas que já tem agendamento para fazê-la.

Existem protocolos produzidos pelo Ministério de Saúde para o controle de câncer da mama e de colo do útero centralizados no município sendo utilizados pela enfermeira dedicada no município ao planejamento, gestão e coordenação destes programas. Os dados são registrados no livro de registro e no prontuário clínico e como fonte de dados, temos o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação em Saúde do câncer de colo uterino (SISCAN) que ainda continua centralizado.

As mulheres com exame citopatológico e mamografia alterados nos últimos três anos são acompanhadas e controladas, mas ainda, em nossa UBS, não temos todos os dados atualizados. Temos dificuldades porque ainda não temos as condições para fazer os preventivos em nossa UBS e temos que agendar os turnos em outra UBS na cidade. Também pelo SUS não temos Mastologista, nem equipamento de realização de ultrassonografia e nem a realização de biopsia. Nos casos necessários, os usuários tem que pagar para fazer os exames. Acredito que quando for feita a descentralização destes programas, o trabalho com a população de nossa área fique melhor. Para ampliarmos a cobertura e melhorarmos a qualidade do controle tanto do CCU como CM, podemos aprimorar alguns aspectos relacionados ao processo de trabalho, com a realização organizada do rastreamento, com a participação de toda a equipe nas orientações às mulheres sobre a importância do autoexame e da realização da mamografia, e com a organização de um arquivo para o registro dos resultados dos exames e com o cadastramento de toda a população da área de abrangência, poderemos melhorar o acesso das usuárias aos cuidados preventivos.

#### **Atenção aos portadores de HAS, Diabéticos e Idosos.**

Quanto aos hipertensos, diabéticos e idosos, estes são os grupos que mais avaliamos e cuidamos, pois são os que mais procuram a UBS para passarem por



consultas, situação que segue uma tendência mundial de aumento de doenças crônicas, relacionado com a transição demográfica e com os estilos de vida. É preciso investir mais no planejamento de ações preventivas e educativas, na realização de atividades com grupos, nas mudanças de hábitos de vida e na adesão à medicação.

No que se refere aos indicadores para o controle da HAS temos uma estimativa do número de hipertensos com mais de 20 anos residentes na área de 190 e cadastrados até agora temos 107 o que representa um 56%, mas acho que existe um número maior, até agora não identificado, pois muitas pessoas com fatores de risco ainda não tem nenhuma aferição da tensão arterial, nem avaliação dos fatores de risco. Os indicadores de qualidade da atenção a hipertensão arterial sistêmica, ainda não podem ser avaliados. Nós estamos trabalhando para melhorar o acompanhamento destes usuários e fazer uma avaliação integral de todos eles, mas temos dificuldades, pois não temos uma equipe com nutricionista, odontólogo, psicólogo, educador físico e assistente social, que são necessários para a avaliação integral dos usuários. Também os exames laboratoriais demoram muito tempo, pois no município não temos laboratório pelo SUS e a secretaria de saúde só tem convenio com um laboratório particular, cujos turnos estão agendados até dezembro.

Penso que o município poderia melhorar a atenção destes usuários aumentando a cobertura de exames e contratando especialistas para fazer a avaliação que eles precisam, integral e multiprofissional. Nossa equipe realiza ações de promoção e educação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle de peso corporal, de estímulo a prática regular da atividade física, ações de orientação sobre do malefício do consumo excessivo de álcool e sobre os malefícios do tabagismo, quando fazemos as reuniões de grupo de hipertensos todos os meses.

Os atendimentos para hipertensos são feitos todos os dias da semana, em todos os turnos, após a consulta o paciente sai da UBS já com a próxima consulta agendada e os exames laboratoriais indicados, mas como já falei, os agendamentos destes exames é muito demorado. Não temos demanda de usuários hipertensos com problemas de saúde agudos, não existem protocolos de atendimento para usuários com hipertensão arterial impressos, mas nós trabalhamos com eles porque foram disponibilizados pelo curso de especialização em saúde da família. Fazemos ações como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e

tratamento da obesidade, sedentarismo e tabagismo. Também fazemos estratificação o risco cardiovascular dos usuários com hipertensão arterial nas consultas, se utilizam os protocolos para regular o acesso dos usuários hipertensos a outros níveis de atendimento do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados em o prontuário clínico, não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos usuários, a equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de hipertensos todos os meses, na associação de Bairro comunitário, além das atividades no âmbito da UBS com uma boa participação e a avaliação destas atividades se realiza nas reuniões mensais da equipe.

Os registros dos usuários diabéticos são feitos pelo cadastramento dos agentes comunitários de saúde, mas o número estimado de diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área é de 25, menor que a estimativa do caderno de ações programáticas deste Curso de Especialização, que são 54 para um indicador de cobertura de 46%. O atendimento de adultos com Diabetes Mellitus se realiza todos os dias da semana, em todos os turnos de trabalho, em consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde. Após a consulta, o paciente já sai com a próxima consulta agendada. Os problemas de saúde agudos deles são atendidos, quando acontecem, no âmbito da UBS ou em visita domiciliar. O seguimento desta doença é igual a dos usuários hipertensos. Temos os protocolos de Atenção a Diabetes já que foram disponibilizados pelo curso de especialização em saúde Também é analisada e avaliada em as reuniões de equipe todos os meses.

Fazendo uma avaliação destes programas, penso que poderão melhorar quando o município tiver profissionais para sua avaliação integral e o acompanhamento deles seja feito de acordo aos protocolos de Hipertensão e Diabetes.

No município Salto do Jacuí, não tem implementado a caderneta de saúde da pessoa idosa. Nós temos cadastrados 83 idosos com 60 anos ou mais, o que corresponde 72% da cobertura adequada à nossa realidade, conforme os dados fornecidos pelo Caderno de Ações Programáticas que e de 116. A população da área é majoritariamente de agricultores e trabalhadores de granjas, que ficam por pouco tempo morando lá. Já começamos os atendimentos médicos, avaliação multidimensional rápida, acompanhamento, avaliação de risco e morbimortalidade, orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, orientação para realizar

atividade física regular, mas não podemos realizar, ainda, a avaliação de saúde bucal.

Temos dificuldades para fazer um trabalho de ótima qualidade com eles, pois nossa UBS não tem, ainda, a equipe multiprofissional para a avaliação global dos idosos. Nós fazemos os atendimentos de idosos todos os dias da semana e em todos os turnos. Não existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimentos em nossa UBS, os atendimentos são feitos por toda nossa equipe, médico geral de família, enfermeira, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Os usuários após a consulta saem com a próxima consulta agendada e não existe excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, mas quando isso acontece eles são atendidos com prioridade. Temos protocolo de atendimento para idosos e as ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, da obesidade, do sedentarismo do tabagismo e acompanhamento em visitas domiciliares. Se utilizam protocolos para regular o acesso dos usuários a outros níveis para atendimento nas especialidades e encaminhamento para internação hospitalar.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico da UBS. Em todas as consultas médicas se realiza a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa por ocasião do exame clínico e se explica ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco de hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão de maior prevalência dos idosos. No município não temos a caderneta de saúde da pessoa idosa, como já dito, e não temos programa de atenção ao idoso implantado ainda. As atividades com grupos de idosos já começaram em minha UBS e se realizam no âmbito da UBS e na associação de bairro, também se realizam atividades de cuidado domiciliar e temos identificado os idosos que necessitam receber cuidado domiciliar. Estes cuidados são realizados por toda a equipe, as atividades com este grupo são planejadas e analisadas nas reuniões de equipe todos os meses.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha UBS seriam. Estabelecer no município a caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação de saúde bucal a todos os idosos da área e contar com uma equipe multiprofissional para garantir um

trabalho de qualidade. . A equipe está sensibilizada para o trabalho junto à terceira idade, mas temos muitos desafios pela frente, já que é difícil conseguir o apoio da família e a participação da comunidade, o que é fundamental para que o idoso envelheça com qualidade de vida e independência.

### **Atenção à Saúde Bucal**

No que se refere à saúde bucal, não oferecemos esse serviço na UBS, já que a atenção odontológica no município encontra-se centralizada, a demanda por atendimento está principalmente relacionada à dor de origem dentária.

A atenção à Saúde Bucal pode ser implementada, mesmo na ausência do serviço, através do desenvolvimento de ações educativas e da orientação aos usuários para que procurem atendimento não apenas com queixas agudas, mas também para realizarem atividades de prevenção e educação em saúde bucal.

### **Considerações finais**

Por fim, de um modo geral, os maiores desafios que temos são: conseguir uma estrutura adequada para oferecer atendimentos de ótima qualidade, melhorar a realização de exames complementares e que sejam feitos mais rápido para poder fazer uma avaliação adequada aos usuários, que os convênios de agendamentos das consultas especializadas sejam feitas com mais rapidez e a integração do programa de saúde bucal a atenção básica. Também acho que os gestores devem ter mais poder de resolutividade dos problemas que hoje afetam a qualidade dos serviços da atenção básica de saúde.

Tendo em vista todas estas situações já abordadas, fica fácil perceber que os desafios enfrentados nesta UBS são numerosos, e que há muito trabalho pela frente. As tarefas realizadas no curso incentivam mudanças em nosso trabalho, para garantir o cadastramento de toda a população, e a realização de mais atividades de promoção e educação em saúde, para, assim contribuir para a ter um acompanhamento adequado das crianças e adoção de estilos de vida mais saudáveis.

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

Fazendo uma comparação com texto inicial sobre a situação da ESF em meu serviço, ainda não temos muitas diferenças estruturais, pois a construção da UBS não foi feita até agora, mas nossa equipe agora trabalha, tendo em conta os manuais de atenção básicas já disponíveis na UBS e aqueles que foram disponibilizados pelo curso de Especialização, já tem cadastrado a todas as famílias que moram na área coberta pelos três agentes comunitários de saúde, damos atenção médica e de enfermagem de maior qualidade, as visitas domiciliares são realizadas pela equipe, dando prioridades àquelas pessoas mais necessitadas. Já foi aprovada e cadastrada pelo Ministério de Saúde a ESF Rural. As atividades desenvolvidas pela equipe agora são feitas de acordo aos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde, mas apesar do acompanhamento dos pacientes pela equipe continuam as dificuldades com os encaminhamentos aos especialistas, para fazer avaliações por outros profissionais por exemplo odontólogo e psicólogo, já que ainda nosso município não se tem organizada uma equipe de referência para fazê-las.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil (BRASIL, 2012).

O município Salto do Jacuí conta com uma população de 11.988 habitantes. No que se refere a Atenção Básica o município dispõe de 4 EFS sendo destas, 3 na cidade que não são com estrutura tradicionais e uma ESF Rural que ainda não está construída e os atendimentos são feitos na unidade móvel da prefeitura do município que fica fixa na frente da escola de Capão Bonito e no posto de Saúde do Rincão do Ivaí. A ESF Rural do município Salto de Jacuí é de nova criação, está formada por uma equipe, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. As comunidades que abrangem são Capão Bonito, Capão Grande, Assentamento Oriental, Rincão do Ivaí e as 12 fazendas que se encontram na área. Atendemos uma população de 851 pessoas e 247 famílias.

A equipe é adequada ao tamanho da população, mas muitas destas famílias moram longe da UBS e não tem transporte para deslocar-se.

Em relação à estrutura física

Nossa equipe presta atendimento no Capão Bonito na Unidade Móvel da prefeitura de Salto do Jacuí que fica fixa na frente da escola, a qual possui uma sala de espera (acolhimento), uma sala de dispensação dos medicamentos, consultório medica e sala de enfermagem, não oferece uma estrutura adequada para prestar atendimentos de qualidade já que não tem banheiros publico nem para os funcionários, agora não tem agua nas torneiras para dispensar o lavado das mãos e no posto de Saúde de Rincão do Ivaí que oferece uma sala de acolhimento, sala de enfermagem, consulta medica , ambulatório e banheiros com estrutura adequada para brindar atendimentos de qualidade.

A melhoria da atenção a saúde das crianças de 0 a 72 meses foi a ação que escolhi como foco para minha intervenção no Curso de Especialização em Saúde da Família. A escolha desse foco se justifica porque, minha Unidade Básica de Saúde (UBS) e de nova criação e desde o início de meu trabalho, observamos dificuldades no trabalho com este grupo, as crianças não eram atendidas na nossa UBS, sendo o atendimento realizado na cidade pelo pediatra do município, mas quase todos os atendimentos eram feitos quando as crianças ficavam doentes e as mães procuravam as consultas, ou seja, não tinham acompanhamento na consulta de puericultura. Essa situação promovia a falta de conhecimento das mães e familiares da importância da consulta e acompanhamento das crianças, assim como saturação na consulta do pediatra da cidade.

Temos 22 crianças até 2 anos, delas 11 são menores de um ano, 7 menores de 6 meses, 2 com baixo peso ao nascer e de baixo risco, são 9. Todas elas são acompanhadas na consulta de puericultura e as visitas domiciliares por nossa equipe. Os atendimentos são feitos uma vez ao mês em todos os turnos onde participa a medica de família, enfermeira, técnica de enfermagem e os agentes comunitários da área de abrangência. Temos também 54 crianças de 2 a 6 anos, ou 72 meses, que agora pretendemos incluir em nossa intervenção e os agentes comunitários de saúde agendaram as consultas de puericultura já que ainda não tem nenhuma feita em nossa UBS.

Para melhorar a qualidade da atenção nossa equipe pretende realizar todas as consultas de recém-nascido antes dos 7 dias de vida, estas serão feitas nos domicílios dos usuários, tendo em conta que todos eles moram longe. Monitoraremos as vacinas das crianças enviando-as a vacinar a tempo no posto da cidade, já que ainda em nossa UBS não existe condições para ter uma sala de vacina. Se garantirá a suplementação de ferro a todas as crianças de 6 meses até 2 anos e realização de teste do pezinho em todas as crianças até os 7 dias de vida. Temos dificuldades para realizar a triagem auditiva neonatal, avaliação que detecta precocemente a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal. Em nosso projeto temos que melhorar este indicador e conseguir com as coordenações dos municípios vizinhos, o encaminhamento das nossas crianças para fazê-lo.

Não temos avaliação odontológica das crianças de 6 meses até 2 anos, pois ainda não temos odontólogo, mas agora se aprovou uma vaga de odontólogo para trabalhar 40 horas com as comunidades do interior do município, ele ficará em uma unidade móvel com atenção odontológica, se agendará os atendimentos para avaliar 100% das crianças de nossa área de abrangência, nós projetamos a buscas ativa daquelas faltosas e que ainda não temos registradas e daquelas de 2 a 6 anos que ainda não tem feita nenhuma consulta de puericultura. Já temos um registro onde todos os meses atualizaram os dados das consultas, avaliação de risco, vacinas, além de outras informações importantes para o acompanhamento da consulta. Também em nosso projeto temos que melhorar e incrementar as ações de promoção e educação em saúde.



## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Rural, do Município Salto do Jacuí, RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de saúde da criança de 0 a 72 meses de nossa área de abrangência.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à nossa área de abrangência.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento da 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 e com excesso de peso.

**Meta 2.4** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**Meta 2.5** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Meta 2.6** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

**Meta 2.7** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças de risco.

**Meta 2.8** Realizar teste de pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

**Meta 2.10** Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na UBS.

**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 de acompanhamento/espelho da saúde da criança 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 da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

## 2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural, no Município de Salto do Jacuí/ RS. Inicialmente, se previu uma intervenção para 16 semanas, porém, a intervenção foi reduzida para 12 semanas, por orientação do curso, devido ao prolongado afastamento que as férias da maioria dos especializando, foi realizado com participação de toda a equipe da UBS e da comunidade. O foco da intervenção foram 76 crianças, na faixa etária de 0 a 72 meses. As ações foram realizadas em quatro eixos, a saber: Organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de saúde da criança de 0 a 72 meses de nossa área de abrangência.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à nossa área de abrangência.

#### **Organização e gestão do serviço**

##### **Ação.**

1. Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.
2. Priorizar o atendimento de crianças de acordo aos protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério de Saúde.

**Detalhamento.** Para ampliar a cobertura do programa saúde da criança em nossa UBS projetamos que os agentes comunitários de saúde cadastrem a população de crianças entre 0 e 72 meses da área adstrita que ainda não tem sido cadastrado e manter atualizado e cadastro cada 4 meses.

Para priorizar o atendimento das crianças de acordo aos protocolos de atendimento nas reuniões de equipe se planejara as consultas de puericultura para cada assentamento um dia do mês, elaboraremos estratégias para levar as crianças às

consultas e programar visitas domiciliares, com o apoio das agentes comunitárias de saúde na identificação daqueles que ainda não que estão faltando às consultas. benefícios das ações orientadas as crianças.

### **Monitoramento e avaliação.**

#### **Ação:**

- 1- Monitorar o cadastramento a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

**Ação.** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa ao final da semana.

**Detalhamento:** A medica e a enfermeira revisaram e atualizaram os registros ao final de cada semana preenchendo os dados das crianças consultadas na semana.

### **Engajamento público**

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

**Detalhamento.** A equipe realizará orientações nos grupos comunitários, aos pais e familiares durante a consulta e visitas domiciliares, sobre o programa e a importância e os benefícios das ações orientadas nas consultas de puericultura.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ação.**

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

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.** A capacitação da equipe será feita pela médica e enfermeira da ESF. As capacitações foram feitas na primeira semana da intervenção no posto de saúde de Rincão do Ivaí. As capacitações seguirão os protocolos do ministério da saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

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

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação.** Fazer visita domiciliar ou busca ativa das crianças nascidas na área que não tiveram comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

**Detalhamento:** A equipe junto aos agentes comunitários de saúde visitaram em suas casas as gestantes no último mês da gestação e manter a comunicação com elas e sua família para conhecer aonde elas vão e ficarão depois do parto para garantir a primeira consulta ao recém-nascido e puérpera nos primeiros três dias depois do parto que serão realizadas no domicílio da paciente por a médica e a enfermeira.

### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** Serão revisadas ao final da semana os registros das gestantes com data provável de parto no mês, para garantir a consulta de todas as crianças nos primeiros 7 dias de nascidos.

### **Engajamento público**

#### **Ação.**

Informar às mães e familiares sobre as facilidades oferecidas pela equipe para a realização do acompanhamento da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida.

**Detalhamento.** Nos grupos de pré-natal e puerpério, durante as consultas, ações comunitárias ou visitas domiciliares a equipe dará orientações sobre a importância das consultas na primeira semana de vida.

## **Qualificação da prática clínica**

### **Ação.**

Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida.

**Detalhamento.** A médica e a enfermeira capacitarão à equipe na primeira semana da intervenção sobre as ações clínicas a serem realizadas durante o atendimento das crianças usando o protocolo do ministério da saúde e as políticas de humanização para melhorar o atendimento das crianças da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

**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.

## **Organização e gestão do serviço**

### **Ações.**

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

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

Garantir encaminhamento a nutricionista as crianças com déficit e excesso de peso.

Detalhamento: Agendar as consultas com nutricionista do município aquelas crianças com déficit e excesso de peso para avaliação y acompanhamento

**Detalhamento.** A secretaria de saúde do município tem garantido o material necessário para a realização das medidas antropométricas das crianças na consulta de puericultura, e os protocolo de atendimento impresso, que foi colocado na sala de enfermagem, e no consultório médico para favorecer o acesso de toda a equipe.

Os prontuários receberão marcações em vermelho daquelas crianças avaliadas na consulta com dificuldades na curva de peso por déficit ou excesso de peso.

Agendar as consultas com nutricionista do município aquelas crianças com déficit e excesso de peso para avaliação y acompanhamento.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação.**

Monitorar o numero de crianças com avaliação da curva de crescimento e com déficit ou excesso de peso.

**Detalhamento:** A medica na consulta realizará avaliação da curva de crescimento e identificara aquelas com dificuldades de déficit ou excesso de peso na cadernetas e os prontuários das crianças consultadas e ao final do mês a enfermeira na reunião de equipe fiscalizara que o acompanhamento foi feito de acordo aos protocolos disponibilizados pelo ministério e que os encaminhamentos realizados aqueles com déficit o excesso de peso foram realizados e agendados.

### **Engajamento público**

#### **Ações.**

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança os resultados 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 conhecer sinais de anormalidade.

**Detalhamento:** O médico durante a consulta explicará e informará aos pais ou responsáveis legais da criança, os resultados esperada em cada consulta, sobre as características referentes ao crescimento, na identificação de algum problema de

déficit ou excesso de peso, os riscos expostos na família e na comunidade e as medidas de controle sociais para um melhor crescimento da criança.

Usando a caderneta da criança, explicaremos aos pais e familiares o significado da curva de crescimento e como realizar a avaliação da normalidade na curva de crescimento da criança.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações.** Capacitar e realizar treinamento das técnicas exame de peso e comprimento/altura da criança para a enfermeira e técnica de enfermagem .Padronizar a equipe na realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança e ficha espelho.

### **Detalhamento.**

A equipe receberá capacitação e treinamento sobre a técnica correta de aferição do peso, altura e circunferências da criança. A capacitação e o treinamento serão realizados pela médica da equipe de saúde, na reunião de equipe. A enfermeira treinará às agentes comunitárias de saúde para interpretação das curvas do cartão da criança de forma que possam detectar anormalidades de crescimento das crianças.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde.

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

### **Organização e gestão do serviço:**

**Ações.** Identificar e garantir encaminhamento ao pediatra as crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

**Detalhamento:** Agendar com os agentes comunitários de saúde e secretaria do pediatra as consultas das crianças com atraso do desenvolvimento.



Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

**Detalhamento:** A médica na consulta identificara os problemas de desenvolvimento e realizará o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento adequado, os agentes comunitários de saúde agendaram as consultas com a secretaria do pediatra para ser avaliados na consulta. A gestão garantirá e dará prioridade ao encaminhamento das crianças que apresentem atraso no desenvolvimento. Será implementado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento, a enfermeira colocará etiquetas azuis nos prontuários das crianças com atraso no desenvolvimento.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

Registrar e monitorar o numero de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

**Detalhamento:** A médica registrara no prontuário e caderneta das crianças a avaliação do desenvolvimento em todas as consultas usando a tabela do crescimento e desenvolvimento que se encontra descrita na caderneta de cada criança, através de anamnese adequada e exame físico detalhado e enfermeira realizará o monitoramento do numero de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

### **Engajamento público.**

#### **Ações:**

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança os resultados encontrados em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a caderneta das crianças).

**Detalhamento.** A medica na consulta informara aos pais e familiares responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, assim

como as medidas que eles devem adoptar para estimular o desenvolvimento adequado das crianças.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento dos resultados na ficha espelho das crianças avaliadas na consulta.

**Detalhamento.** A capacitação da equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo a idade da criança e o preenchimento da ficha de desenvolvimento será feito pela medica, na reunião de equipe, utilizando o material disponível na unidade.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

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

### **Organização e gestão do serviço.**

#### **Ações:**

Informar ao gestor o total de crianças a vacinar no mês para que eles garantam a disponibilização vacinas e materiais necessários para sua aplicação.

Informar aos agentes comunitários de saúde todas as crianças que tense que vacinar no mês de acordo ao programa e idade.

Revisar as fichas espelhos das crianças.

**Detalhamento:** A enfermeira na reunião de equipe informara aos agentes comunitários de saúde todas as crianças que tense que vacinar no mês de acordo ao esquema e idade os gestores garantirá a disponibilização das vacinas e materiais necessários e os enfermeiros responsáveis pelo programa de vacinação, garantirão o atendimento imediato das crianças que precisam ser vacinadas.

A enfermeira ao inicio do mês revisara todas as fichas espelho das crianças para identificar aquelas que tense que vacinar no mês.

## **Monitoramento e avaliação**

### **Ações:**

Revisar e monitorar o número de crianças com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao início do mês e nas consultas agendadas.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica monitorarão as fichas espelho e as cadernetas das crianças nas consultas e visitas domiciliares para avaliar o cumprimento do programa de vacinas e orientaram aos agentes comunitários de saúde buscar aquelas que ainda não foram feitas.

### **Engajamento público.**

#### **Ação:**

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e a importância da mesma na prevenção de doenças transmissíveis.

**Detalhamento:** A médica na consulta, a enfermeira e os ACS e o médico explicarão aos pais e responsáveis em consultas e em visitas domiciliares sobre a importância do calendário vacinal da criança.

### **Qualificação da prática clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar a equipe na importância da vacinação e como registrar os dados na caderneta das crianças e a ficha espelho.

**Detalhamento:** A enfermeira responsáveis do programa de vacinação capacitarão à equipe na importância da vacinação e na interpretação e registro adequado na caderneta das crianças, na ficha espelho de acordo ao esquema nacional de vacinas vigente no Brasil

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

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

**Organização e gestão do serviço:**Ações:

Solicitar ao gestor a disponibilização na farmácia central do município do suplemento de ferro para as crianças de 6 meses até 2 anos.

**Detalhamento:** A médica na consulta de puericultura prescreverá ferro profilático a todas as crianças de 6 a 24 meses (ou, se não estiverem em período de aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e enfermeira responsável solicitará a farmácia básica do município o suplemento de ferro colocando-o no pedido de medicamentos mensal.

**Monitoramento e avaliação:****Ação:**

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

**Detalhamento:** A enfermeira monitorará o cumprimento do programa de suplementação de ferro nas reuniões de equipe mensal.

**Engajamento público.****Ação:**

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

**Detalhamento.** O médico, enfermeiro e os ACS orientarão aos pais e responsáveis na consulta e nas visitas domiciliares sobre a importância da suplementação de ferro nas crianças entre 6 e 24 meses na prevenção da anemia.

**Qualificação da prática clínica**

**Ação.** Capacitar a equipe para levar a cabo na UBS o programa de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

**Detalhamento.** A equipe será capacitada na secretaria de saúde quanto à suplementação de sulfato ferroso e cumprimento do programa recomendado pelo Ministério da Saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

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

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

### **Organização e gestão do serviço:**

#### **Ações:**

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo e de pezinho de todas as crianças que nasceram na área.

Detalhamento: Orientar as mães e família para a realização da triagem auditiva neonatal no primer mês de vida e de pezinho até os 7 dias e garantir na secretaria de saúde o transporte.

#### **Monitoramento e avaliação:**

#### **Ações:**

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva e que realizaram teste de pezinho antes dos 7 dias.

**Detalhamento:** A médica na consulta do mês monitorará o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva e teste de pezinho até os 7 dias da vida.

### **Engajamento público.**

**Ação.** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e do pezinho.

**Detalhamento:** A médica na consulta e visita domiciliares orientará aos pais sobre a importância da realização do teste auditivo e do pezinho.

### **Qualificação da prática clínica.**

#### **Ações:**

Orientar à equipe sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança e 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:** A medica responsável do projeto orientará na reunião de equipe, a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

A secretaria de saúde promoverá a capacitação de todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde na realização do teste de pezinho, na sala de reuniões da secretaria de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

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

**Organização e gestão do serviço.**

**Ações:**

Organizar o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A enfermeira coordenara com dentista do município os atendimentos das crianças de 6 até 72 meses para realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico de acordo ao programa de saúde bucal nas crianças.

**Monitoramento e avaliação.**

**Ação:**

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

**Detalhamento:** A medica na consulta de puericultura verificara o cumprimento da avaliação pelo dentista das crianças de 6 a 72 meses com necessidades de atendimento odontológico.

**Engajamento público.**

**Ação:**

Informar aos pais e familiares sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

**Detalhamento:** A equipe informará aos pais, família e comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal em crianças de 0-72 meses, através de consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos, etc.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ação.**

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

**Detalhamento:** O dentista capacitará a equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico, nas sextas-feiras de manhã da primeira semana da intervenção na sala de reuniões da secretaria de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às crianças na Unidade de Saúde

**Meta 2.11.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência.

### **Organização e gestão do serviço.**

#### **Ações.**

Organizar a agenda de saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

Priorizar os grupos de idades de 4 e 5 anos.

**Detalhamento:** A enfermeira organizara a agenda de saúde bucal das crianças dando prioridade aquelas de 4 e 5 anos de idade e informara ao dentista para agendar os turnos de aquelas crianças avaliadas com necessidades de atendimento odontológico

### **Monitoramento e avaliação.**

**Ação:** Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, residentes na área de abrangência com primeira consulta odontológica.

**Detalhamento:** A enfermeira da UBS e o dentista monitorarão a saúde bucal das crianças de 0 – 72 meses residentes na área de abrangência com primeira consulta de saúde bucal.

**Engajamento público:**

**Ação:**

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:** A equipe informará à comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário e a importância da manutenção da saúde bucal das crianças de 0-72meses

**Qualificação da prática clínica.**

**Ações:**

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade, para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico. Capacitar aos cirurgiões dentistas para a realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade

**Detalhamento:** A medica capacitará a equipe e responsáveis de acordo com protocolo para realizar o acolhimento das crianças de 0 a 72 meses na reunião de equipe para fazer o cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses para o sevcio de odontologia e os dentistas realizarão capacitações usando os protocolos de atendimento para saúde bucal.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.

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



## **Organização e gestão do serviço.**

### **Ações:**

Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

**Detalhamento:** A enfermeira ao início da semana informou aos agentes comunitários de saúde as crianças faltosas a consulta e os agentes comunitários de saúde visitaram em seus domicílios para agendar as consultas nas terças-feira pela tarde.

### **Monitoramento e avaliação:**

#### **Ações:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira monitorará todas as semanas o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e as consultas realizadas as crianças faltosas.

## **Engajamento público**

**Ação.** Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento da consulta de puericultura de acordo aos protocolos de saúde das crianças.

**Detalhamento:** A equipe informará nas reuniões com a comunidade e com as mães e familiares sobre a importância do acompanhamento da criança.

## **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e ficha espelho.

**Detalhamento:** Na reunião de equipe que serão feitas todos os meses, a enfermeira capacitará aos ACS, sobre a identificação das crianças em atraso através da revisão da caderneta da criança e ficha espelho.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro do programa de saúde da criança.

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

### **Organização e gestão do serviço.**

#### **Ações:**

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 registros.

**Detalhamento:** A enfermeira é a responsável pelo preenchimento da folha de acompanhamento e do SIAB e de implantar a ficha de espelho em cada consulta. A enfermeira colocará em cada prontuário das crianças, um modelo com as tabelas antropométricas para um adequado acompanhamento. Também será o responsável pelo monitoramento dos registros.

### **Monitoramento e avaliação.**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira e a medica o médico na reunião de equipe mensalmente monitorarão os registros de acompanhamentos das crianças na unidade de saúde.

### **Engajamento público.**

#### **Ação:**

Orientar aos pais e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

**Detalhamento:** A equipe nas reuniões de grupos, visitas domiciliares e nas consultas de puericultura orientara aos pais e familiares sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

### **Qualificação da prática clínica.**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** na reunião da equipe o enfermeiro treinará a equipe no preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento da criança na UBS.

**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.

### **Organização e gestão do serviço:**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem dará prioridade às crianças de alto risco em consulta agendada o por demanda espontânea. A enfermeira colocará etiquetas em todos os prontuários, nas cores vermelha indicando baixo peso, amarelo (sobrepeso), verde (peso normal), azul (atraso no desenvolvimento), para a identificação do risco de cada criança.

### **Monitoramento e avaliação:**

#### **Ações:**

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e com acompanhamento de puericultura.

**Detalhamento:** A médica semanalmente monitorará o número de crianças de alto risco e aquelas com acompanhamento de puericultura.

### **Engajamento público.**

#### **Ação:**

Fornecer orientações aos pais e à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

**Detalhamento:** A equipe fornecerá orientações aos pais e à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância durante a consulta, nos grupos de puericultura, nas visitas domiciliares e nos diferentes grupos.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe a médica capacitara ao na identificação dos fatores de risco para morbi\mortalidade da criança.

**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.

### **Organização e gestão do serviço.**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** Na reunião da equipe a enfermeira definira e planejara as ações de prevenção de acidentes na infância o papel de cada um dos membros da equipe na prevenção de acidentes na infância para garantir uma boa educação a mães e família, estas ações sejam feitas em as visitas domiciliares pelos agentes

comunitários de saúde, em as consultas de puericultura por lá medica e em as reuniões de grupo de mães por todos os membros do equipe.

### **Monitoramento e avaliação.**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira mensalmente nas reuniões de equipe monitorara os registros das orientações sobre a prevenção de acidentes em prontuários ou ficha espelho.

#### **Engajamento público:**

**Ação:** Orientar aos pais e comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

**Detalhamento.** A equipe de saúde orientará aos pais e comunidade sobre as formas de prevenção de acidentes na infância através de palestras na comunidade, na reunião do grupo, em consulta , nas visitas domiciliares e em todos os âmbitos da comunidade.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** Na reunião de equipe da UBS, abordaremos o tema sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária suas formas de prevenção, o qual será oferecido pela medica.

**Objetivo 6:** Ampliar a promoção de saúde na atenção das crianças.

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

**Organização e gestão do serviço:****Ação:**

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

**Detalhamento:** Na reunião de equipe mensal a enfermeira definirá o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno, nas visitas as gestantes a médica orientará os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida .

**Monitoramento e avaliação:****Ações:**

Monitorar as atividades de educação em saúde. Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

**Detalhamento:** A médica na consulta e visitas domiciliares verificará o cumprimento do aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida e o percentual de crianças que mamaram na primeira consulta.

**Engajamento público.**

**Ação.** Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral.

Detalhamento: A equipe orientou as mães e sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral nas consultas ,nas visitas domiciliares, nas reuniões de grupo, etc.

**Qualificação da prática clínica.****Ação:**

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

**Detalhamento:** A medica da UBS capacitará a equipe na reunião mensal no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção da pega.

**Objetivo 6:** Promover a saúde das crianças.

**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.

### **Organização e gestão do serviço:**

#### **Ações:**

Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional e higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries de acordo com a faixa etária das crianças .

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 listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. Organizar todo material necessário para essas atividades

**Detalhamento** : Na reunião da equipe que são feitas uma vez por mês a enfermeira definira o papel dos membros da equipe na orientação nutricional.

A equipe de saúde bucal organizará mensalmente a agenda de atendimento de forma a possibilitar a realização de atividades educativas em grupo na escola. O dentista identificará e organizará os conteúdos das atividades educativas. A auxiliar do consultório odontológica organizará o material necessário para a realização das atividades. A auxiliar em saúde bucal organizará as listas de presença para o monitoramento dos escolares que participem nestas atividades.

**Monitoramento e avaliação.****Ação:**

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento e as atividades educativas coletivas.

**Detalhamento:** A enfermeira monitorará o registro das orientações no prontuário ou ficha de acompanhamento mensalmente.

O dentista e a equipe monitorarão as atividades educativas coletivas sobre da saúde bucal das crianças uma vez por mês.

**Engajamento público:****Ação:**

Orientar aos pais e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

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

Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Promover a participação de membros da comunidade na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

**Detalhamento:** A equipe orientará as mães e a rede de apoio e a comunidade sobre a alimentação adequada para as crianças nas consultas programadas , nas visitas domiciliares , nas reunião de grupos e em outros locais da comunidade.

A equipe de saúde bucal divulgará as potencialidades do cuidado da saúde bucal das crianças e promoverão a participação dos membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão de saúde da criança, na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças uma vez por mês.



## **Qualificação da prática clínica:**

### **Ação:**

Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.

**Detalhamento;** A médica e a nutricionista capacitarão aos profissionais para a orientação nutricional adequada conforme a idade das crianças uma vez por mês na reunião de equipe. O odontólogo capacitará à equipe para a realização de ações de promoção em saúde da criança de 0a 72 meses de idade na sala de reunião da secretaria de saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção no programa saúde da criança

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Indicador:** Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

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

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

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

**Denominador:** Número de crianças com excesso de peso.

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

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

**Numerador:** Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

**Numerador:** Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas ao programa.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro do programa de saúde da criança

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

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

**Numerador:** número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

**Objetivo 5:** Mapear as crianças de risco pertencentes 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.

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde das crianças

**Meta 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.

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

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

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

**Indicador:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

**Meta 6.4** Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção 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.

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa saúde da criança nos guiaremos pelo Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos a caderneta da criança e a ficha espelho disponibilizada pelo curso ( anexo c ).

Projetamos fazer a intervenção ampliando a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre 0 a 72 meses da área de abrangência, faremos contato com o gestor para imprimir as fichas espelho disponibilizado pelo curso (anexo c). Para o acompanhamento e avaliação da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização ( anexo b). Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisara o livro de registro identificando todas as crianças que vieram à UBS para consultas de puericultura no último mês. A enfermeira localizara os prontuários destas crianças e transcrevera todas as informações disponíveis para a ficha espelho, ao mesmo tempo a medica realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, crianças com atraso no crescimento e desenvolvimento, com problemas de déficit e excesso de peso, atraso das vacinas, crianças que não tem suplementação de ferro, que não fez o teste de pezinho até 7 dias da vida, que não tem o agendamento para fazer o teste auditivo e que não tem agendamento do atendimento e avaliação odontológica.

Para acolher a demanda espontânea de problemas de saúde agudos não há necessidade de alterar a organização da agenda de trabalho, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa será reservada uma consulta por dia.

Para o monitoramento e avaliação nas reuniões mensais a medica revisara o cumprimento das consultas médicas e de enfermagem agendadas, assim como as visitas domiciliares do mês de acordo ao número de crianças de nossa área e monitorar os dados registrados no prontuário e nas cadernetas das crianças. Semanalmente a enfermeira examinara as fichas espelho das crianças identificando aquelas que estão com atraso nas consultas, atrasos nas vacinas, problemas do desenvolvimento e crescimento, crianças com problemas de déficit e excesso de peso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de crianças faltosas, em atraso de vacinas e outros problemas de saúde. Ao fazer a busca já agendará a

consulta da criança ao final da tarde do mesmo dia. Ao final do mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha disponíveis na UBS. Estimativas de quantidade de ações realizadas por mês e periodicidade das ações deverão ser monitoradas e avaliadas nas reuniões do mês. Também deverão ser avaliadas e monitoradas todas as ações de promoção e educação em saúde prevista no caderno da atenção básica pela enfermeira responsável e a médica que executa o projeto.

Para comprometer a população, a médica projetara uma reunião com todas as mães para explicar como vamos fazer nossa intervenção, quais são os objetivos e importância da mesma, esclarecer a comunidade sobre a atenção prioritária as crianças na UBS, acompanhamento na consulta de puericultura, também informar sobre as ações a realizar para prevenção dos fatores de risco e ações de promoção de saúde.

Para a qualificação da prática clínica, a médica capacitara a equipe de acordo ao protocolo de atendimento das crianças, acolhimento e avaliação do risco e a realização de todas as ações de promoção e educação em saúde da criança para conseguir uma atitude adequada deles.



Figura 4-Reuniao de equipe. Fonte arquivo próprio.2015



### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1- Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção básica de saúde da criança nas e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.	X	X	X	X												
2. Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
3- Solicitar na Secretaria de Saúde do Município el material necessário para realização das medidas antropométricas (balança, antropometro, fita métrica), para garantir consulta de puericultura de qualidade	X															
4-. Realizar cadastramento a população decrianças entre zero e 72 meses da área adstrita nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e priorizar na UBS o atendimento de crianças de acordo ao protocolo do ministério de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
5-.. Garantir encaminhamento ao Pediatra para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.				X				X				X				
6-. Informar ao gestor o total de crianças de nossa área para garantir a disponibilização das vacinas, dispensação do medicamento (suplemento de ferro) e materiais necessários para aplicação.	X				X				X							
7-. Agendar na secretaria de saúde do município os turnos para a realização de teste auditivo	X				X				X							
8- Garantir junto ao gestor el local, materiais e enfermeira entre nada para garantir a realização de teste pezinho a todas as crianças até os sete dias da vida	X				X				X							
9- Organizar agenda do atendimento de saúde bucal das	X				X				X							



### **3 Relatório da Intervenção**

Em Janeiro de 2015 iniciamos uma intervenção em nossa UBS que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança de 0 até 72 meses. Antes da intervenção, as crianças não eram atendidas na nossa UBS, sendo o atendimento realizado na cidade pelo pediatra do município, mas quase todos os atendimentos eram feitos quando as crianças ficavam doentes e as mães procuravam as consultas, ou seja, não tinham acompanhamento na consulta de puericultura. Essa situação promovia a falta de conhecimento das mães e familiares da importância da consulta e acompanhamento das crianças, assim como saturação na consulta do pediatra da cidade.

Inicialmente, se previu uma intervenção para 16 semanas, porém, a intervenção foi reduzida para 12 semanas, por orientação do curso, devido ao prolongado afastamento que as férias da maioria dos especializando.

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

A intervenção permitiu melhorar a qualidade do atendimento. Durante os três meses de intervenção, conseguimos ampliar a cobertura das crianças residentes na área de abrangência já que antigamente nossa população era atendida na cidade quando ficavam doentes e procuravam atendimentos pelo pediatra ou no hospital. Não foi possível cadastrar 100% das crianças de 0 até 72 meses de nossa área de abrangência pelas dificuldades com o transporte que apresentamos durante parte da intervenção, que dificultou o cadastramento daqueles usuários que moram nas fazendas não cobertas pelos agentes comunitários de saúde e que nossa equipe não visitou durante o período da intervenção. Conseguimos esse resultado com muito esforço, trabalhando com um bom acolhimento, melhorando a relação estabelecida entre os profissionais de saúde de nossa equipe, os profissionais da

secretaria de saúde, o gestor municipal de saúde, os membros da comunidade e o conselho local. Os resultados obtidos foram adequados, pois as ações realizadas permitiram estabelecer a consulta de puericultura pela primeira vez em nossa unidade.

A intervenção permitiu melhorar a qualidade do atendimento as crianças de 0 até 72 meses, graças ao comprometimento da equipe, da ESF Rural, da gestão e da comunidade. Com a intervenção, conseguimos conhecer a realidade da saúde das crianças residentes na área de abrangência. Foi feito o cadastramento durante 3 meses, aumentando os atendimentos na primeira semana de vida. Nossa equipe realizou todas as consultas antes dos sete dias de vida das crianças que nascerem durante o período da intervenção, estas foram feitas pela médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem nos domicílios dos usuários. Em todas as consultas se realizou uma avaliação de todos os parâmetros estabelecidos na primeira consulta do recém-nascido, preenchimento da caderneta de saúde da criança e na ficha espelho registrando todas as informações das crianças, realização do teste de pezinho até os sete dias de vida, orientações sobre o calendário de vacinas e combinamos o calendário de consultas de acompanhamento na consulta de puericultura.

Foram realizadas as consultas de puericultura de todas as crianças cadastradas em nossa intervenção com avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, foi realizado o teste de pezinho de todas as crianças nascidas neste ano e, das cadastradas, só uma ficou sem realizar até os sete dias da vida (uma criança nascida de parto prematuro, baixo peso, que ficou no hospital de Passo Fundo por três meses e lá não foi realizado). A realização da triagem auditiva neonatal (TAN), mais conhecida como teste da orelhinha tiveram dificuldades, já que os usuários tem que ir a outro município, encaminhados pelo nosso município, pra levar as crianças. Porém não foi feita de forma regular, só realizando o exame particular e este fator dificultou esta medida prevista no projeto já que algumas pacientes não tem dinheiro para pagar o exame.

As avaliações odontológicas das crianças de 6 até 72 meses foram feitas com dificuldades, pois a vaga aprovada pela prefeitura municipal pra que um odontólogo trabalhasse 40 horas nas comunidades do interior do município, foi ocupada no primeiro mês de nossa intervenção, mas depois a odontóloga foi embora do município e foi a trabalhar na coordenadoria regional em Cruz Alta. Os

agendamentos e avaliações são realizados, mas muito devaga em relação ao planejado em nosso projeto. Agendam-se os atendimentos nos dois turnos semanais, priorizando as crianças de 5 anos.

Trabalhamos, ainda, realizando a busca ativa das faltosas através dos ACS, visando melhorar a adesão ao programa e todas elas foram consultadas. Mantivemos o registro atualizado das consultas através de ficha espelho, caderneta da criança e ficha de puericultura disponibilizada pela prefeitura, além do prontuário do paciente. Fizemos a avaliação de risco em todas as crianças atendidas, a fim de identificar aquelas que necessitavam de atendimento diferenciado e mais frequente.

Realizamos, também, ações de promoção da saúde das crianças através de orientações às mães e familiares nas reuniões de grupo de lactantes e quando as mesmas acudiam as consultas de puericultura agendadas pelo equipe.

Os dados referentes ao programa da saúde da Criança na nossa UBS foram atualizados. Todos os profissionais receberam capacitações e atualizações sobre o tema, segundo os protocolos recomendados pelo ministério da saúde. Foi organizado o serviço, de forma que as crianças possam ser atendidas de forma continua. As consultas são realizadas de acordo aos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde e temos os materiais necessários para fazer os atendimentos de ótima qualidade. Os agentes comunitários de saúde agendam as consultas de acordo a nosso cronograma de trabalho do mês um dia para cada assentamento, logo eles são acolhidos pela equipe no local de atendimento disponibilizado e são realizadas todas as atividades e ações necessárias para um atendimento de qualidade.

A colaboração da gestão foi fundamental para alcançarmos as metas propostas e implementar o programa na UBS. A gestão garantiu a logística necessária para o desenvolvimento da intervenção, como a impressão de fichas espelho, fichas de vacinação, protocolos e outros materiais impressos necessários; proporcionou materiais de consumo e ferramentas para as capacitações, como folhas, canetas, vídeos, multimídia para as reuniões de grupo; facilitou horários e espaço físico para a capacitação dos membro da equipe e orientações da comunidade.

Apesar do apoio fundamental da gestão, existem alguns aspectos dependentes da gestão que são importantes para viabilizar a melhorar a intervenção como a dificuldade do transporte. Temos uma área que não tem agente comunitário

de saúde e por isso o cadastramento das famílias não foi feita em um 100% até agora e durante a intervenção tivemos dificuldades relacionadas ao agendamento das consultas para fazer o teste de triagem auditiva, já que agora não tem disponibilizados pelo SUS e os atendimentos odontológicos, já que não contamos com um dentista vinculado à UBS.

O atendimento odontológico foi um dos pontos mais frágeis da nossa intervenção. O atendimento odontológico está comprometido, pois além da falta do profissional, agora o departamento de odontologia na cidade entrou em reformas paralisando os agendamentos dos usuários do interior.

Além do planejado em nosso projeto, nossa intervenção foi reduzida para 12 semanas, por orientação do curso, devido ao prolongado afastamento que as férias da maioria dos especialistas.

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

Não foi possível realizar a suplementação de ferro das crianças de 6 meses até 24 meses, já que ainda não temos disponibilizado o suplemento de ferro na farmácia da secretaria do município.

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

Na realidade, não tivemos dificuldades na coleta, sistematização dos dados, fechamento das planilhas e cálculo de indicadores, pois as pessoas envolvidas na realização e cumprimento das ações foram capacitadas, a única coisa que ainda não tem sido solucionada, é que não temos conexão com a internet na UBS, por isso todos os registros e preenchimentos são realizados na secretaria de saúde do município.

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

A intervenção integrou-se na rotina do nosso serviço e a equipe pretende que continue dessa forma. Para isso precisamos que a gestão continue nos apoiando, para que possamos fortalecer as atividades que são realizadas na UBS em relação à saúde da criança.

A importância da nossa intervenção reside na manutenção de crianças com uma adequada qualidade de vida, prevenindo doenças que podem interferir na vida futura ou inclusive levando a mortalidade. Esperamos que a gestão continue apoiando a intervenção, pois é fundamental trabalharmos juntos a equipe, a gestão e a comunidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Rural, do Município Salto do Jacuí, RS, 2015.

Atendemos uma população de 851 pessoas e 247 famílias, sendo que a estimativa utilizada, da Planilha de Coleta de Dados (PCD) fornecida pelo curso, indica que um total de 76 crianças, nesta faixa etária, reside em nossa área de abrangência. Esta estimativa foi utilizada devido ao fato do Caderno de Ações Programáticas (CAP) informar apenas o número de crianças até 1 ano de idade e o foco da intervenção ultrapassar esta faixa etária.

A intervenção permitiu melhorar a qualidade do atendimento às crianças de 0 a 72 meses, graças ao comprometimento da equipe da estratégia de saúde da família, da UBS, da gestão e da comunidade. Com a intervenção, conseguimos conhecer a realidade da saúde das crianças residentes na área de abrangência.



**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção no programa saúde da criança

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Resultados:** Foi feito o cadastramento durante 3 meses e conseguimos uma cobertura de 92,1% de todas as crianças residentes na área. No primeiro mês, 23 crianças das residentes na área foram cadastradas representando 30,3%, no segundo mês chegamos a 45 crianças, representando 59,2% e no terceiro mês, 70 crianças, representando 92,1% da cobertura proposta em nossa intervenção. Não foi possível cadastrar aos 100% das crianças de 0 até 72 meses de nossa área de abrangência, pelas dificuldades com o transporte que experimentamos durante todo o mês de maio e junho, que dificultou o cadastramento daqueles usuários que moram nas fazendas não cobertas pelos agentes comunitários de saúde e que nossa equipe não visitou durante o período da intervenção e por redução do tempo da intervenção de 16 a 12 semanas. Conseguimos esse resultado com muito esforço, trabalhando com um bom acolhimento, melhorando a relação estabelecida entre os membros da equipe. Os resultados obtidos foram adequados, pois as ações realizadas permitiram estabelecer a consulta de puericultura pela primeira vez em nossa unidade.

O gráfico 1, a seguir, mostra a evolução dos números de cobertura ao longo da intervenção:

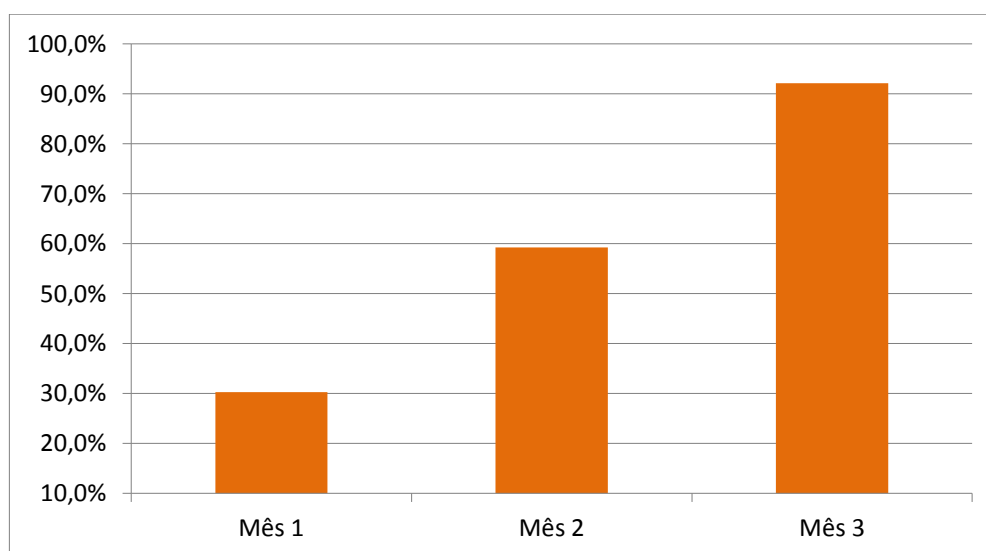


Gráfico 1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança

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

**Resultados:** Antes da intervenção, a maioria das crianças, quando compareciam para fazer o teste de pezinho na cidade, não era consultada pelo pediatra e depois ninguém agendava as consultas delas.

Conforme pode ser visto no gráfico 2, estes resultados reflexam o comportamento deste indicador antes do início da intervenção, os atendimentos na primeira semana de vida foram de 56 crianças representando um 80,0%. No primeiro mês, 20 crianças das cadastradas fizeram a consulta na primeira semana da vida, representando 87,0%; no segundo mês, 41 crianças, representando 91,1% e, no terceiro mês, 56 crianças, perfazendo 80,0%.

Nossa equipe realizou todas as consultas antes dos sete dias de vida das quatro crianças nascidas neste ano, estas foram feitas pela médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem nos domicílios dos usuários. Em todas as consultas se realizaram uma avaliação de todos os parâmetros estabelecidos na primeira consulta do recém-nascido preenchimento da caderneta de saúde da criança e na ficha espelho, registrando todas as informações das crianças: anamnese, exame físico completo, avaliação das situações de risco a saúde do recém-nascido e as orientações sobre aleitamento materno, orientações gerais sobre os cuidados, prevenção de acidentes, realização do teste de pezinho até os sete dias de vida, orientações sobre o calendário de vacinas e combinamos o calendário de consultas de acompanhamento na consulta de puericultura e o agendamento na secretaria de saúde da realização do teste de orelhinha no município de Cruz Alta.



Figura5-Primeira consulta do recém- nascido no domicílio. Fonte arquivo próprio

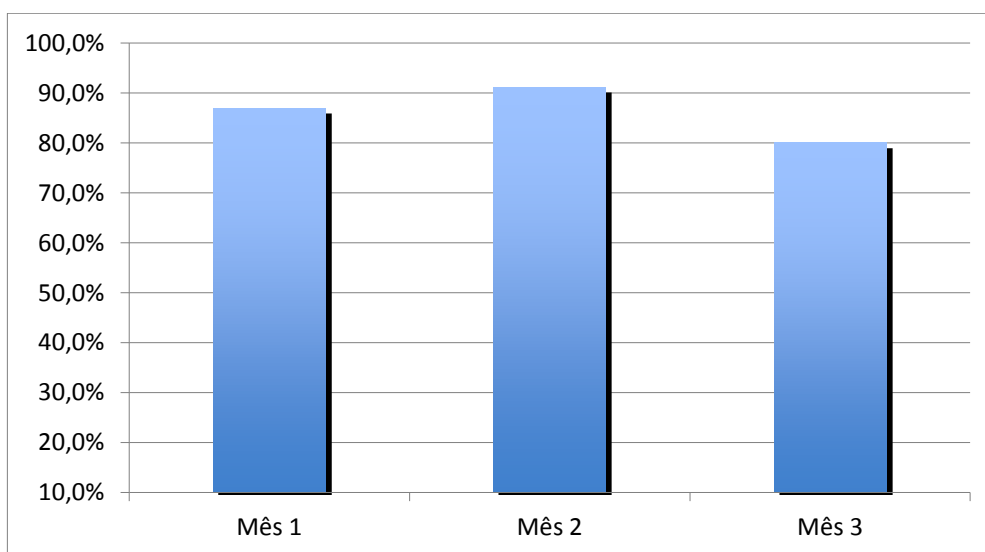


Gráfico 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança

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

**Resultados:** A maioria das crianças antes de nossa chegada, só era avaliada pelo pediatra da cidade quando ficavam doentes e as mães procuravam atendimentos e não se fazia avaliação da curva de crescimento.

Foram realizadas todas as consultas de puericultura das crianças cadastradas em nossa intervenção, com avaliação de monitoramento do crescimento. No primeiro mês, das 23 crianças avaliadas, todas tiveram avaliação do

crescimento representando um 100%. No segundo mês, 45 crianças, também 100% e, no terceiro mês, 70 crianças, representando 100% de avaliação da curva de crescimento. A maioria das crianças antes de nossa chegada.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Das crianças avaliadas em nossa intervenção, foram detectadas três crianças com déficit de peso. No primeiro mês, não tivemos crianças com déficit de peso das consultadas. No segundo mês, duas crianças estavam com déficit de peso, mas só uma delas foi consultada, pois a segunda criança ficou para avaliação e consulta no terceiro mês, por estar fora da área no momento da consulta agendada pela equipe. No terceiro mês, tivemos uma criança com déficit de peso e foram consultadas duas (uma pendente do segundo mês e aquela detectada em nossa intervenção do mês). Ainda bem que estas crianças que estão com déficit de peso, não têm desnutrição grave.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Das crianças que foram avaliadas, só uma estava com excesso de peso, detectada no 3º mês, que já foi consultada e tem acompanhamento na UBS pela equipe e nutricionista, conforme visto no gráfico 3.

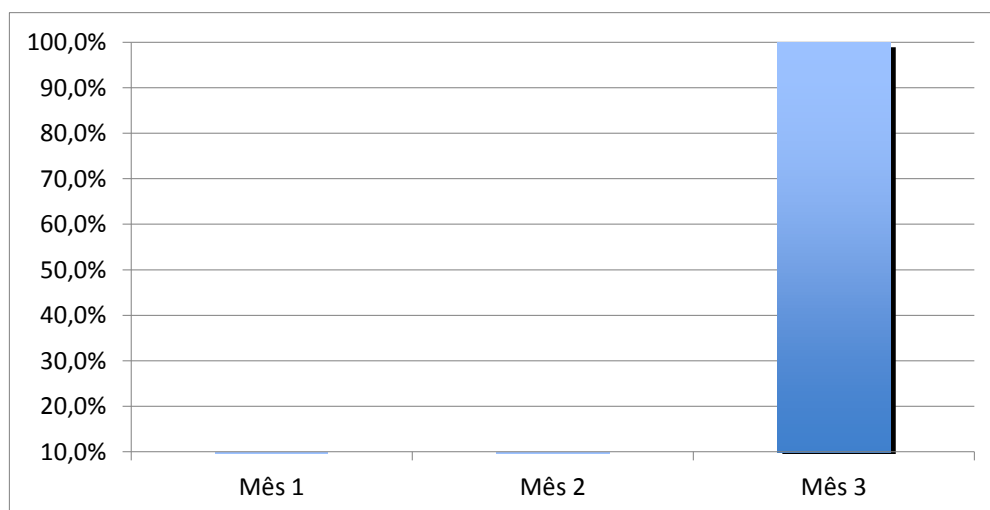


Gráfico 3: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Durante a intervenção, foi monitorado o desenvolvimento das crianças. Todas as crianças cadastradas foram consultadas, onde se realizou uma avaliação do desenvolvimento de acordo a faixa etária de cada uma delas nenhuma teve dificuldades do desenvolvimento. No primeiro mês, as 23 consultadas ficaram com monitoramento adequado do desenvolvimento, representando 100%. No segundo mês, 45 avaliadas para um 100%, e no terceiro mês, 70 crianças com monitoramento do desenvolvimento das cadastradas, representando 100%.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Ao avaliar o indicador da proporção das crianças com vacinação em dia, vemos que todas as avaliadas tinham as vacinas em dia representando 100% nos três meses, no primer mês 23 crianças representando um 100%, no segundo mês 45 para um 100% e no terceiro mês 70 para um 100%, isto demonstra que, ainda que as crianças não estivessem, antes da intervenção, com adequado seguimento do crescimento e desenvolvimento, as vacinas sempre foram aplicadas na unidade central do município e com a ajuda dos agentes comunitários, sempre foram identificadas e buscadas aquelas faltosas ou atrasadas no esquema vacinal.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Ao analisar o indicador: proporção das crianças de 6 até 24 meses com suplemento de ferro, afirmamos que este indicador não foi cumprido em nossa intervenção já que este programa, infelizmente, em nosso município não se cumpre. Já nos reunimos com o gestor várias vezes, mas ainda não temos resposta de disponibilizar na farmácia básica da secretaria os suplementos de ferro que precisamos para todas as crianças de 6 ate 24 meses.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** O indicador “proporção das crianças com triagem auditiva”, se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês, 9 das 23 crianças cadastradas, haviam feito triagem auditiva, perfazendo 39,1%; no segundo mês, 16 das 45 cadastradas, representando 35,6% e no terceiro mês, 17 das 70 cadastradas em nossa intervenção, representando 24,3 % , conforme apresentado no gráfico 4:

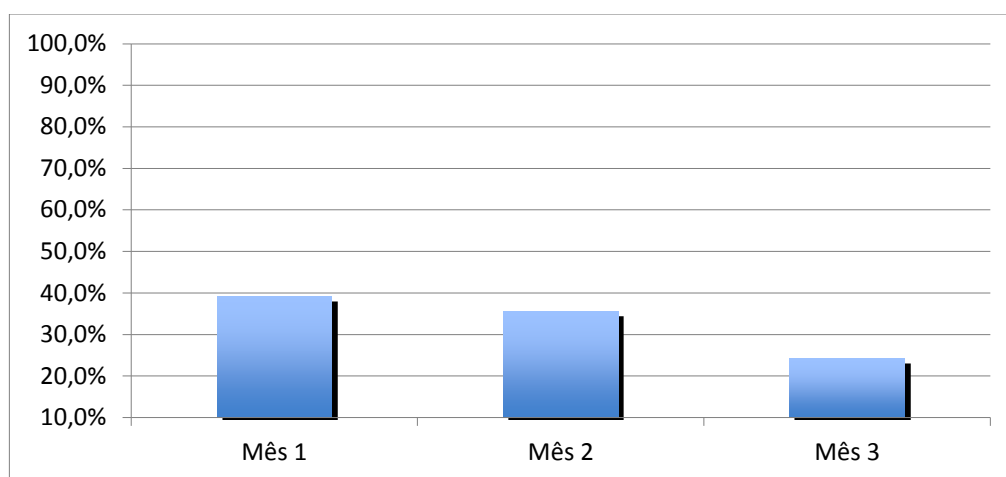


Gráfico 4: Proporção de crianças com triagem auditiva

Estes resultados se correspondem com o encontrado ao início da intervenção, este programa há três anos não se cumpria, já que nenhuma das crianças maiores de três anos tem realizado o teste. Agora no município, se cumpre, com dificuldades, já que os agendamentos tem que ser feitos pelos médicos depois que as crianças realizam a primeira consulta e como nossa área é longe da cidade, muitas vezes não são agendados os turnos para fazê-lo. Neste momento, ainda temos dificuldades para a realização de triagem, já que os usuários tem que ir a outro município e a coordenação feita pelo município para levar as crianças à Cruz Alta, não tem sido feita, só estão realizando triagem auditiva particular e, por isso, das crianças nascidas, só duas fizeram a triagem, pois não tem vagas disponibilizadas pelo SUS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Todas as crianças envolvidas em nosso projeto, realizaram o teste de pezinho até os sete dias de vida no primeiro e segundo mês (23 e 45 crianças, respectivamente) representando um 100% os dois meses. Mas no terceiro mês, uma criança das 70 cadastradas não havia feito o teste até os sete dias da vida representando um 98,65, pois foi uma criança nascida de parto prematuro, com baixo, que não realizou, pois ficou no hospital de Passo Fundo por três meses, e lá não foi realizado a tempo. Veja no gráfico 5:

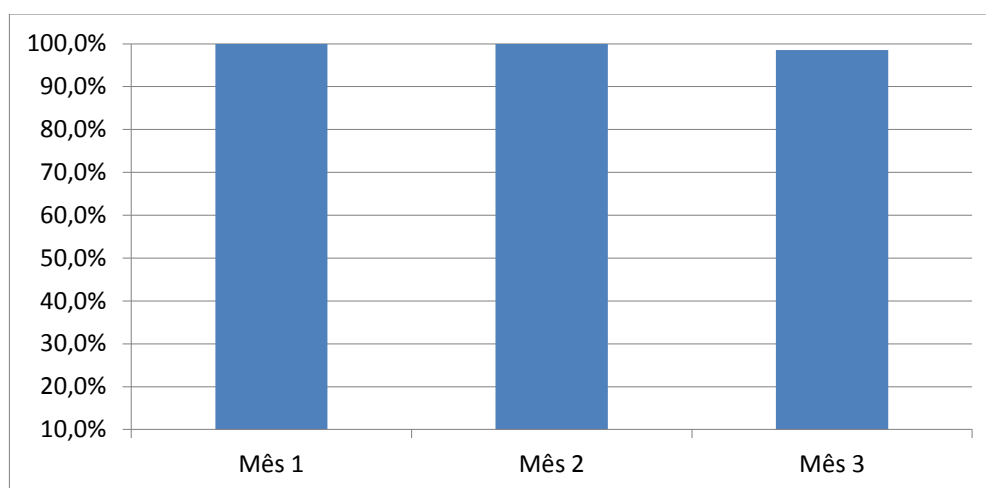


Gráfico 5: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção à criança.

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

**Resultados:** Ao analisar a proporção das crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento odontológico, vimos que no primeiro mês, nenhuma das cadastradas foi avaliada; no segundo mês, apenas 2 foram avaliadas, representando 5,1% e no terceiro mês, 6 foram avaliadas, representando 9,4%, Isto demonstra um indicador muito baixo para nosso projeto. As avaliações odontológicas das crianças de 6 até 72 meses foram feitas com dificuldades, pois a vaga aprovada pela prefeitura municipal pra que um odontólogo trabalhasse 40 horas nas comunidades do interior do município, foi ocupada no primeiro mês de nossa intervenção, mas depois a odontóloga foi embora do município e foi trabalhar na coordenadoria regional em Cruz Alta. Os agendamentos e avaliações são

realizados agora, mais lentamente do que o planejado em nosso projeto. Agendam-se os atendimentos dois turnos semanais na cidade, priorizando as crianças de cinco anos. Veja no gráfico 6:

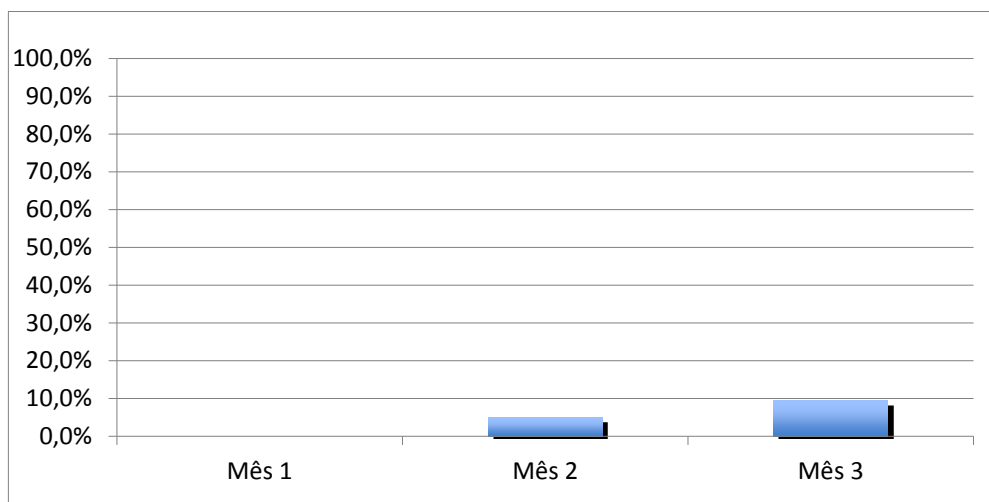


Gráfico 6: Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção 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.

**Resultados:** A mesma justificativa se aplica ao atendimento odontológico, demonstrado no gráfico 7, uma vez que esta consulta só é agendada para as grandes prioridades, conforme já explicado. No primeiro mês, nenhuma criança foi atendida. No segundo mês, 2 crianças (5,1%) e no terceiro mês, 6 crianças (9,4%).



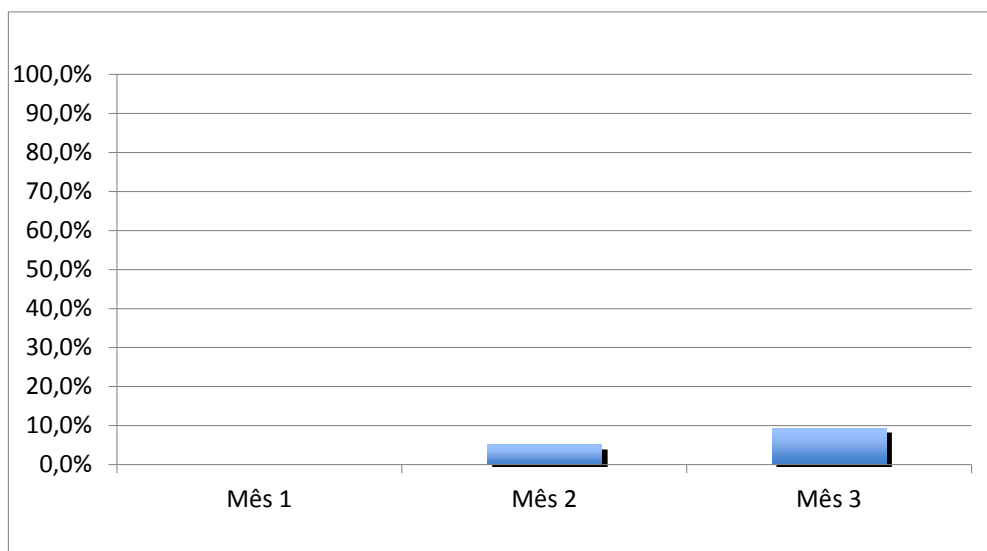


Gráfico 7: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.

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

**Resultados:** A proporção da busca ativa às crianças faltosas às consultas agendadas, teve um comportamento adequado nos três meses, já que todas as faltosas foram buscadas e consultadas depois na UBS. No primeiro mês, 7 foram faltosas e 7 foram buscadas para um 100%, no segundo mês, 11 faltosas também foram buscadas, representando 100% e no terceiro mês, 18 faltosas e foram buscadas todas, com alcance de 100% também. Algumas das dificuldades encontradas, é que, às vezes, as famílias vão a outras cidades, onde moram seus parentes e ficam por algum tempo, mas depois voltam e são captadas pelos agentes comunitários de saúde.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro do programa de saúde da criança

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

**Resultados:** Para todas as crianças cadastradas, no momento da consulta, foram confeccionados todos os registros e feita a ficha espelho nos três meses da intervenção, alcançando 100% do indicador de registro atualizado, perfazendo nos 3 meses, respectivamente, 23, 45 e 70 crianças.

**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.

**Resultados:** No momento da consulta, foram avaliados os riscos presentes em cada uma das crianças, fazendo ações específicas para melhorar as vulnerabilidades detectadas. Assim, conseguimos 100% do indicador “Proporção de crianças com avaliação de risco”, nos 3 meses de intervenção, avaliando, respectivamente, 23, 45 e 70 crianças.

**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.

**Resultados:** Foram realizadas as ações de promoção e prevenção de saúde de acordo aos objetivos propostos em nosso projeto, sobre prevenção de acidentes, de acordo com o gráfico 8:

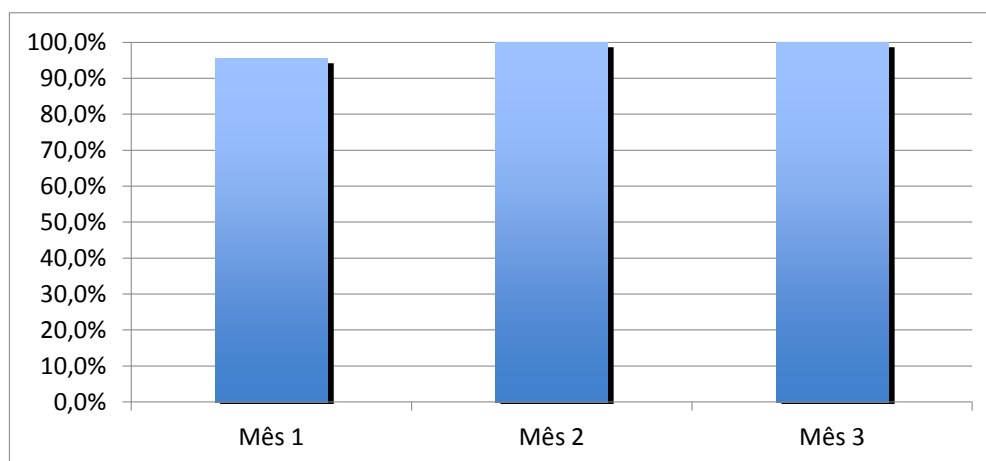


Gráfico 8: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Como se vê, apenas no primeiro mês, não atingiu a meta proposta, perfazendo um total de 95,7%, representando 22 crianças isto acontece com uma criança que foi levada a consulta por uma vizinha que pedonas foram passadas as

orientações logo aos pais da criança. Nos demais meses, conseguimos 100%, respectivamente, 45 e 70 crianças.

**Objetivo 6:** Promover a saúde das crianças.

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

**Resultados:** Das crianças cadastradas, muitas delas não foram postas para mamar na primeira consulta de puericultura. No primeiro mês, de 23 cadastradas, foi detectado que só 8 foram posto para mamar na consulta, perfazendo 34,4%; no segundo mês, 22 de 45 cadastradas, num total de 48,9% e no terceiro mês, 32 crianças de 70 estudadas, representando 44,3 %. Esses resultados coincidem com os anteriores já descritos, onde as crianças nascidas antes de nossa intervenção não tinham um seguimento adequado na consulta de puericultura. Vale ressaltar que todas as crianças que amamentavam, foram postas para mamar quando do nosso primeiro atendimento. Veja o gráfico 9:

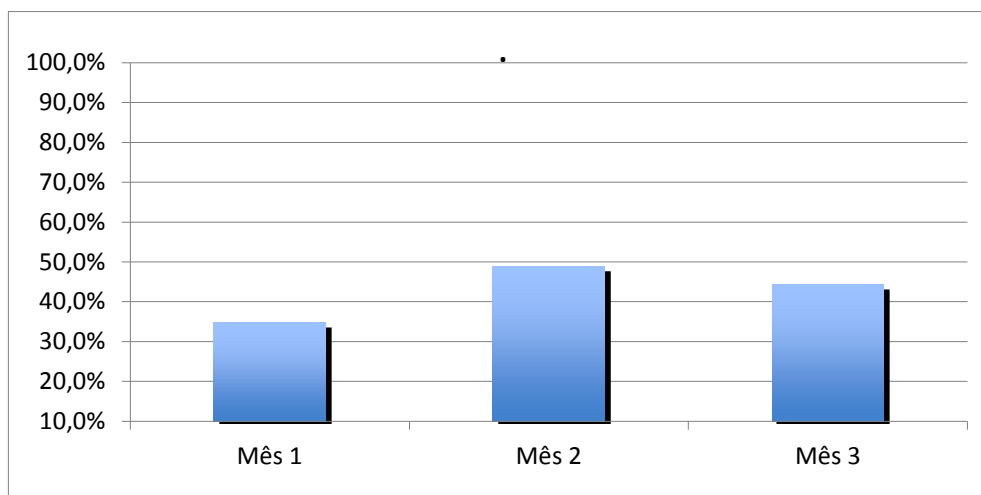


Gráfico 9: Número de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.



Figura6-Primeira consulta de puericultura. Criança posta a mamar na consulta Fonte arquivo próprio.

**Objetivo 6:**Promover a saúde das crianças.

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

**Resultados:** Com relação às orientações nutricionais de acordo a faixa etária, foram dadas a todas as crianças cadastradas, representando 100% nos três meses, respectivamente, 23, 45 e 70 crianças.



Figura7-Consulta de puericultura a crianças de 12 meses com os pais recebendo orientações de promoção de saúde. Fonte arquivo próprio

**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.

**Resultados:** Ainda que tenhamos dificuldades com os atendimentos odontológicos, em nossas consultas, também fazemos atividades de promoção sobre higiene bucal e prevenção das caries. Assim, conforme pode ser visto no gráfico 11, alcançamos no segundo e terceiro mês, 100% de proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie (45 e 70 crianças, respectivamente).

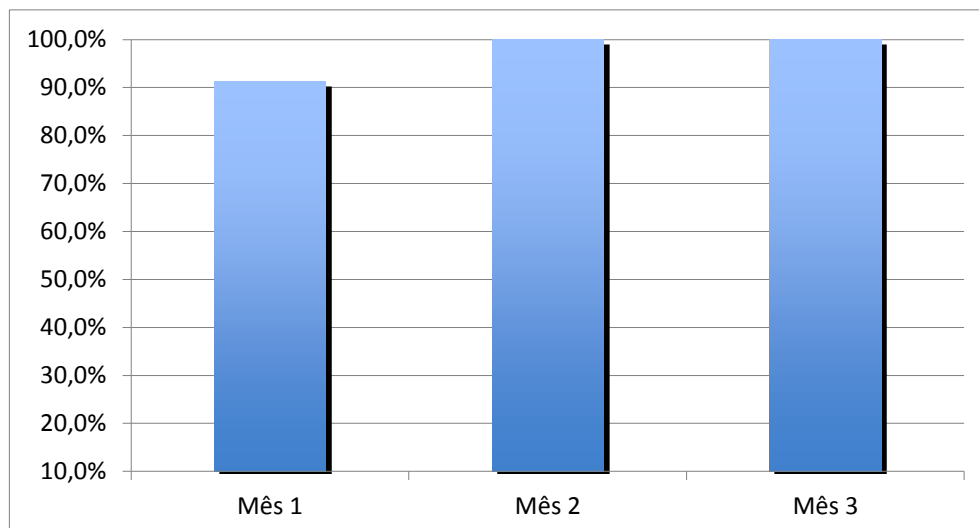


Gráfico 10: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cáries.

No primeiro mês, alcançamos 91,3%, que corresponde a 21 crianças das 23 cadastradas naquele mês. Este resultado explica-se no fato de que duas das crianças consultadas, no primeiro mês, foram levadas a consulta por familiares que não convivem permanentemente, porque as mães estavam trabalhando na hora da consulta agendada e, por isso, decidimos realizar uma visita às mães pra dar as orientações diretamente as elas.

## 4.2 Discussão

Durante os três meses de nossa intervenção, foram alcançados muitos benefícios na UBS. A intervenção propiciou a implementação da consulta de puericultura às crianças de 0 até 72 meses, ação programática que antes não era realizada na nossa UBS. A cobertura alcançou 92,1% das crianças cadastradas residentes na área de abrangência, essa cobertura foi alta considerando que a intervenção foi realizada em 12 semanas ao invés de 16 semanas, como foi programado no projeto. Conseguimos atualizar os registros das crianças cadastradas, fazer os prontuários de atendimentos, instaurou uma ficha espelho com os dados recolhidos das cadernetas referente ao parto, vacinação realizada desde o nascimento, resultado do teste de pezinho e teste auditivo daquelas crianças que tinham feito, assim como a atualização dos dados da caderneta da criança e seu preenchimento de rotina que incluiu todos os indicadores de qualidade.

Conseguimos implantar a consulta de puericultura dentro da rotina de nosso trabalho com uma programação mensal de consultas agendadas para cada assentamento que atendemos, permitindo um melhor acolhimento das crianças cadastradas em nosso projeto. As consultas na primeira semana de vida das crianças nascidas foram realizadas e atualmente está sendo monitorada de acordo ao programado. O crescimento e desenvolvimento das crianças cadastradas são monitorados assim como a vacinação em dia, foi realizado o teste de pezinho até os sete dias e agendados os turnos para fazer o teste auditivo, mas agora temos dificuldades, já que o município de referência não está fazendo tal teste pelo SUS. Conseguimos iniciar as avaliações e agendamentos das necessidades de atendimento odontológico, agendando os atendimentos em dois turnos semanais na cidade, priorizando as crianças de cinco anos e aquelas que mais precisam.

Além disso, implantamos avaliação dos fatores de risco, orientações sobre prevenção de acidentes, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries. As crianças nascidas no período da intervenção foram colocadas para mamar na primeira consulta. Esses resultados positivos demandaram um grande esforço e dedicação da equipe.

A equipe de saúde foi beneficiada com a intervenção, pois esta permitiu a capacitação da equipe no acolhimento das crianças, nas Políticas de Humanização e na adoção dos protocolos de atendimento e condutas clínicas referente à saúde da criança recomendado pelo Ministério da Saúde. Assim, também permitiu delimitar as atribuições de cada membro da equipe e aperfeiçoar tempos e a organização do trabalho para conseguir inserir a ação programática como parte das atividades da rotina da equipe.

As capacitações tiveram um impacto positivo em diversas atividades no serviço, como no acolhimento e no atendimento geral na unidade de saúde, pois houve uma mudança positiva na relação profissional/profissional e profissional/usuário que contribuiu para a promoção da humanização do atendimento.

Esta intervenção permitiu programar no serviço o atendimento das crianças em consultas de puericultura, um dia do mês, para cada assentamento de nossa área de abrangência, melhorando a qualidade de atendimento das crianças durante a consulta e nas visitas domiciliares programadas, permitiu a atualização dos dados

da nossa população através da organização dos registros das crianças, o mapeamento das crianças de risco da área de abrangência e a melhoria da organização e do serviço para receber a essa população, de forma que o tempo de toda a consulta foi otimizado.

Antes da intervenção as atividades realizadas em relação às crianças eram concentradas na cidade, na consulta do pediatra, do município e no hospital central. As crianças eram atendidas somente por demanda espontânea, não sendo possível conhecer a realidade da saúde das crianças residentes na nossa área de abrangência. A intervenção permitiu descentralizar as atividades e descongestionar os atendimentos do pediatra e os atendimentos do hospital. A intervenção direcionou as atribuições de todos os membros da equipe, no que diz respeito à realização do cuidado em saúde no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e espaços comunitários; melhora dos registros das ações realizadas, aperfeiçoamento do acolhimento; participação dos profissionais nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe e participação da comunidade.

De melhorias para a comunidade, pode-se pontuar que as crianças receberam melhor atendimento e acompanhamento, que se refletiu na saúde das crianças, prevenindo possíveis intercorrências médicas. A intervenção também representou uma maior participação e engajamento público, assim como melhor informação e conhecimento dos problemas que mais afetam a saúde das crianças em nossa área de abrangência e as ações que podem ser feitas na comunidade para melhorar a saúde das crianças em conjunto com a equipe da UBS. A comunidade entende a importância das consultas de puericultura na UBS e os benefícios de sua implementação de forma permanente em nosso serviço.

Se a intervenção fosse realizada nesse momento, algumas atividades poderiam ser diferentes. A intervenção teria sido facilitada se tivéssemos analisado e garantido com maior antecedência algumas situações referentes à logística com o gestor de saúde municipal, referentes ao transporte fixo e adequado para nossa equipe, disponibilização do suplemento de ferro na farmácia do município, agendamentos das consultas de triagem auditiva fora do município, assim como garantir o trabalho integral na atenção odontológica das crianças, que é realizado no centro odontológico do município, pois a nossa UBS ainda não conta com equipe de saúde bucal.



A intervenção foi e continuará incorporada à rotina do serviço. Será ampliado o trabalho de conscientização da comunidade, dos pais das crianças, do conselho de saúde municipal e gestor municipal em relação à necessidade de melhorar a qualidade da atenção das crianças de 0-72 meses, em especial as crianças de risco.

Dentro das melhoras que pensamos realizar, será continuar os encaminhamentos das crianças cadastradas que não tenham avaliação odontológica e a inclusão e a participação ativa da equipe de saúde bucal em todas as reuniões e atividades da UBS. Outra das melhorias que pretendemos fazer, é garantir com o gestor municipal que seja agendado o teste de triagem auditiva e a garantia do suplemento de ferro na farmácia municipal.

Dentre as estratégias de maior sucesso, pode-se pontuar a reorganização dos serviços, com a implementação das consultas agendadas, a implementação dos grupos de pré-natal e puerpério, os quais atraíram as mães e crianças permitindo uma melhor adesão ao programa. Outra estratégia realizada de sucesso foi as visitas domiciliares das gestantes com data próxima do parto para poder garantir a primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida.

As maiores dificuldades na intervenção incluíram problemas estruturais na UBS, que dificultaram o acolhimento das crianças e o trabalho da equipe e as dificuldades do transporte. Continuamos enfrentando a falta da equipe da saúde bucal vinculada a nossa estratégia de saúde e ainda percebemos a falta de engajamento da equipe de saúde bucal do município, referente às funções que tem que desenvolver e cumprir na atenção de todas as crianças, conveniadas previamente com o gestor e a equipe da UBS.

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

Ao Eloy Hirs

DD Secretário de Saúde do Município Salto do Jacuí

Prezado Gestor:

Sou a Dra. Odalis de Dios Savignon, Médica, e trabalho na UBS Rural do Município, contratada por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil. A Equipe realizou um trabalho de intervenção em Atenção Básica, cuja população alvo foram as crianças de 0 até 72 meses, residentes na área. Nosso objetivo principal foi cadastrar as crianças da área e implementar o acompanhamento de puericultura delas, adotando como Protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde sobre atenção das crianças. A intervenção foi realizada no período de três meses, em conjunto com a comunidade. A escolha desta população alvo deu-se em função da relevância que antigamente estas não eram atendidas em consulta de seguimento de puericultura, já que só procuravam atendimento do pediatra da cidade quando ficavam doentes. Com a intervenção, conseguimos avaliar, acompanhar e monitorar 92,1% das crianças. Não foi possível cadastrar 100% das crianças de nossa área de abrangência pelas dificuldades com o transporte que apresentamos durante todo o mês de maio e junho, que dificultou o cadastramento daqueles usuários que moram nas granjas não cobertas pelos agentes comunitários de saúde e que nossa equipe não visitou durante o período da intervenção, além de melhorar a qualidade dos registros e estabelecer uma sistemática de monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido. Realizamos capacitações dos profissionais da equipe de saúde, o que foi fundamental para a realização da intervenção.

Toda a equipe participou na intervenção, alcançamos a meta proposta de ter 100% os registros atualizados das crianças cadastradas. Para alcançar essa meta,

foi determinada que a enfermeira responsável realizasse os preenchimentos SIAB e a ficha espelho, a técnica de enfermagem revisou e atualizou os calendários das vacinas na ficha espelho e nas cadernetas das crianças e a médica atualizou os prontuários. A enfermeira foi responsável também pelo monitoramento dos registros, assim como de orientar aos pais sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros.

Podemos destacar os seguintes resultados numéricos da intervenção realizada: 100% de crianças com monitoração do crescimento; 100% de crianças com déficit ou excesso de peso monitorado; 100% de crianças com monitoramento do desenvolvimento; 100% de crianças com a vacinação em dia; 24,3% de crianças com triagem auditiva; 98,6% de crianças com teste do pezinho realizado na primeira semana de vida; 9,4% de crianças de 6 a 72 meses com avaliação de necessidade de consulta odontológica e com a primeira consulta odontológica realizada; 100% de crianças faltosas à consulta com busca ativa; 100% das crianças com registro atualizado; 100% das crianças com avaliação de risco realizada; 100% das mães das crianças participantes receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância, nutricionais e sobre saúde bucal da criança; 44,3% das crianças captadas no último mês haviam sido postas para mamar na primeira consulta; não conseguiu-se fazer suplementação com sulfato ferroso nas crianças de 6 a 24 meses

Não tivemos dificuldades na coleta, sistematização dos dados, fechamento das planilhas e cálculo de indicadores, pois as pessoas envolvidas na realização e cumprimento das ações foram capacitadas, a única coisa que ainda não tem sido solucionada, é que não temos conexão com a internet na UBS, por isso todos os registros e preenchimentos são realizados na secretaria de saúde do município.

Nas reuniões semanais da equipe realizamos o monitoramento das ações realizadas, e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pela médica da equipe.

A realização de triagem auditiva teve dificuldades, já que os usuários tem que ir a outro município, encaminhados pelo nosso município, pra levar as crianças à Cruz Alta. Assim, não foi feita de forma regular, só realizando triagem auditiva particular e este fator dificultou esta medida prevista no projeto.

As avaliações odontológicas das crianças de 6 a 72 meses, foram feitas com dificuldades, pois a vaga aprovada pela prefeitura municipal pra que um odontólogo trabalhasse 40 horas nas comunidades do interior do município não esta coberta ate

agora, e os agendamentos e avaliações são realizados, mas muito lentamente em relação ao planejado em nosso projeto. Agendam-se os atendimentos nos dois turnos semanais, priorizando as crianças de 5 anos.

O atendimento odontológico foi um dos pontos mais frágeis da nossa intervenção. O atendimento odontológico está comprometido, pois além da falta do profissional, agora o departamento de odontologia na cidade entrou em reformas paralisando os agendamentos dos usuários do interior.

Apesar do apoio fundamental da gestão, existem alguns aspectos dependentes da gestão que são importantes para viabilizar a melhorar a intervenção, como a dificuldade do transporte para deslocar-se nossa equipe, temos uma área que não tem agente comunitário de saúde e por isso o cadastramento das famílias não foi feita em 100%, durante a intervenção, tivemos dificuldades relacionadas ao agendamento das consultas para fazer o teste de triagem auditiva, já que agora não tem disponibilizados pelo SUS.

Não foi possível realizar a suplementação de ferro das crianças de 6 meses até dois anos, já que ainda não temos disponibilizado o suplemento de ferro na farmácia da secretaria do município. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, juntamente com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional, constituem o conjunto de estratégias voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de ferro no País.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto. Tal Programa tem sua importância na alta incidência de anemia ferropriva em crianças e as péssimas repercussões na saúde destas, com aumento de morbimortalidade importante.

Os suplementos de ferro, dada à sua importância justificada acima, devem ser distribuídos, gratuitamente, nas unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do programa.

A intervenção integrou-se na rotina do nosso serviço e a equipe pretende que continue dessa forma. Para isso, precisamos que a gestão continue nos apoiando, para que possamos fortalecer as atividades que são realizadas na UBS em relação a saúde da criança.

A importância da nossa intervenção reside na manutenção de crianças com uma adequada qualidade de vida, prevenindo doenças que podem interferir na vida futura ou inclusive levando a mortalidade.

Pretendemos melhorar, com o apoio dos gestores, prestando uma atenção à saúde qualificada e humanizada. Contamos também com o apoio da gestão para realizarmos parcerias com serviços relacionados à educação, entidades religiosas e entidades geradoras de emprego, ampliando assim as intervenções de saúde.

## **6 Relatório para a comunidade**

Estimados usuários dos serviços da ESF Rural de Salto do Jacuí,

A Estratégia de Saúde Família Rural do município Salto de Jacuí, está formada por uma equipe multiprofissional, a mesma é composta por: 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 03 agentes comunitários de saúde, 01 funcionário para serviços gerais e 01 motorista.

Nossa área de abrangência é composta pelo Assentamento Oriental, Granjas, Capão Bonito, Capão Grande e Rincão do Ivaí. Atendemos a população do Rincão do Ivaí e fazendas nas segundas-feiras e terças-feiras na Sede do ESF Rural (Rincão do Ivaí), no horário das 08:00 às 11:30min / 13:30 às 17:00 horas. No Capão Bonito e Capão Grande atendimento na Unidade Móvel, na quarta-feira das 08:00 às 11:30 e das 13:30 às 17:00h. O Assentamento Oriental é atendido na quinta-feira das 08:00 às 11:30min/ 13:30 às 17:00h, na Unidade Móvel do Capão Bonito. O número total de pessoas cadastradas na área de abrangência é de 826 pessoas e 246 famílias.

Iniciamos um trabalho em nossa unidade de saúde, que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança de 0 até 5 anos. Antigamente, as crianças não eram atendidas na nossa unidade, sendo o atendimento realizado na cidade pelo pediatra do município, mas quase todos os atendimentos eram feitos quando as crianças ficavam doentes e as mães procuravam as consultas, ou seja, não tinham acompanhamento na consulta de puericultura, que avalia o crescimento e desenvolvimento infantil. Essa situação promovia a falta de conhecimento das mães e familiares da importância da consulta e acompanhamento das crianças, assim como saturação na consulta do pediatra da cidade.

As crianças devem ser acompanhadas e, com esse intuito, reorganizamos o serviço para receber a todas as crianças que moram na área de abrangência da unidade de saúde, realizamos o agendamento das consultas e todas as crianças foram avaliadas clinicamente de forma integral. Realizamos orientações e palestras aos pais e à comunidade, sobre diversos temas relacionados e orientados para promover um crescimento saudável das crianças sem intercorrências médicas, e conseguir melhorar a qualidade de vida dessa população, diminuindo possíveis mortes devido a doenças.

Com nosso trabalho, conseguimos conhecer a realidade da saúde das crianças residentes na área de abrangência. Foram atendidas durante 3 meses e conseguimos consultar 92,1% da cobertura proposta em nossa intervenção. Não foi possível consultar aos 100% das crianças de zero até 72 meses de nossa área de abrangência pelas dificuldades com o transporte que experimentamos durante o projeto, que dificultou o cadastramento daqueles usuários que moram nas granjas, não cobertas pelos agentes comunitários de saúde e que nossa equipe não visitou durante o período da intervenção. Conseguimos esse resultado com muito esforço, trabalhando com um bom acolhimento, melhorando a relação estabelecida entre os membros da equipe. Os resultados obtidos foram adequados, pois as ações realizadas permitiram estabelecer a consulta de puericultura pela primeira vez em nossa unidade.

Também aumentamos os atendimentos na primeira semana de vida. Antigamente, a maioria das crianças, quando compareciam para fazer o teste de pezinho na cidade, não eram consultadas pelo pediatra e depois ninguém agendava as consultas delas. Em todas as consultas se realizaram uma avaliação de todos os parâmetros estabelecidos na primeira consulta do recém-nascido (preenchimento da caderneta de saúde da criança) e na ficha espelho, registrando todas as informações das crianças: anamneses, exame físico completo, avaliação das situações de risco a saúde do recém-nascido e as orientações sobre aleitamento materno, orientações gerais sobre os cuidados, prevenção de acidentes, realização do teste de pezinho até os sete dias de vida, orientações sobre o calendário de vacinas e combinamos o calendário de consultas de acompanhamento na consulta de puericultura e o agendamento na secretaria de saúde da realização do exame de ouvido no município de Cruz Alta.

Foram realizadas todas as consultas de puericultura das crianças, com avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento.

Ao avaliar as crianças com vacinação em dia, vimos que todas as avaliadas tinham as vacinas em dia, isto demonstra que, ainda que as crianças não estivessem, antes do início da consulta de puericultura em nossa unidade, com adequado seguimento do crescimento e desenvolvimento, as vacinas sempre foram aplicadas na unidade central do município e com a ajuda dos agentes comunitários, sempre foram identificadas e buscadas aquelas faltosas ou atrasadas no esquema vacinal.

Com relação à exame de ouvido, este programa faz três anos não se cumpria, já que nenhuma das crianças maiores de três anos realizaram o teste. Agora no município se cumpre, com dificuldades, já que os agendamentos tem que ser feitos pelos médicos depois que as crianças realizam a primeira consulta e como nossa área é longe da cidade, muitas vezes não são agendados os turnos para fazê-lo.

Todas as crianças envolvidas em nosso projeto realizaram o teste de pezinho até os sete dias de vida no primeiro e segundo mês.

As avaliações odontológicas das crianças de 6 ate 72 meses foram feitas com dificuldades, pois a vaga aprovada pela prefeitura municipal pra que um odontólogo trabalhasse 40 horas nas comunidades do interior do município foi ocupada no primeiro mês de nossa intervenção, mas depois a odontóloga foi embora do município e foi trabalhar na coordenadoria regional em Cruz Alta. Atualmente, agenda-se os atendimentos dois turnos semanais na cidade, priorizando as crianças de cinco anos.

No momento da consulta, foram avaliados os riscos presentes em cada uma das crianças, fazendo ações específicas para melhorar as vulnerabilidades detectadas. Foram realizadas as ações de promoção e prevenção de saúde de acordo aos objetivos propostos em nosso projeto, sobre prevenção de acidentes.

Com relação às orientações nutricionais de acordo a faixa etária, foram dadas a todas as crianças cadastradas. Ainda que tenhamos dificuldades com os atendimentos odontológicos, em nossas consultas, também fazemos atividades de promoção sobre higiene bucal e prevenção das caries.

O acompanhamento e monitoramento da saúde da criança são muito importantes porque permitem a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a identificação de situações de risco, buscando atuar de forma precoce, promovendo o crescimento adequado de crianças saudáveis e menos episódios de doenças, diminuindo a chance de morte infantil ou sequelas futuras.

Graças à nosso trabalho , houve uma maior aproximação com a população. Foi possível observar a prevenção de algumas doenças e fazer encaminhamentos, quando foram necessários.

Nossos resultados foram positivos e a comunidade colaborou de diversas formas para alcançarmos as metas propostas, acolhendo o projeto, divulgando e participando das atividades. As mães, pais ou responsáveis das crianças mostraram



preocupação e interesse e levaram as crianças à consulta e não faltavam, seguindo as orientações, preocupando-se pela saúde dos filhos.

Algumas outras ações são importantes para melhorarmos o programa orientado à Saúde da Criança. Precisamos que a comunidade continue se comprometendo com o cuidado da saúde da criança, divulgando o programa para que mais crianças possam ser acompanhadas na unidade de saúde e que a aceitação seja geral. Precisamos de uma maior participação da população, pois o trabalho em conjunto permite que conheçamos as necessidades da comunidade.

A consulta das crianças foi implementada e continuará como parte da rotina do serviço. Esperamos melhorar as ações, para isso pedimos o apoio da comunidade. É muito importante que a comunidade continue reforçando as ações que a equipe de saúde está implementando e convidamos a comunidade para continuar participando das atividades, as quais ficarão no dia a dia do serviço, para benefício da saúde de todos. Uma criança saudável é um potencial adulto saudável.

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

No início do curso, senti um pouco de medo porque não conseguia entender e escrever muito bem em português, mas com a ajuda da orientadora e sua oportuna intervenção, consegui melhorar essas dificuldades. Minha expectativa sempre foi contribuir com a melhora da qualidade dos atendimentos médicos da população da área de abrangência de nossa UBS, pois acredito que a atenção primária de saúde é o pilar fundamental para a prevenção e promoção de saúde. Eu tinha também como expectativas melhorar os meus conhecimentos sobre a saúde pública e aprimorar na prática clínica.

À medida que fomos desenvolvendo as atividades no curso, fui percebendo que a minha UBS de nova criação apresentava dificuldades na implementação da estratégia da saúde da família. Nossa equipe é nova, tínhamos problemas de estrutura, já que ainda a UBS não foi construída e por isso a organização do serviço não é a melhor e os atendimentos médicos iniciaram sem condições e com dificuldades na qualidade das consultas médicas e os procedimentos de enfermagem.

Durante o desenvolvimento do curso, foram muito importantes as orientações semanais oferecidas pela coordenação pedagógica, o intercâmbio de informação promovida nos fóruns com os orientadores, colegas e com a coordenação pedagógica, onde pude perceber que algumas das dificuldades diárias vivenciadas em nossa UBS, também aconteciam em outras UBS.

Os diálogos com meu orientador foram muito determinantes na realização do Projeto e na elaboração do TCC, pois criaram um ambiente adequado para sanar dúvidas e receber orientações. Sou grata pela colaboração de minha orientadora, Nivea Maria Silveira de Almeida, que, com muita paciência e desejo de colaborar com meu aprendizado, facilitou todo o caminho e o desenvolvimento dos estudos e do trabalho.

O curso, de forma geral, foi muito importante para podermos aprimorar os nossos conhecimentos e a forma de organização de nosso trabalho e serviços, estruturação das UBS, atribuições dos membros da equipe, engajamento público, acolhimento, humanização do atendimento, as diversas ações programáticas e como organizá-las, entre outros conceitos e práticas fundamentais na prática clínica diária. Com o percorrer do curso, adquiri maior conhecimento de como fazer meu trabalho dentro do sistema.

O curso também permitiu melhorar a minha preparação profissional e da equipe. Os casos clínicos interativos e os estudos da prática clínica, semana a semana, contribuíram com o aprimoramento do conhecimento relacionado com doenças frequentes na prática clínica diária.

Os Testes de Qualificação Cognitiva (TQC) realizados, permitiram detectar problemas no conhecimento, para depois podermos nos preparar sobre esses temas. Ademais, pela primeira vez pude experimentar a aprendizagem mediante a educação a distância, usando ambientes virtuais.

Consegui também melhorar a relação com os colegas da equipe, gestor municipal e a comunidade. Tive a oportunidade de realizar uma intervenção, pois realizamos uma análise situacional da nossa UBS para depois poder intervir e melhorar alguma das ações programáticas com deficiências ou dificuldades de implementação.

Profissionalmente, este curso para mim, foi uma experiência única, pois permitiu ao mesmo tempo em que estive sendo preparada no conhecimento do sistema de saúde brasileiro e na prática clínica profissional, a aplicação prática destes conhecimentos diretamente na UBS e na comunidade, melhorando assim a qualidade da atenção à população e os indicadores de saúde. Pessoalmente, o curso possibilitou uma melhor relação de trabalho e amizade com a equipe, o gestor e a comunidade, pois pude me aproximar deles e criar um vínculo interessante que espero que continue.

## **Referências**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

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

## **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>  
Prof<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







**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Aleitamento materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

---



---



---



---



---



---



---