

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses  
na UBS Cândido Godói, Cândido Godói/RS**

**OSMAR ALEJANDRO YOUNG RAMOS**

**Pelotas, 2016**

**OSMAR ALEJANDRO YOUNG RAMOS**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses  
na UBS Cândido Godói, Cândido Godói/RS**

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

Orientador: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R175m Ramos, Osmar Alejandro Young

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a 72 Meses na UBS Cândido Godói, Cândido Godói/RS / Osmar Alejandro Young Ramos; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde da Criança 4. Puericultura 5. Saúde Bucal I. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe, esposa, filhos.

## **Agradecimentos**

Ao programa mais médico do Brasil e à Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade desta intervenção.

A todas as mães e crianças que colaboraram na execução da intervenção.

A todas as pessoas do município de Cândido Godói que me acolheram em sua comunidade.

A minha orientadora Fernanda pela paciência, dedicação e constância no trabalho que permitiu finalizá-lo.

Aos colegas de trabalho por sua infinita ajuda, colaboração e compreensão quando a saudade aperta.

## Resumo

RAMOS, Osmar Alejandro Young. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses na UBS Cândido Godoi, Cândido Godoi/RS**. 2016. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, 2016.

A mortalidade infantil é uns dos aspectos a serem levados em conta no desenvolvimento de um país, e por isso a importância da saúde da criança e o acompanhamento do seu desenvolvimento, principalmente no primeiro ano de vida para evitar qualquer desvio da saúde nesse período. O objetivo do trabalho foi melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses de idade na UBS Cândido Godói-RS. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas. Antes do início da intervenção não existia um seguimento planejado e integral na atenção das crianças, assim como também não existiam informações exatas dos dados das crianças. Para o desenvolvimento da intervenção, nos baseamos no protocolo do Ministério da Saúde "Crescimento e desenvolvimento" do ano de 2012, ficha-espelho e planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. O município conta com uma população de 6.600 habitantes que é atendida por duas equipes de saúde da família. A população de crianças da UBS é de 330 crianças, sendo que minha equipe tem uma população de 3.300 habitantes, e a população alvo é de 165 crianças. Dentro das dificuldades que temos, destaca-se o fato da equipe não ter as populações divididas, na realidade funcionada como uma só equipe. Durante a realização do trabalho, foi avaliada a qualidade do atendimento às crianças, estado nutricional, saúde bucal, presença ou não de doença crônica, os fatores de risco e também foi feito o preenchimento da ficha-espelho. Ao final das 12 semanas de intervenção, alcançamos uma cobertura da atenção à saúde de 49,1% (81 crianças). Além disso, conseguimos melhorar a proporção de crianças com a primeira consulta na primeira semana de vida em 88,9% (72 crianças), com monitoramento do crescimento 88,9% (72 crianças), com monitoramento do desenvolvimento 85,2% (69 crianças), com triagem auditiva e teste do pezinho 97,5%(79 crianças). A equipe de trabalho se envolveu bastante. Com esse trabalho os serviços para a população de crianças na faixa etária de zero até 72 meses tiveram um grande avanço, através da organização e distribuição das atividades e um planejamento bem feito. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas e a qualidade nos atendimentos teve uma melhoria significativa. No transcurso das atividades realizadas com as crianças, muitas pessoas da comunidade, pais e responsáveis, expressaram sua gratidão pelo trabalho executado. A intervenção já foi incorporada à rotina da unidade.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; puericultura; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de criança entre 0-72 meses inscritas no programa de saúde da criança da Unidade Básica de Saúde	56
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	57
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento	58
Figura 4	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	59
Figura 5	Proporção de crianças de 6-24 meses com suplementação de ferro	60
Figura 6	Proporção de crianças com triagem auditiva	61
Figura 7	Proporção de crianças com teste de pezinho realizado até 7 dias de vida	62
Figura 8	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	63
Figura 9	Proporção de criança de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	64
Figura 10	Proporção de crianças com registro atualizado	65
Figura 11	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	66

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AV	Ambiente Virtual
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
COFRON	Consortio da Fronteira Noroeste
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
E-SUS	Programa eletrônico de informação do Sistema Único de Saúde
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
PMMB	Programa Mais Médicos Do Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TQC	Teste de Qualificação Cognitivo
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. ....	17
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística .....	46
2.3.4 Cronograma .....	49
3 Relatório da Intervenção .....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	53
4 Avaliação da intervenção .....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão .....	66
.....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	75
Referências .....	77
Apêndices .....	78
Anexos .....	81

## **Apresentação**

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado em sete partes bem estruturadas. O trabalho inicia com a descrição da Análise Situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS), em relação às características da população; o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A segunda seção refere-se à Análise Estratégica, que permitiu, a partir de uma linha programática prioritária na atenção básica de saúde, elaborar um Projeto de intervenção.

A terceira seção diz respeito ao Relatório da Intervenção, onde são apresentadas as ações desenvolvidas ou não desenvolvidas, suas dificuldades e facilidades, além dos aspectos relacionados à coleta dos dados e viabilidade da incorporação da intervenção à rotina do serviço.

Na quarta seção serão apresentados os Resultados, que avaliarão se os objetivos foram atingidos e se as metas foram alcançadas.

Nas seções cinco e seis, serão descritos os relatórios da intervenção para a comunidade e gestores.

Na seção sete é apresentada a Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, onde é abordado o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes, decorrentes do curso.

Por fim, são apresentados os apêndices e anexos, além das referências utilizadas no trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cândido Godói é composta por duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que eu pertencço a ESF dois. A população total do município é de 6.600 habitantes, cada ESF tem uma população de 3.300 habitantes. A composição da equipe é de um médico, um odontólogo, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e nove agentes comunitários de saúde (ACS).

O horário de trabalho é das 07h30min horas até às 12h00min pela manhã e na parte da tarde das 13h30min às 17h00min, de segunda a sexta-feira. Realizo consultas de segunda a quinta-feira nas manhãs em diferentes unidades de saúde no interior do município, e na parte da tarde atendo as consultas na UBS da cidade, (exceto nas quintas-feiras no horário da tarde, quando realizo visitas domiciliares a usuários acamados ou com qualquer outro problema de saúde que os impossibilitem de ir até às UBS). Sextas-feiras tenho o dia livre para estudos e trabalhos do curso.

A UBS conta ainda com um grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por uma nutricionista, uma psicóloga, fisioterapeuta e também um educador físico.

Quanto à estrutura da UBS Cândido Godói, sua estrutura física é boa, de alvenaria e possuem paredes com cerâmica, sendo assim laváveis e de fácil higienização. É composto de duas estruturas físicas, construídas em paralelas e quase iguais em sua distribuição nos diferentes locais. Tem aproximadamente 20 m de comprimento por 10 m de largura. Contamos com uma sala de recepção, onde o usuário tem o primeiro contato com a unidade, uma área de fichário, onde se acessa

o sistema computadorizado segundo a ordem de chegada à fila, logo, continua o local de agendamento das consultas para as diferentes especialidades médicas e para exames de alta tecnologia. Depois segue os banheiros para o público de ambos os sexos (um para cada um), a seguir, a sala do secretário de saúde, a sala de vacinação e, ao final, encontra-se uma sala de reunião.

Na outra parte da estrutura, no outro lado, na frente das estruturas mencionadas se localiza a farmácia, a qual tem prateleiras para colocar os medicamentos, a seguir a sala ou local de procedimentos ambulatoriais onde se realizam curativo, aferição de pressão arterial, temperatura, peso, altura, troca de sondas. Logo após continua um corredor estreito que dobra a esquerda onde está localizada a cozinha, área de esterilização, lavanderia, sala dos motoristas e ao final o setor administrativo.

O espaço físico onde atende a ESF 2 situa-se ao lado do prédio em que atende a ESF 1 e é composto pela recepção de um lado da unidade, pelo outro lado, estão o consultório médico, consultório odontológico, sala da nutricionista e consultório da psicóloga. No final do corredor encontram-se os banheiros usados pelos profissionais da unidade. Do outro lado, atrás da recepção, estão localizados os banheiros utilizados pelos usuários. Na unidade também tem uma cozinha, e uma sala onde são guardados materiais de limpeza, fraldas e outros acessórios.

Quanto ao processo de trabalho, são feitas 12 fichas médicas e mais três fichas de emergência, caso seja necessário, dando um total de 15 fichas, sendo que esse é o atendimento de manhã e também à tarde. Nossa ESF é composta por um médico, uma dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, e 8 Agente Comunitária da Saúde (ACS). A equipe ainda está incompleta, pois não tem auxiliar de odontologia nem outro auxiliar de enfermagem, entretanto essas funções muitas vezes são executadas pelos outros profissionais, o que acaba sobrecarregando a equipe.

No município também funciona o departamento de vigilância sanitária e epidemiologia, o qual se encontra em um local distante, fora da UBS formado por quatro membros, dois em cada departamento.

Atende também na UBS um médico pediatra, contratado pela secretaria municipal para a carga horária de 4 horas semanais, e as consultas com esse profissional devem ser previamente agendados. Na unidade, é realizado também o acompanhamento de pré-natal e puericultura.

Como citado anteriormente nossa ESF atende gestantes, com consultas do pré-natal e crianças com consultas de puericultura. São realizadas também atividades com grupos específicos como: Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), os grupos de idosos, usuários que tiveram ou estão em tratamento contra o câncer e fumantes de forma sistemática e programada.

Dentre os fatos que me chamam muita atenção em relação ao trabalho, está o alto consumo de medicação, principalmente psicotrópicos, sendo que em muitos casos, não é necessário o uso destes medicamentos. Muitos casos poderiam ser solucionados com o uso da medicina verde, ervas medicinais, e outras terapias.

Também acho que no tempo em que os usuários aguardam o atendimento do médico, dentista, psicólogo ou nutricionista, poderiam ser feitas ações ou atividades educativas, orientações referente a algum tema da área de saúde, mesmo sendo de forma simples e rápida, mas que muitas vezes seria importante para aprimorar o conhecimento dos usuários, o que talvez mudasse hábitos negativos de muitos usuários.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Cândido Godói está localizado na zona missioneira, fundado em 1963 pelo doutor José Cândido Godói, secretário de obras públicas na época. A origem da população é predominantemente alemã e polonesa. Pertence a 14ª coordenadoria de saúde localizada em Santa Rosa. Com uma população de 6.600 habitantes, uma densidade demográfica de 26,54 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O sistema de saúde no município conta com uma UBS, com duas ESFs com 3.300 habitantes para cada uma das equipes, não temos UBS tradicionais, assim como centro de especialidades odontológicas, existe um NASF. As consultas especializadas são referenciadas pelo Consórcio da Fronteira Noroeste (COFRON). Contamos com um hospital filantrópico de 40 leitos, são realizados exames complementares como radiografias, ultrassonografia e também temos três laboratórios para diagnóstico de patologias no município.

Nossa UBS Cândido Godói é urbana, com modelo de ESF, não temos vinculação com instituições de ensino em relação, o modelo de atenção é tradicional. Possui duas equipes. Uma é composta por um médico da comunidade, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de

consultório dentário. A outra, ESF 2, da qual faço parte, está incompleta por falta de uma auxiliar de odontologia e 8 ACS.

A UBS está disposta em duas estruturas, uma ao lado da outra. Onde funcionam os atendimentos das duas equipes. Alguns dos serviços são oferecidos em apenas uma das unidades, mas acessíveis para todos os usuários das duas equipes, como a farmácia, sala de vacinas, sala de agendamentos de consultas especializadas e exames de alta complexidade, sala de procedimentos e a sala de administração.

Dentro dos problemas estruturais mais importantes detectados têm a sala de procedimentos, que tem uma área de 5 metros de comprimento por 2,5 metros de largura, muito pequena para desenvolver as atividades de enfermagem, aplicação de medicamentos, medidas antropométricas, etc. A solução neste caso seria adotar uma sala para separar pelo menos os curativos das outras ações de saúde que se realizam ali, mas o problema é muito complicado, a solução não é de um prazo imediato, ainda assim se discute com o gestor para seu encaminhamento a outros níveis e a equipe trabalha para resolver a situação de cada usuário em particular. A lavagem dos materiais utilizados se realiza na área da lavanderia porque a unidade não tem uma área destinada para estes procedimentos. O secretário da saúde tem conhecimento a respeito, mas no momento não temos solução possível.

Faltam equipamentos como focos de luz nos consultórios, mesas ginecológicas, antropômetro, balanças pediátricas nos consultórios médicos do interior, alguns instrumentos para o exame físico neurológico como martelo, diapasão, os quais já foram solicitados ao secretário da saúde.

Dentro dos procedimentos que se realizam UBS temos: pequenas cirurgias/procedimentos, atendimentos de urgência/emergência, consulta na UBS e em quatro unidades do interior, visitas domiciliares, encaminhamentos dos usuários que precisam de outras especialidades (fluxo de referência).

O maior problema em relação ao trabalho consiste nas equipes terem a população dividida por territórios (micro áreas) e mapeamento, mas na prática funciona como um todo. Uma equipe fica sempre na UBS realizando consultas e outros procedimentos (curativos, vacinas, farmácia, etc.), no entanto outra equipe atende a população do interior pertencente às duas equipes. A população total de 6.600 habitantes, deles 3.353 homens e 3.247 mulheres. A metade para cada equipe, seja 3.300, deles 1.710 homens e 1.589 são mulheres. Destes seriam

menores de um ano 60, 31 meninas e 29 meninos. Menores de 5 anos: 285, 131 meninas e 154 meninos. Entre 5-14 anos: 895, 439 do sexo feminino e 456 do sexo masculino. Entre 15-59 anos 4.206, deles 2.019 do sexo feminino e 2.187 do sexo masculino. Pessoas com 60 anos ou mais: 902, sendo 496 mulheres e 406 homens.

Em nossa UBS o acolhimento é organizado em uma fila por ordem de chegada, e se repartem 12 fichas para cada médico. Não temos excesso de demanda, sempre se discute na equipe as formas para oferecer o melhor tipo de acolhimento de acordo à estrutura da UBS e ao pessoal disponível, com a intenção de satisfazer as demandas dos usuários, à estrutura da equipe está adequada para o tamanho da área adstrita, a forma como está distribuído o trabalho das equipes não é a melhor maneira para o desenvolvimento das atividades.

Na saúde da criança, dentro das ações que se realizam, temos consultas de pediatria as quais são agendadas, não sendo assim os casos de urgência pediátrica nesse dia. Também se realizam consultas com os outros médicos não agendadas, vacinas, teste do pezinho e orientações sobre aleitamento materno. Dentro dos aspectos que devem ser melhorados nas consultas de puericultura, destaca-se o agendamento, sendo que os menores de um ano já têm consultas agendadas, mas no caso das crianças de 12-23 meses e 24-72 meses temos que implantar consultas agendadas para todas as crianças desde os menores de um ano até os 72 meses de vida, tal como está no protocolo do Ministério da Saúde. Outra questão seria orientar as mães para fazer consulta de puericultura não só com o pediatra mas também com os outros médicos da UBS. Não existe um controle, uma organização programática da puericultura, nem monitoramento desta atividade. A promoção da saúde nesta etapa, como aleitamento materno exclusivo, cuidados do recém-nascido, etc., se limita à consulta do médico e na sala de vacina quando as mães trazem as crianças para outros procedimentos.

Na área de abrangência temos uma estimativa de 79 crianças menores de um ano de idade residente na área e um total de 60 crianças menores de um ano residente na área e acompanhadas na UBS, tendo uma cobertura de 76%, segundo Cadernos de Ações Programáticas (CAP). Em relação aos indicadores de cobertura como monitoramento do crescimento, temos 33 crianças (55%), com avaliação do desenvolvimento na última consulta 35 (58%), 41 crianças receberam orientações para prevenção de acidentes (68%), 37 estavam com atraso da consulta agendada (62%), 43 estavam com consulta em dia (72%), 49 receberam orientações para o

aleitamento materno exclusivo (82%), 54 tinham teste do pezinho (90%) e triagem auditiva (90%), com consulta nos primeiros 7 dias tivemos 56 crianças (93%), com vacinas em dia temos 60 crianças (100%) e a avaliação da saúde bucal foi realizada em 10 crianças (17%).

As consultas das gestantes e puérperas são muito escassas, o médico é quem agenda cada consulta em particular com a usuária, não existe um agendamento por parte da unidade, em relação às puérperas é muito difícil assistirem à consulta. A elas são oferecidas consultas, vacinas, exames complementares, ultrassonografia, consultas especializadas se necessário e atividades educativas em saúde. No município além da UBS e hospital, existem médicos que trabalham na rede privada e que fazem acompanhamento das gestantes também, isso de fato explicaria em parte o porquê não temos todas as informações, e o porquê elas não vão à consulta na UBS. Existe um controle do número de gestantes acompanhadas, assim como os protocolos para atuação com as gestantes e puérperas, mas não existem planejamento nem monitoramento das ações.

Na área de abrangência temos 66 gestantes, sendo que temos 53 cadastradas, tendo uma cobertura de 80%, segundo CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, temos 31 gestantes que iniciaram pré-natal iniciado no 1º trimestre (58%), 29 estão com consultas em dia de acordo ao calendário do Ministério da Saúde (55%), 35 com solicitação de exames laboratoriais preconizados na 1ª consulta (66%), com vacinas antitetânicas e com vacina contra hepatite B conforme protocolo temos 53 gestantes (100%), com prescrição de suplemento de sulfato ferroso temos 47 (89%), com exame ginecológico por trimestre 41 (77%), com avaliação da saúde bucal 25 (47%), e com orientação para aleitamento exclusivo 53 (100%).

Na área de abrangência temos 79 puérperas, sendo que temos cadastradas 47, tendo, portanto, uma cobertura de 59%, de acordo com o CAP. Em relação aos indicadores de cobertura, temos 42 mulheres que consultaram antes dos 42 dias de pós-parto (89%), 21 tiveram a sua consulta puerperal registrada (43%), 41 receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido (87%), 47 receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo (100%), 33 receberam orientação sobre planejamento familiar (70%), tiveram as mamas examinadas 44 (94%), tiveram o abdômen examinado 42 (89%), realizaram exame ginecológico 44



(94%), tiveram seu estado psíquico avaliado 17 (36%) e foram avaliadas quanto a intercorrências 43 (91%).

O programa de prevenção do câncer do colo do útero e câncer de mama funcionam melhor do que os outros programas já que existe um controle das usuárias, existe protocolos para o trabalho, têm registros dos exames (exame citopatológicos colo útero, rastreamento dele, mamografia, rastreamento) e dos resultados, apesar de serem poucos, se realizam atividades em grupos de educação em saúde e tem monitoramento. Porém os registros são baixos e todo o trabalho é responsabilidade de uma pessoa só. Segundo os profissionais o sistema de informação que existia foi substituído pelo Sistema de Informação Eletrônico do Sistema Único de Saúde(E-SUS).

Na área de abrangência temos 1.819 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, sendo que temos 1.046 cadastradas, tendo, portanto, uma cobertura de 58% para o controle do câncer do colo do útero, segundo CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, temos com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 845 mulheres (81%), com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso 492 (47%), com exame citopatológico para câncer de colo útero alterado não temos nenhuma mulher (0%), com avaliação de risco para câncer de colo de útero 736 (70%), com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero 778(74%), com orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) 781 (75%), com exames coletados com amostras satisfatórias 845 (81%), e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar 845 (81%).

Na área de abrangência temos 682 mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sendo que temos 600 cadastradas, tendo, portanto, uma cobertura de 88% em relação ao câncer controle do câncer de mama, segundo CAP. Em relação aos indicadores de coberturas temos com mamografia em dia 461 mulheres (77%), com mamografia com mais de 3 meses em atraso 215 (36%), com avaliação de risco para câncer de mama 461 (77%), e com orientação sobre prevenção do câncer de mama 461 (77%).

As pessoas com hipertensão arterial e diabetes recebem as ações de consultas médicas exames complementares, atividades de promoção de saúde nos grupos Hiperdia. As consultas não são agendadas nem tem um controle programado, existe um protocolo para os usuários, faltam registros, não há

planejamento nem monitoramento das ações. A população acha que o importante é que tenham atendimentos todos os dias sem olhar a importância da prevenção da doença como fator principal.

Na área de abrangência temos 1476 pessoas com hipertensão arterial, sendo que temos 1357 cadastradas, tendo, portanto, uma cobertura de 92%, de acordo com o CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, temos 569 hipertensos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (42%), nenhum com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (0%), com exames complementares periódicos em dia 785 (58%), com orientação sobre prática de atividade física regular 955 (70%), com orientação nutricional para alimentação saudável 662 (49%), e com avaliação de saúde bucal em dia 34 (24%). Já em relação à diabetes mellitus, na área de abrangência temos 422 pessoas, sendo que temos 193 cadastradas, tendo, portanto, uma cobertura de 46%, segundo CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, temos 102 usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (53%), nenhum com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (0%), com exames complementares periódicos em dia 123 (64%), com exame físico dos pés nos últimos 3 meses 56 (29%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses 56 (29%), com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 47 (24%), com orientação sobre prática de atividade física regular 117 (61%), com orientação nutricional para alimentação saudável 115 (60%) e com avaliação de saúde bucal em dia 33 (17%).

O atendimento dos idosos ocorre todos os dias e em dois turnos, mas não é um atendimento agendado. Quanto às ações de saúde que são desenvolvidas temos, além das consultas, odontologia, vacinas, atividades de promoção de saúde por meio das associações de bairros dos idosos. Na UBS existe um protocolo para atendimento do idoso, não existe registro específico para eles. As atividades de promoção de saúde são realizadas, mas não se tem registro nem monitoramento. Além disso, não há ações na saúde mental. Os índices de fragilização da velhice estão baixos e não existe registro deles. Os profissionais que participam das atividades junto com os idosos são o médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

Na área de abrangência temos 902 idosos, sendo que temos 902 cadastrados, tendo, portanto, uma cobertura de 100%, segundo CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, não temos nenhum idoso com caderneta de saúde

(0%), com realização de avaliação multidimensional rápida 352 (39%), com acompanhamento em dia 125 (14%), com Hipertensão arterial sistêmica 502 (56%), com Diabetes Mellitus 102 (11%), com avaliação de risco para morbimortalidade 337(37%), com investigação de indicadores de fragilização na velhice 154 (17%), com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 451 (50%), com orientação para atividade física regular 458 (51%) e com avaliação de saúde bucal em dia 254 (28%).

Os maiores desafios na nossa UBS é a implantação e execução dos programas, nos diferentes grupos; controle e registros das informações e atribuição da prática às duas equipes da saúde. Os melhores recursos são o pessoal humano, a estrutura física, o trabalho da sala de vacina, a farmácia, pois não se tem falta de medicamentos.

No início do curso, os usuários chegavam à consulta só com os parâmetros da pressão arterial medida, agora além da pressão, trazem altura e peso. O consumo de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, ainda que os usuários tomem muito, já não é como ao início do nosso trabalho.

Olhando retrospectivamente o trabalho na UBS podemos dizer que os diferentes grupos específicos como hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, etc, são trabalhados, mas não é como está programado nem cumprindo os indicadores segundo o Ministério da Saúde (MS). Além disso, o pessoal está mais envolvido na análise situacional da unidade.

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

Em comparação ao texto inicial há muita diferença. Neste momento o conhecimento é maior e a visão da situação mais ampla; mediante os questionários que preenchemos durante cada semana e todo o material de apoio oferecido pelo curso, conseguimos identificar as dificuldades e limitações, além dos aspectos positivos que apresenta a UBS, as pequenas ações que foram desenvolvidas depois de conseguir engajar toda a equipe neste trabalho. Continuamos falando que as principais dificuldades ficam nos cumprimentos dos protocolos estabelecidos nos diferentes programas como, principalmente pré-natal, puerpério, doenças crônicas e no monitoramento e seguimentos desses usuários.

No início o programa da saúde da criança era realizado fundamentalmente para as crianças menores de um ano, após de cumprir o ano de vida as crianças não tinham um seguimento adequado.

Quando começou o curso de especialização, eu não iniciei junto com os colegas já que tinha problemas sérios com a internet, assim tive atrasos e ao final fui trocado para a atual turma. Começamos tudo de novo coletando informações. Podemos afirmar que houve algumas mudanças na equipe, como um melhor atendimento, melhor coleta das informações em relação à saúde da criança. Já em relação aos outros programas, muita pouca coisa mudou, como a atenção pré-natal e o seguimento dos usuários com doenças crônicas. Ainda nesse aspecto, a UBS continua realizando consultas no dia a dia, sem agendamentos exceto para as crianças, aqui devemos dizer que foi colocado um pediatra para este serviço.

Com relação aos registros das informações, para conhecimento da UBS e para a análise e discussão na equipe, é muito difícil obtê-las ou não existem. Já na atenção da saúde da criança existe além do prontuário eletrônico, a caderneta da criança a qual começamos a preencher em cada consulta e a ficha-espelho que recolhe todas as informações necessárias.

Mas ainda, sendo assim o panorama da UBS, tenho a impressão que muitos dos colegas da equipe fizeram os esforços necessários para mudarem alguma coisa na atenção às crianças, no entanto ainda falta mudar aspectos organizacionais e na atenção dos diferentes programas de saúde para obter melhores resultados e o funcionamento da UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Todos os anos, 3,3 milhões de bebês são nascidos-mortos, mais de 4 milhões morrem nos primeiros 28 dias de vida, e outros 6,6 milhões de crianças morrem antes de completar o seu quinto ano de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (em crianças menores de um ano), nas últimas décadas foi diminuindo, graças às ações de diminuição da pobreza e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família de acordo a Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (IBGE, 2010).

O Rio Grande do Sul (RS) vem apresentando o menor coeficiente de mortalidade infantil (CMI) entre os estados brasileiros. No entanto, em relação ao atendimento da atenção básica às crianças com mais de um ano, há quatro pontos a serem equacionados: as crianças maiores de um ano de vida não obtêm a mesma cobertura no monitoramento do seu crescimento e desenvolvimento; os serviços de saúde vêm, ainda, trabalhando na lógica de livre demanda, isto é, quando são procurados, atendem crianças doentes; o terceiro ponto está na organização dos serviços e articulação entre os serviços de atenção primária e os de maior complexidade; e o último trata-se da educação continuada dos recursos humanos. (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE-RS, 2010).

A UBS de Cândido Godoi é de tipo ESF, composta por duas ESFs, cada uma com sua estrutura própria. Temos três consultórios ventilados, com boa iluminação e com salas de esperas. Contamos com consulta odontológica. A equipe na qual atuo está composta por uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, uma odontóloga, oito ACS, um médico, lembrando que a equipe está incompleta, pois falta uma auxiliar de odontologia.

Minha UBS tem uma população-alvo de 330 crianças, as quais se dividiram em menores de 12 meses (61); de um a dois anos (44); de dois a três anos (56); de três a quatro anos (53); de quatro a cinco anos (62); e de cinco a seis anos 54 crianças. E em minha ESF 2 temos um total de 165 crianças de zero a 72 meses, segundo estimativa, sendo 28 menores de um ano, 22 crianças entre 1-2 anos, 30 crianças entre 2-3 anos, 27 crianças entre 3-4 anos, 32 crianças entre 4-5 anos e 26 entre 5-6 anos.

Tenho uma equipe de trabalho com engajamento neste projeto. Temos as fichas-espelhos e estamos treinando o pessoal para o trabalho a ser desenvolvido. Dentro das dificuldades que temos, destaca-se o fato de a equipe não ter as populações divididas, na realidade funcionada como uma só equipe em que ainda temos colegas que não estão conscientes do trabalho. Acredito neste projeto, como acredito também que as dificuldades serão resolvidas com ajuda de todos. Também creio que ampliaremos e aumentaremos a cobertura da puericultura para a faixa etária até os seis anos, melhorando os indicadores de saúde, o controle das crianças e o registro das informações.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses de idade, na UBS Cândido Godói, no município de Cândido Godói-RS.

## **2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo1. Ampliar a cobertura do Programa da Saúde da Criança.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento a criança.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao Programa da Saúde a Criança.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Objetivo1. Ampliar a cobertura do Programa da Saúde da Criança.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças entre zero e setenta e dois meses, pertencentes à área de abrangência.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

Meta 2.7 Realizar suplemento de ferro em 100% das crianças entre 6-24 meses.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6-72 meses.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao Programa da Saúde a Criança.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter o registro na ficha espelho de acompanhamento 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 faixa etária para 100% das crianças.

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Cândido Godói, no município de Cândido Godói-RS. Participarão da intervenção as crianças de zero a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças entre zero e setenta e dois meses, pertencente à área de abrangência.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças cadastradas no programa entre 0 a 72 meses com a ajuda de os ACS.

Detalhamento: realizar semanalmente uma atualização do cadastramento das crianças, com apoio da equipe e dos ACS.

Organização e gestão do serviço.

Cadastrar toda população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: será feito o cadastramento de toda a população entre zero a 72 meses, com ajuda das ACS e registro dos dados das crianças das crianças entre zero e 72 meses, isto permitirá avaliar a situação, em tempo real, da saúde da população infantil. Será dada prioridade ao atendimento das crianças, em qualquer horário do atendimento tanto na consulta de puericultura como odontologia. Garantiremos o acolhimento das crianças no projeto de intervenção. Além disso,



sensibilizaremos a equipe de saúde sobre a importância do projeto, sendo responsáveis pela ação as ACS.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: orientar, através das palestras, sobre a importância do acompanhamento periódico das crianças na unidade de saúde, assim como incentivar a população geral sobre a importância das consultas das crianças dessa faixa etária. Envolver a equipe na realização de palestras sobre a importância das consultas de puericultura, nos grupos já existentes como hiperdia e idosos, sendo responsável por tal ação a enfermeira.

#### Qualificação da prática clínica.

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

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

Detalhamento: Debater, em reunião da equipe, diferentes temas de atenção às crianças e fornecer orientações em forma de conversas e trocas de experiências. Preparar, em cada reunião, um tema de saúde da criança, que pode ir desde o desenvolvimento das crianças, valoração nutricional até as doenças mais frequentes nesta etapa. Capacitar a equipe sobre as informações que são necessárias para realizar o projeto da intervenção, sendo responsável por tal ação o médico da ESF.

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

#### Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Fazer um monitoramento das crianças que ingressaram no programa de Puericultura na primeira semana de vida, a qual pode ser realizada em sua própria casa mediante visita domiciliar, e deixando agendada a próxima consulta, data do teste do pezinho e avaliação pelo pediatra, apoiando-nos com a equipe e os ACS, ficando responsável o médico da ESF.

#### Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: procurar todas as crianças que não tiverem comparecido ao serviço na primeira semana de vida, envolvendo a participação de toda a equipe e, sobretudo com a colaboração dos ACS.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: participar nos grupos de gestante para sensibilizar as futuras mães e ao pessoal da saúde que coordenam este programa da importância da primeira consulta, ficando também como responsável o médico da ESF.

#### Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Facilitar o debate nas reuniões da equipe sobre os protocolos adotados pela UBS para o atendimento das crianças. Estabelecer a participação da equipe nas consultas das crianças, com o objetivo de criar habilidades para a detecção pronta de qualquer alteração da criança, responsabilidade assumida pelos técnicos de enfermagem e médico da ESF.

#### Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas

##### Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: realizar o exame físico adequado e avaliação da curva do crescimento das crianças que assistam na consulta para poder identificar os riscos de má nutrição, seja de desnutrição ou obesidade e registrar os resultados nos prontuários clínicos e fichas espelhos, responsabilizando-se o médico da ESF.

#### Organização e gestão do serviço

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria e fita métrica).

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

Detalhamento: Fazer um levantamento dos equipamentos para a realização com qualidade das medidas antropométricas; no caso de achar alguns deficitários fazer a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde, e assim melhorar a qualidade da consulta de puericultura. Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e ter disponibilidade no serviço para que a equipe possa consultar quando necessário. Ter uma troca com a equipe sobre o protocolo, debater em cada reunião um tema do Caderno de Atenção Básica: crescimento e desenvolvimento da criança, no qual o responsável será a enfermeira da ESF.

#### Engajamento público

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

Informar aos pais e/ou responsáveis como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: Devemos explicar aos pais e/ou responsável da criança sobre a avaliação antropométrica e o desenvolvimento que esperamos encontrar em cada faixa etária das crianças e com elo fortalecer a relação entre médicos e pais na medida em que eles acreditem nos benefícios da puericultura, responsável será o médico.

#### Eixo qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Padronizar a equipe na realização das medidas.

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

Detalhamento: Orientar a participação dos membros da equipe nas consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. Nas reuniões da equipe, explicar como devem ser as técnicas adequadas para realização das medidas antropométrica, ficando como responsáveis a enfermeira e o médico da ESF.

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com déficit de peso mediante os dados nos prontuários e as fichas espelhos o qual será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço.

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Melhorar a qualidade da consulta de puericultura e avaliação do desenvolvimento da criança.

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

Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças.

Detalhamento: Evoluir junto à equipe em relação à qualidade nas medidas antropométricas efetuadas. Fazer solicitação à secretaria da saúde, em caso de algum instrumento defeituoso, assim melhoramos a qualidade da consulta de Puericultura. Fazer conversa em reunião da equipe, sobre o protocolo. Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e ter disponibilidade no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, sendo os responsáveis a enfermeira e o secretário da saúde.

Engajamento público

Compartilhar, com os pais e/ou responsáveis pela criança, às condutas esperadas em cada consulta das crianças para que possam exercer o controle social.

Informar aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento.

Detalhamento: Explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança, em cada consulta e informar aos pais sobre como ler a curva de crescimento que tem na caderneta da criança, identificando sinais de alerta. Fazer uma atualização da equipe sobre como utilizar as tabelas de peso para idade, comprimento para idade e relação peso/comprimento para cada faixa etária, sendo responsável do médico.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar tecnicamente a equipe.

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

Detalhamento: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. Em cada reunião da equipe explicar como devem ser as técnicas adequadas para realização das medidas, sendo os responsáveis pela ação o técnico em enfermagem, a enfermeira e o médico.

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

Ações: Monitoramento e avaliação.

Monitorar as crianças, com excesso de peso, entre zero e 72 meses de vida.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com excesso de peso e que sejam valoradas na consulta de nutrição. Melhorar a qualidade da consulta de puericultura com avaliação do desenvolvimento da criança. A responsabilidade nesta ação é do médico.

Ações: Organização e gestão do serviço.

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

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

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

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião de equipe do equipamento para a realização de qualidade nas medidas antropométricas. Fazer um pedido à secretaria da saúde, no caso de existir alguns equipamentos faltosos e assim melhorar a qualidade da consulta, será de responsabilidade do médico. Colocar em todas as consultas de médicos e enfermeiras o protocolo de atenção à saúde da criança, segundo o caderno de atenção básica nº 33, tanto na versão digital nos computadores quanto no livro de texto, a responsabilidade será do secretário da saúde, da enfermeira e do médico. Colocar na parte superior esquerda da ficha-espelho a palavra excesso para identificar as crianças com excesso de peso ficando como responsável o médico.

Engajamento público

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

Informar aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento.

Identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: explicar aos pais sobre a avaliação antropométrica das crianças e o que esperamos encontrar, em cada consulta. Mostrar aos pais como ler e entender a curva de crescimento que estão nas cadernetas das crianças, identificando sinais de alerta. Que toda a equipe saiba como utilizar as tabelas de peso para idade, comprimento para idade e relação peso/comprimento para cada faixa etária, ficando responsável por esta ação o médico da ESF.

Ações: Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar tecnicamente a equipe.

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

Detalhamento: Aproveitar cada reunião da equipe para explicar como devem ser as técnicas adequadas para realização das medidas. Comprometer aos membros da equipe para que participem em cada consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. A responsabilidade será do médico e da enfermeira.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, treinar aos membros da equipe para detectar qualquer alteração no desenvolvimento das crianças. A responsabilidade será do médico.

Organização e gestão do serviço.

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

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

Detalhamento: Realizar as consultas de puericultura com qualidade para fazer uma avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, guiando-nos pelos cabeçalhos que tem as cadernetas. Na observação de qualquer desvio ou retardo no desenvolvimento faremos o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento. Primeiramente faremos interconsultas com o pediatra, na própria UBS, os responsáveis por tal ação serão o médico e o pediatra.

## Engajamento público

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

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

Detalhamento: Que toda a equipe conheça todo o desenvolvimento neuro-cognitivo que deve ter a criança a cada idade. Para isso contamos com ajuda das visitadoras da Primeira Infância Melhor (PIM), as quais têm treinamento para estimular o desenvolvimento das crianças. Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo que esperamos encontrar na criança e informar sobre o correto desenvolvimento neuro-cognitivo identificando sinais de anormalidade para informar ao médico ou demais integrantes da equipe, prontamente.

## Qualificação da prática clínica.

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

Capacitar a equipe para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Em cada reunião da equipe, explicar como deve ser o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Escolher um tempo na reunião da equipe para explicar como acontece o desenvolvimento da criança mês a mês. Regulamentar a participação dos membros da equipe em cada consulta, para criar capacidades e monitorar o desenvolvimento, de acordo com a idade da criança, que vai acontecendo mês a mês. Contamos com o guia da família, facilitada pelo programa PIM entregaremos uma a cada família mostrando-lhes sua utilização, assim também aos integrantes da equipe para sua autopreparação. Os responsáveis serão a enfermeira e o médico.

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

## Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças com vacinas atualizadas.

Monitorar o percentual de crianças com vacinação em atraso.

Detalhamento: Realizar uma avaliação do registro da criança cada mês para identificar as crianças com vacinas atrasadas. Fazer monitoramento de crianças com

vacinação incompleta ao final da puericultura com ajuda dos ACS e da técnica de vacinação.

Organização e gestão do serviço.

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

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

Realizar controle da cadeia de frio.

Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: A enfermeira responsável pelo programa de vacinação deve garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. Com ajuda da técnica de enfermagem, garantir o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, realizar controle da cadeia de frio. Controle do estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque. Fazer revisão em reunião da equipe. Contamos na UBS com uma técnica de vacinação.

Engajamento público

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: Orientar os pais em cada consulta sobre as vacinas que correspondem às crianças, assim como contra que doenças previnem. Informar aos pais a importância da vacinação no cada tempo estabelecido pelo Ministério da Saúde, a responsável será a técnica de enfermagem da sala de vacinas.

Qualificação da prática clínica

Capacitar à equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina administrada e seu aprazamento.

Detalhamento: Explicar à equipe sobre o funcionamento das vacinas para aumentar seu conhecimento geral sobre o assunto, e como ocorre o processo de imunização no organismo. Capacitar a equipe, nas reuniões semanais sobre o cartão da criança, o registro adequado, inclusive na ficha-espelho, da vacina administrada e seu aprazamento. Mediante visitas pela equipe a as crianças com atraso de vacina, explicar sobre a importância da aplicação da vacina para prevenção de doenças transmissíveis. Os responsáveis serão a técnica de enfermagem da sala de vacinas e o médico.



Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis até 24 meses.

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: Levar o registro de todas as crianças que está tomando o suplemento de ferro. Monitorar junto à equipe as crianças que receberam suplementação de ferro com mais de 6 meses de vida, com ajuda das ACS.

#### Organização e gestão do serviço.

Garantir com o gestor a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: Garantir por meio do Ministério da saúde e o gestor municipal que esse suplemento esteja disponível na farmácia da UBS. Verificar que estejam no quadro básico de medicamentos da UBS.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais sobre a importância do suplemento ferroso na prevenção da anemia. Fazer os pais compreenderem do por que é necessário o ferro no organismo, assim como as possíveis reações adversas que podem ocorrer para seu conhecimento. A responsável será a enfermeira da ESF.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso Ministério da Saúde.

Detalhamento: Garantir a capacitação ao médico sobre as recomendações de suplementação de sulfato ferroso, mediante fornecimento da bibliografia, por parte do MS. Capacitação da equipe sobre a importância da administração do suplemento do ferro a criança. A responsabilidade será do secretário de saúde do município e do médico.

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva

Detalhamento: Fazer um monitoramento com toda nossa equipe sobre as crianças que realizaram triagem auditiva em nossa UBS, com ajuda das ACS procurar as crianças que não tenham feito à triagem auditiva.

#### Organização e gestão do serviço.

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: Garantir a realização de teste auditivo para todas as crianças. Responsabilizar ao gestor municipal para garantir a transportação das crianças para o teste auditivo. A responsabilidade é do secretário da saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar aos pais e responsáveis sobre a importância da realização da triagem auditiva na criança para poder detectar doenças em idades precoces da vida, ficando responsáveis os técnicos de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar um treinamento a toda a equipe sobre a importância da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, esta ação será de responsabilidade do médico.

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças que realizaram teste do pezinho antes dos sete dias de vida.

Detalhamento: Realizar o monitoramento de todas as crianças que realizaram teste do pezinho até sete dias de vida, com a colaboração dos ACS, e garantir que seja colocada a data no registro da criança.

Organização e gestão do serviço.

Garantir, junto ao gestor, a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: Garantir o teste do pezinho a as crianças antes dos 7 dias após do nascimento. Exigir ao gestor da saúde os recursos necessários para a realização do teste do pezinho. Os responsável serão a técnica de enfermagem e o secretário da saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar toda a comunidade, em especial as gestantes, sobre a importância da realização do teste de pezinho até sete dias de vida. Explicar à comunidade e as gestantes em especial, em que consiste o teste do pezinho e quais doenças pode ser diagnosticado como Fenilcetonúria e hipotireoidismo, sendo responsável pela ação a enfermeira da ESF.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Planejar a capacitação de todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde sobre a técnica de realização do teste do pezinho. Esta tarefa será de responsabilidade da enfermeira.

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

#### Ações: Monitoramento e avaliação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis a 72 meses de idade.

Detalhamento: Revisar os prontuários clínicos, odontológicos, e a ficha-espelho das crianças para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade. Esta ação será de responsabilidade da odontóloga da ESF 2.

#### Organização e gestão do serviço.

Organizar acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar, na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis até 72 meses de idade, na UBS.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Garantir um adequado acolhimento das crianças, de seis até 72 meses de idade, e seu familiar, na unidade de saúde para avaliação da saúde bucal. Revisar as crianças com idade entre seis até 72 meses mediante a ficha-espelho; oferecer pelo odontólogo o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal, e fazer pelo odontólogo ou a técnica de saúde bucal uma

organização da agenda para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade. Garantir que, na mesma consulta de puericultura, a criança volte a sua casa com avaliação odontológica feita ou agendada.

#### Engajamento público

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Realizar palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de seis até 72 meses de idade. A responsabilidade será da odontóloga e da auxiliar de saúde bucal.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os odontólogos oferecerão, nas reuniões da equipe, orientações de capacitação para avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis até 72 meses de idade.

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis até 72 meses.

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar a saúde bucal das crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Revisar, sistematicamente, os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis até 72 meses de idade, esta responsabilidade será da odontóloga.

#### Organização e gestão do serviço.

Organizar acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar, na unidade de saúde.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis até 72 meses de idade.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis até 72 meses de idade na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Fazer um cadastro das crianças de seis até 72 meses de idade, oferecer pelo odontólogo da equipe o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal. Garantir um adequado acolhimento das crianças de seis

até 72 meses de idade e seu familiar, na unidade de saúde, para avaliação da saúde bucal. Fazer, através do odontólogo ou a técnica de saúde bucal, uma organização da agenda para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Aproveitar as palestras nos clubes de mães, nos encontros com a terceira idade e todos os espaços possíveis, para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de seis até 72 meses de idade. Os responsáveis serão a odontóloga e a enfermeira.

#### Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças, de seis até 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de seis até 72 meses de idade no serviço odontológico.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis até 72 meses de idade da UBS.

Detalhamento: Oferecer orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis até 72 meses de idade, nas reuniões da equipe, sobre o acolhimento das crianças, e como fazer o encaminhamento de crianças de seis até 72 meses de idade para o serviço odontológico. Este atendimento será feito paralelo à consulta de puericultura. Este atendimento será feito paralelamente à consulta de puericultura e será de responsabilidade da odontóloga.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas às crianças faltosas.

Detalhamento: Fazer monitoramento, pela equipe, do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e monitorar o número de crianças faltosas a consulta em cada reunião de equipe feita todas as sextas-feiras. Incorporar a as agentes de saúde as consultas de puericultura com a relação das crianças que tem consulta em dia.

Organização e gestão do serviço.

Organizar as visitas domiciliares para buscar as crianças faltosas.

Organizar a agenda para acolher as crianças faltosas.

Detalhamento: Planejar as visitas domiciliares, para buscar crianças faltosas, todas as semanas, em conjunto com a equipe; fazer avaliação do fichero de puericultura, registro da criança e fazer uma análise da situação com os ACS. Os ACS devem agendar consultas para essas mães com crianças faltantes despois das buscas. No mesmo dia serão reagendadas as crianças.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar conversas na comunidade e explicar a importância do acompanhamento regular da criança; orientar as gestantes em consulta de pré-natal sobre a importância da puericultura para avaliação do desenvolvimento, peso e o comprimento, avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, as orientações nutricionais, a atualização de vacinas e a avaliação ou atendimento odontológico. A responsável será da enfermeira.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Fazer o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso; fazer avaliação da caderneta da criança, fichero de puericultura e registro da criança em reunião da equipe. Avaliar todas as sextas-feiras as fichas espelho das crianças agendadas e discutir os casos prioritários por seus riscos. A responsabilidade será da enfermeira e do médico.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter o registro na ficha espelho de acompanhamento da saúde da criança de 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar os registros dos acompanhamentos da criança na UBS.

Detalhamento: levar um monitoramento, por toda a equipe de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde; preencher no registro da criança.

Organização e gestão do serviço.

Preencher Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/folha de acompanhamento.

Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Nossa UBS não tem SIAB. Manter atualizados os dados no sistema E-SUS. Garantir, com ajuda do gestor implantar a planilha da ficha-espelho para as consultas da puericultura e da saúde bucal e avaliação do risco na caderneta da criança. Definir, uma vez ao mês, a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro. Nomear a enfermeira da equipe como responsável pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público

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

Detalhamento: Oferecer informação aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação ao preenchimento dos registros de saúde. Oferecer palestras sobre esse tema, tão importante, sendo responsável pela ação os técnicos de enfermagem e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento nos registros (fichas espelho, cadernetas) necessários pelo acompanhamento da criança na UBS. A responsabilidade será do médico.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento: Fazer rastreamento do número de crianças de alto risco e identificá-las para estabelecer ações de prevenção e promoção. Realizar a busca, por parte dos ACS, das crianças com risco que tenham acompanhamento de puericultura em atraso.

Organização e gestão do serviço.

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Identificar nas fichas de acompanhamento/ espelhos as crianças de alto risco.

Detalhamento: Planejar as consultas do atendimento e dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e fazer o atendimento de qualidade. Em consulta identificar, nas fichas espelho, as crianças de alto risco, assim como as mudanças que poderiam acontecer. Os responsáveis serão a enfermeira e o médico.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar palestras educativas com grupos da comunidade e os pais sobre os fatores de risco para morbidades na infância, assim como nas consultas e visitas domiciliares. Explicar o nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. A responsabilidade será do médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Oferecer capacitações para os profissionais para alcançar a identificação oportuna e os registros de fatores de risco para morbidade/mortalidade das crianças, nas reuniões semanais, sendo responsabilidade do médico.

Objetivo 6. Promover a saúde da criança.

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

Monitoramento e avaliação



Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuários e fichas espelhos.

Detalhamento: Realizar vigilância dos registros das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha-espelho feitas, tanto pelo médico, enfermeira e outros integrantes da equipe, nas consultas de puericultura.

Eixo organização e gestão do serviço.

Definir o papel da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento: Orientar aos integrantes da equipe em consulta de puericultura, visitas domiciliares, visitas às escolas sobre a prevenção dos acidentes na infância. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Engajamento público

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade, na sala de espera da UBS, nos clubes de mães e todos os espaços possíveis sobre formas de prevenção de acidentes na infância, os responsáveis serão o médico e a enfermeira da ESF.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Instruir a todos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância, por faixa etária e suas formas de prevenção, ficando responsáveis o médico e os profissionais de enfermagem.

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre aleitamento materno.

Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

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

Detalhamento: Realizar um controle das atividades de educação em saúde sobre o tema, assim como as crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos por parte de toda a equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe devem conhecer a importância que tem o aleitamento materno para a mãe e a criança e assim fazer ações de promoção em cada procedimento de saúde que esteja realizando, responsabilizando-se o médico.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Orientar a mãe e sua família desde a consulta de pré-natal sobre os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o filho, para a saúde geral e também bucal. Usar todos os espaços possíveis para realizar palestras relacionadas com o tema. A responsável será a enfermeira.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Em reunião da equipe, capacitar os profissionais sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção da "pega". Orientar os possíveis problemas nas mamadas incorretas que se pode apresentar e como solucioná-los. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento

Detalhamento: Fazer um seguimento por parte da equipe do registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, revisar em cada consulta esse registro mês a mês.

#### Organização e gestão do serviço.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: durante as reuniões da equipe, determinar as ações a realizar por ACS, o médico e a enfermeira, para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

### Engajamento público

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

Detalhamento: Garantir às mães e suas redes de apoio à orientação nutricional do hábito de alimentares saudáveis às crianças e fortalecer a importância do aleitamento materno, definindo como responsáveis os técnicos de enfermagem e enfermeira.

### Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Oferecer informações a equipe que ajudem na capacitação deles para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com a faixa etária da criança. Planejar capacitações, na reunião da equipe, em temas como orientação nutricional específica para as crianças de zero a 72 meses, ficando responsável o médico.

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

### Monitoramento e avaliação

Monitorar as orientações sobre a higiene bucal.

Detalhamento: Fazer monitoramento pela enfermeira e a técnica de odontologia das atividades educativas coletivas realizadas na UBS, escolas, outros sítios na comunidade e fazer registros dessas atividades, sobre a higiene bucal.

### Organização e gestão do serviço.

Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries.

Detalhamento: aproveitar nas consultas de odontologia e na sala de espera odontológica para realizar palestras sobre a higiene bucal, a prevenção das cáries e sua etiologia, por parte da odontóloga e a técnica de odontologia. Na sala de espera geral, realizar palestras curtas as mães e crianças sobre a higiene bucal.

### Engajamento público

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre higiene bucal para crianças.

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade, nas creches por todos os membros da equipe sobre temas da higiene bucal, prevenção de cáries, a etiologia

das mesmas, assim como esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. A responsabilidade será da odontóloga.

#### Qualificação da prática clínica

Fazer a capacitação dos profissionais para orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de carie adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento: Planejar capacitações à equipe sobre a saúde bucal, etiologia e prevenção de carie segundo a faixa etária da criança, realizadas pelo odontólogo nas reuniões da equipe. Fazer, por parte da equipe, capacitações aos responsáveis pelo cuidado da criança na creche, nas casas, nos temas como prevenção de cárie e sua etiologia, assim como de higiene bucal, sendo responsabilidade da odontóloga.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção a saúde para 85% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no Programa de Saúde da criança da unidade de saúde.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso 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 2.4 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: 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 à área de abrangência

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no Programa 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 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com 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 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação 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 da Saúde da Criança vamos adotar o protocolo de Saúde da Criança-Caderno Atenção Básica nº 33, do ano 2012 - do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Utilizaremos, para coletar os dados, os prontuários e caderneta das crianças, livro de registro de vacinas, fichas-espelhos e as informações coletadas através dos ACS. Serão impressas as fichas-espelhos e fichas complementares que contêm avaliação odontológica para cada criança e desenvolvimento por faixa etária, as quais serão preenchidas na consulta clínica e odontológica para o acompanhamento mensal da intervenção. Os gastos da impressão foram realizados por nós. As fichas podem ser atualizadas por todos os membros da equipe. Assim, poderemos coletar todos os indicadores necessários



para o monitoramento da intervenção. Estimamos, com a intervenção, alcançar 85% das crianças.

Será organizada uma reunião com os ACS para orientar que façam uma listagem de todas as crianças que moram na sua área de zero até 72 meses, e esta informação a revisaremos no sistema. Também indicaremos as técnicas de enfermagem que fazem o acolhimento na UBS, assim como a enfermeira, a técnica de vacinação e todo o pessoal que trabalha na UBS, que, independentemente da criança ser atendida pelo médico, a equipe tem que ser informada para dar acompanhamento da criança, em caso de ter alguma situação aguda. As consultas serão agendadas semanalmente pelos ACS e é sua responsabilidade a notificação aos pais, assim como de reagendar no caso de ausência à consulta.

Para a organização do registro será necessário que a enfermeira da equipe, junto à técnica de enfermagem e a técnica de vacina, disponibilizem um dia para revisar o livro de vacina e transcrever cada vacina na ficha espelho; todos os ACS revisarão os prontuários e as cadernetas para ter acesso aos dados que necessitaremos para preencher as fichas-espelhos e poder monitorar as crianças com atraso nas consultas, alterações do crescimento e desenvolvimento, atraso nas vacinas, suplementação de ferro, triagem auditiva e teste de pezinho e na avaliação da saúde bucal. No atendimento odontológico das crianças a partir de seis meses, realizaremos uma negociação com o secretário da saúde, para que seja feito no mesmo dia da consulta médica. As consultas de puericultura serão nas terças-feiras, durante todo o dia. O resto da semana será disponibilizado para atendimento às crianças com doenças agudas e a recuperação das faltosas, além dos outros usuários e demanda espontânea.

Para o processo de capacitação contamos com uma sala de reunião com o equipamento necessário para estas atividades (computador, TV). As reuniões de coordenação serão feitas todas as quartas-feiras, depois do horário de atendimento. Entregaremos aos 17 ACS o material impresso, que será de nossa responsabilidade a impressão e os custos, e este material incluirá as ações mais importantes que competem a eles realizar. Em todos os computadores da unidade disponibilizaremos Caderno de Atenção Básica nº 33 de Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, 2012 (BRASIL, 2012).

A capacitação da equipe, para desenvolver as diferentes ações no atendimento às crianças, será responsabilidade da equipe. Nas visitas domiciliares

treinaremos os ACS quanto à prevenção de acidentes, orientações nutricionais, suplemento ferroso, aleitamento materno e a importância do acompanhamento regular. Na capacitação das ACS serão feitas todas as segundas-feiras a cada 15 dias, após da reunião que elas têm com o pessoal de enfermeira, para capacitá-los quanto às medidas antropométricas, principais sinais de alerta nas crianças, aleitamento materno e pega correta.

A equipe participará no acolhimento. Durante a consulta individual o resto das crianças e seus pais ficarão aguardando na sala de espera onde serão colocados balões e brinquedos. Em todos os encontros as promotoras do PIM debaterão com os agentes temas sobre o desenvolvimento segundo faixa etária, atividade que ajudará na preparação para um melhor trabalho na comunidade e com as famílias. A capacitação dos pais e/ou representantes terá diferentes modalidades podendo ser em palestras, conversas, intercâmbios, aulas vídeos, atividades prática e outras. Os recursos materiais para estas atividades serão disponibilizados pela secretária da saúde. As crianças faltosas à consulta serão informadas aos ACS, por telefone, para que realizem uma visita e marquem uma nova consulta.

Nas sextas à tarde, em reunião da equipe, faremos o resumo da semana e verificação do cumprimento do cronograma, analisaremos quantas crianças faltaram, quais problemas precisam intervenção na família, quais crianças precisam interconsultas com o pediatra ou outros especialistas. Planejaremos as atividades da próxima semana e monitoraremos o cumprimento dos objetivos e metas e a qualidade das ações desenvolvidas até esse momento.



Identificar as crianças com alto risco e priorizar seu atendimento.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião sobre o tema de crianças faltosas e a importância da recuperação das consultas para o acompanhamento delas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa das crianças faltosas pelos ACS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação dos prontuários e fichas-espelhos das crianças e monitoramento do cumprimento das ações.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consolidação dos dados para avaliação das ações, bem como dos indicadores.				x				x					x

### **3 Relatório da Intervenção**

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

A capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de saúde da criança foi uma ação que desenvolvida durante as semanas 1, 3, 5, 9 e 11. Essa tarefa foi cumprida integralmente onde contamos com a participação de cada um dos membros da equipe, assim como a capacitação permanente dos profissionais da equipe sobre as ações a serem realizadas em cada semana, também foi realizada durante todas as semanas e cumprida integralmente. Dentro das facilidades que podemos citar é que tínhamos a bibliografia e os protocolos em nossa unidade, os quais foram colocados em cada computador da unidade e cada membro tinha seus protocolos em suas mãos.

Na determinação do papel de cada profissional da saúde na implementação da ficha-espelho e pactuação dos registros foi necessário dar muita ênfase a alguns colegas para que entendessem o propósito do programa da saúde das crianças, no entanto com o trabalho no dia-a-dia cada um foi encontrando seu espaço determinado, podemos dizer que a ação foi cumprida integralmente.

A ação de cadastramento de todas as crianças entre 0-72 meses foi cumprida integralmente pela equipe, as ACS foram aquelas que realizaram o trabalho mais importante e contínuo participando diretamente durante toda a intervenção.

No atendimento odontológico e registros dos dados das crianças de 6-72 meses poderíamos falar que foi cumprida parcialmente já que ainda faltam crianças a serem avaliadas nesta consulta, já que não foi possível todas as crianças no tempo previsto para desenvolver a intervenção. Os motivos foram vários, entre eles citamos que a nossa equipe número 2, atende as áreas rurais e ali é muito difícil realizar qualquer procedimento odontológico necessário. Outro motivo foi que só

ficamos com uma odontóloga em toda a UBS após começar o trabalho já que a outra odontóloga saiu de licença por estar grávida.

Na identificação das crianças com alto risco, consideramos que foi desenvolvida parcialmente, para isso nos baseásemos no fato que nem todas as crianças forem atendidas, e dizer que faltou um considerável número de crianças por serem atendidas, devido que as 12 semanas não foram suficientes para consultar todas as crianças. As crianças que tiverem algum risco foram atendidas e encaminhadas para a especialidade correspondente.

A reunião sobre o tema de crianças faltosas e a recuperação das consultas, assim como a busca ativa das crianças faltosas, podemos dizer que cumprimos integralmente, já que as reuniões foram realizadas, não foram identificadas crianças faltosas, as ACS realizaram as visitas, e as crianças assistiram as consultas usando o transporte da secretaria de educação, mas só para que assistissem uma vez à consulta agendada; além disso, nunca tivemos transporte para a recuperação das consultas. O secretário da saúde do município falava que não tinha como resolver essa situação.

Em relação à avaliação dos prontuários, as fichas-espelhos e o monitoramento do cumprimento das ações, temos que falar que foram cumpridas integralmente, com boa qualidade o preenchimento das mesmas. A facilidade no cumprimento esteve nas reuniões semanais que realizávamos com a equipe.

Na consolidação dos dados para avaliação das ações, assim como os indicadores foram cumpridos integralmente, em nossa opinião, já que nos informamos ao final de cada semana sobre todas as informações requeridas nas mesmas, mas nunca tivemos retorno de que as informações ou o preenchimento dos documentos estivessem errados.

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas. Dentro das dificuldades temos que a equipe não se incorporou no início, mas logo depois devagar foi engrenando. No entanto devemos dizer que houve alguns profissionais, como o pediatra, e o outro médico da UBS que não se incorporaram, assim como o resto do ESF 1 não se envolvem na implementação do projeto.

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

Nas dificuldades encontradas neste aspecto, podemos dizer que em relação ao cálculo dos indicadores fomos orientados para que as informações fossem enviadas cada semana em uma planilha diferente e depois já quase ao final, nos falaram que devemos enviar as informações na mesma planilha. Ademais, posso dizer que tive 2 orientadores, um durante quase toda a intervenção e outro ao final.

Em geral a coleta e sistematização dos dados mediante as planilhas fornecidas pela UFPEL desenvolveu-se de forma regular e bem organizados.

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

Achamo-nos firmemente que o projeto pode ser implantado como rotina na UBS, mas existem aspectos que devem ser melhorados como a incorporação de todos os profissionais médicos que trabalham na UBS, diga-se pediatra, médico geral e odontólogos e não exclusivamente do pessoal do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Outro aspecto a ser melhorado é quanto ao transporte para o traslado das crianças que moram no interior do município para que possam assistir as consultas agendadas, ou até mesmo para recuperar as consultas na busca ativa das crianças faltosas, se for necessário. Agora existem as condições e a experiência na organização dos serviços para que possamos incorporar as ações à rotina do trabalho da ESF e melhorar outros programas.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Para a realização da intervenção na linha programática da saúde da criança, o denominador escolhido foi a planilha de coleta de dados que forem 165 crianças, na faixa etária de zero a 72 meses, pertencentes a nossa ESF2, a qual atende especificamente a população rural, já que o ESF 1 não participa na realização do projeto.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças, entre zero e 72 meses, pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1: Proporção de criança entre 0-72 meses inscritas no programa de saúde da criança da Unidade Básica de Saúde.

Quando olhamos a figura 1 o indicador de cobertura foi crescendo na medida em que evoluía a intervenção. No entanto não pudemos atingir a percentagem planejada no início. No primeiro mês foram acompanhadas 24 crianças, o que representa 14,5%; no segundo mês 54, o que equivale a 32,7%; e, no terceiro mês, 81 crianças, correspondendo 49,1%. Os resultados não foram muito bons para 12 semanas. Dentro das dificuldades temos a pouca incorporação das crianças ao programa já no início, já que as mães levam as crianças a consultas com médicos privados e com o pediatra da UBS, e esses dados não são repassados para o programa. Outro fator a ser destacado, nesta região, é a migração de pessoas da Argentina para o Brasil e vice-versa, e com isso muitas crianças ficam sem consultas programadas.

Um outro fator importante que influenciou nos resultados foi na busca das crianças faltosas, o qual não pôde ser desenvolvido já que a secretaria de saúde



não disponibilizou transporte para realizar esta atividade. Outro elemento a destacar aqui é que no início os membros da equipe e da UBS em geral não acolheram o projeto e eles só olhavam como uma tarefa minha em particular. No entanto, mesmo sendo baixa a porcentagem de crianças inscritas no projeto, marcou um passo importante na atenção a saúde das crianças, visto que não havia nenhum programa atuante na UBS, sendo um programa que continuará atendendo crianças de forma integral.

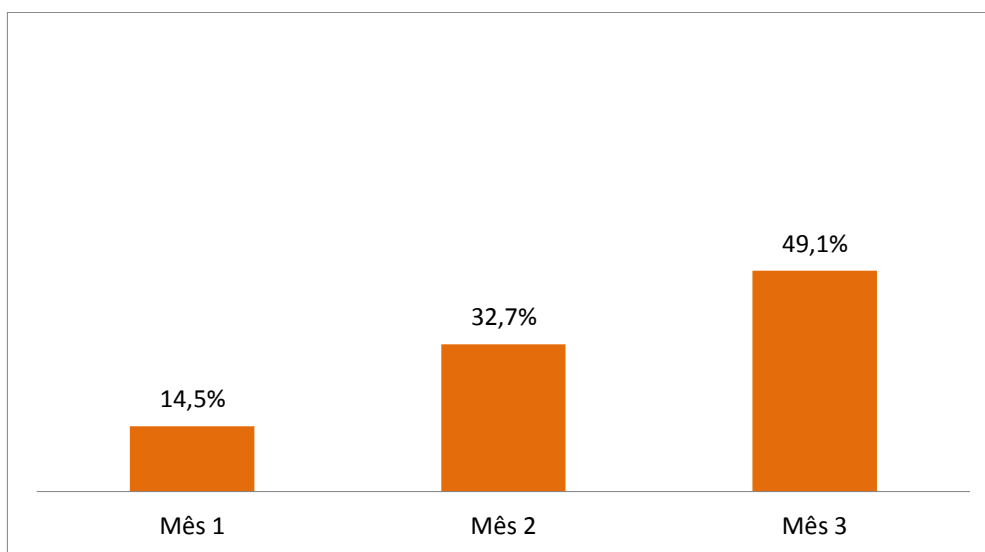


Figura 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Das 81 crianças cadastradas, 72 foram avaliadas com a primeira consulta na primeira semana de vida, atingindo um percentual de 88,9%, considerado muito bom. O indicador foi melhorando na medida em que se passavam as semanas. No mês 1 foram 21 crianças (87,5%) e no mês 2 foram 46 crianças (85,2%) (Figura 2). Neste aspecto devemos dizer que existiu um trabalho forte e organizado, no sentido de que as crianças que nascem são captadas na UBS e realizada a primeira consulta, embora por médicos privados ou pediatras.

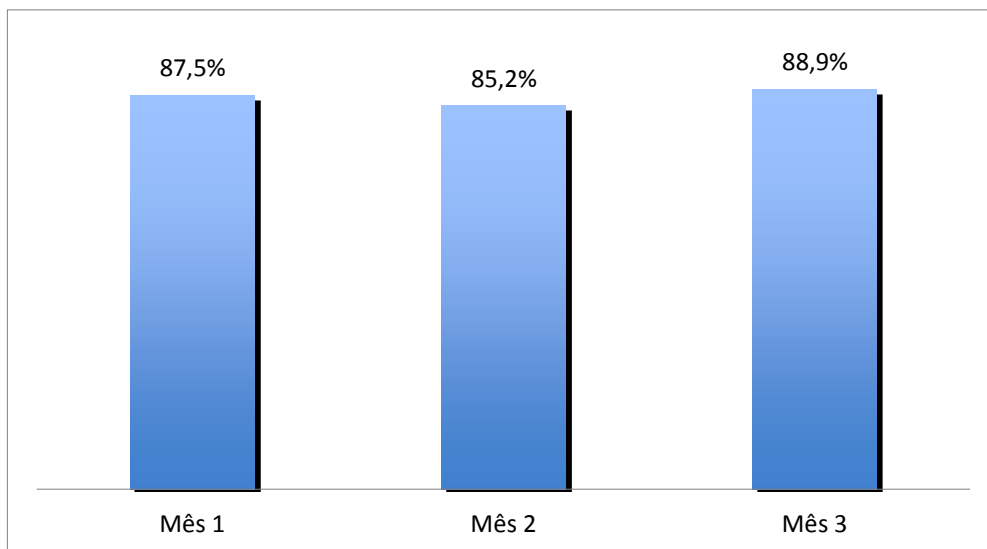


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Durante a intervenção, o indicador de proporção de crianças com monitoramento de crescimento terminou em 88,9% (72 crianças). No mês 1 foram 15 crianças (62,5%) e no mês 2 foram 31 crianças (57,4%) (Figura 3). Nesta ação não havia sistematicidade nas consultas. As mães só procuravam a unidade de saúde quando precisavam vacinar ou quando as crianças ficavam doentes. Aqui também influenciou o trabalho desenvolvido pelo pediatra, uma vez que nós não tivemos acesso aos dados de suas consultas.

Em todas as consultas foram verificadas as medidas antropométricas de crescimento. Foi ensinado às mães a leitura da curva de peso e seu significado.

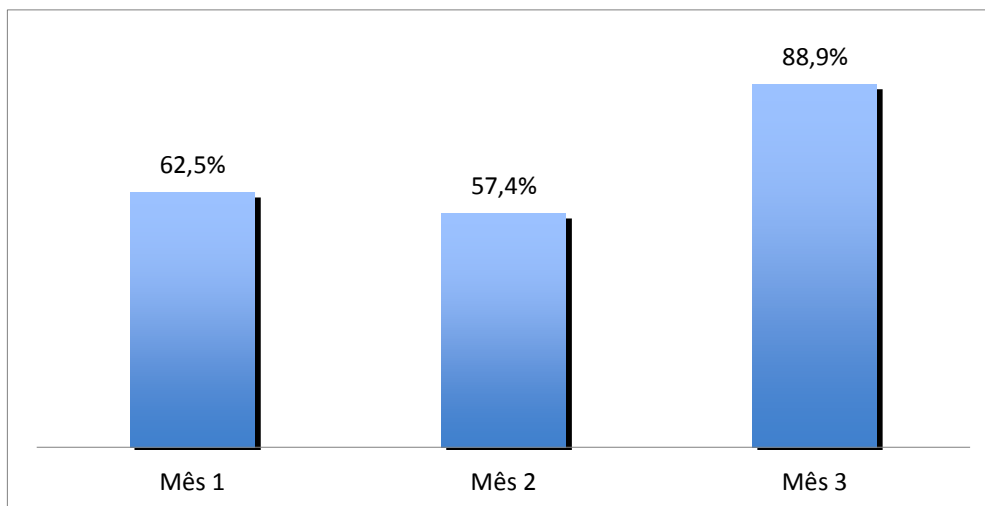


Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado

No desenvolvimento da intervenção não tivemos crianças com déficit de peso em nenhum dos 3 meses.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Em relação ao excesso de peso, foram diagnosticadas no total 6 crianças, uma no primeiro mês, 4 no segundo mês e 2 no terceiro mês. Todas elas foram monitoradas correspondendo a 100% nos 3 meses, ficando registrado em seus prontuários e fichas-espelho. Foi indicado acompanhamento pela nutricionista e pelo pediatra. Realizou-se revisão dos registros pela equipe na UBS e nas visitas domiciliares. Também foram realizadas orientações sobre alimentação saudável com as famílias.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Foram monitoradas no total 69 crianças, o que representa 85,2%, quanto ao monitoramento do desenvolvimento. No mês 1 foram 15 crianças (62,5%) e no mês 2, 29 crianças (53,7%) (Figura 4). Durante a intervenção não encontramos crianças com atraso no desenvolvimento, porém antes da implantação deste programa não se tem registros quanto ao monitoramento do desenvolvimento destas crianças, ficando assim prejudicada a avaliação de algumas crianças.

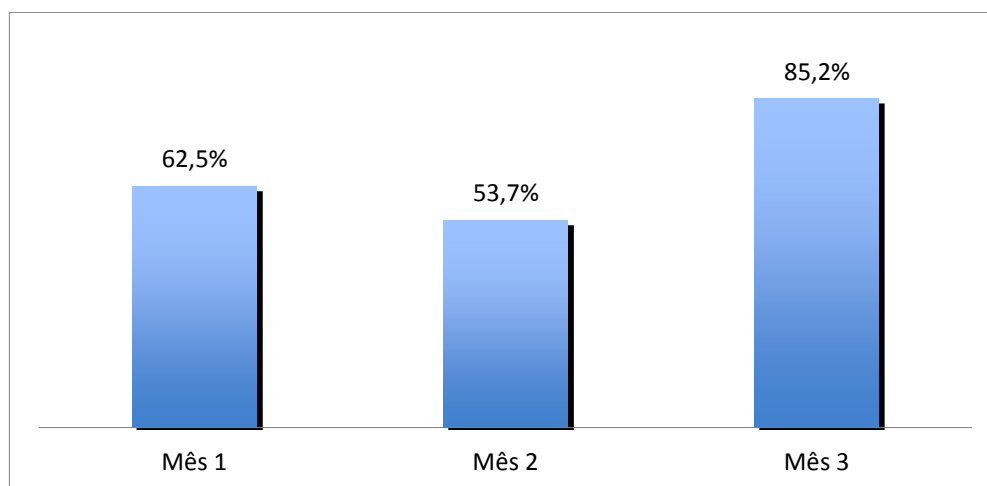


Figura 4. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

As 81 crianças que acompanhamos na intervenção estão com vacinas em dia, constituindo 100%. No mês 1 tivemos 24 (100%) e no mês 2, 54 (100%). O cumprimento deste indicador é bem fiscalizado pela técnica de enfermagem, encarregada desta atividade na UBS.

As crianças vacinadas saem da UBS com a data programada para a próxima vacina e, em conjunto com os ACS é garantida a assistência na data indicada.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Neste indicador as 22 crianças consultadas entre 6-24 meses receberam suplementação de ferro, o que representa 100% para a intervenção. No mês 1, 5 crianças receberam (71,4%) e no mês 2 foram 13 crianças (92,9%) (Figura 5). Nos encontros com os pais reforçamos a importância da suplementação de ferro durante estes meses. O sulfato de ferro esteve sempre presente na farmácia da unidade.

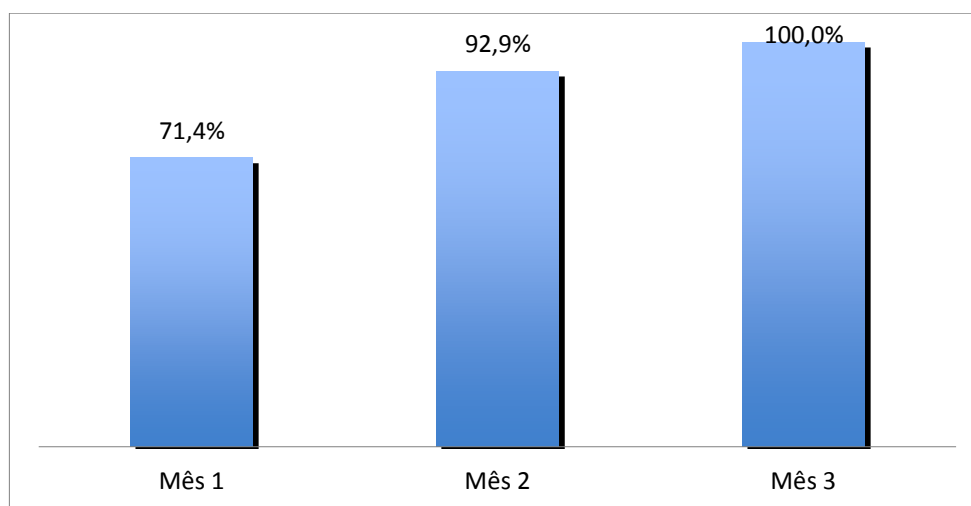


Figura 5. Proporção de crianças de 6-24 meses com suplementação de ferro.

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

A triagem auditiva foi realizada em 79 crianças, o que representa 97,5%, o que é um resultado satisfatório. No mês 1 foram 21 crianças (87,5%) e no mês 2 foram 47 crianças (87%) (Figura 6). No entanto algumas crianças não compareceram à consulta de triagem auditiva devido a vários fatores que interferiram de forma negativa e fizeram com que este indicador não fosse atingido com um percentual máximo. A triagem auditiva é um exame que começou a ser realizado com a implantação do programa do SUS em nossa UBS, em janeiro de 2011. Dentre as crianças que nasceram antes desta data, muitas não foram submetidas ao teste, também muitas mães, antes do projeto, não foram informadas adequadamente sobre este exame devido à irregularidade das consultas na unidade, e não sabiam onde fazer o teste, nem foram orientadas por ninguém.

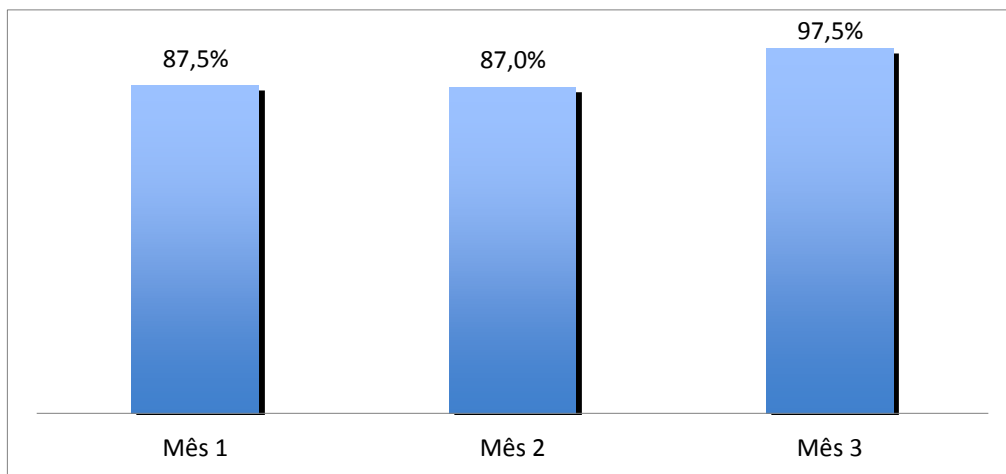


Figura 6. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

O teste do pezinho na primeira semana de vida atingiu no primeiro mês 91,7% das crianças (22), no segundo mês 96,3% (52) e no terceiro mês 97,5% (79) (Figura 7).

O teste do pezinho é realizado na UBS e registrado pelas enfermeiras, mas quando é realizado no hospital ou em outro serviço de saúde é solicitado à mãe trazer o resultado para o atendimento na UBS, ou os ACS coletam a informação durante as visitas domiciliares, porém em alguns casos esse resultado não é informado para que seja registrado.

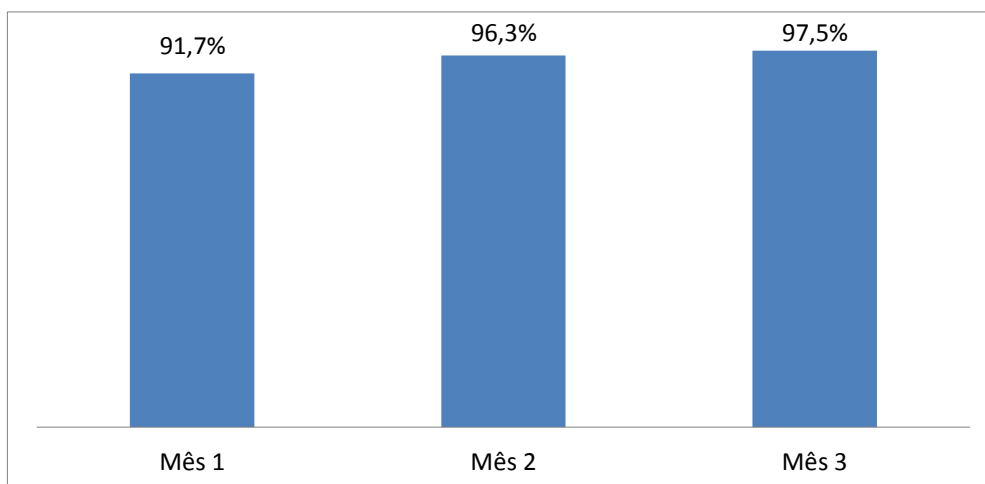


Figura 7. Proporção de crianças com teste de pezinho realizado até 7 dias de vida.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, podemos dizer que no mês 2 houve uma diminuição no percentual. No primeiro mês da intervenção alcançamos 54,5% (12), no segundo mês 33,3% (17) e no terceiro mês 41,3% (31) (Figura 8).

Neste aspecto devemos comentar que cometemos um erro na interpretação desse indicador já que pensávamos que a avaliação de necessidade de atendimento odontológico deveria ser feita antes de realizar a nossa primeira consulta, através dos dados que existiam antes da intervenção. Por isso os resultados não foram bons, pois não existiam dados anteriores e geralmente as mães levavam os filhos ao odontólogo quando tinham alguma doença. Após as orientações da orientadora, estamos fazendo o preenchimento da planilha de coleta de dados, avaliando a necessidade odontológica desde a primeira consulta após os 6 meses de idade.

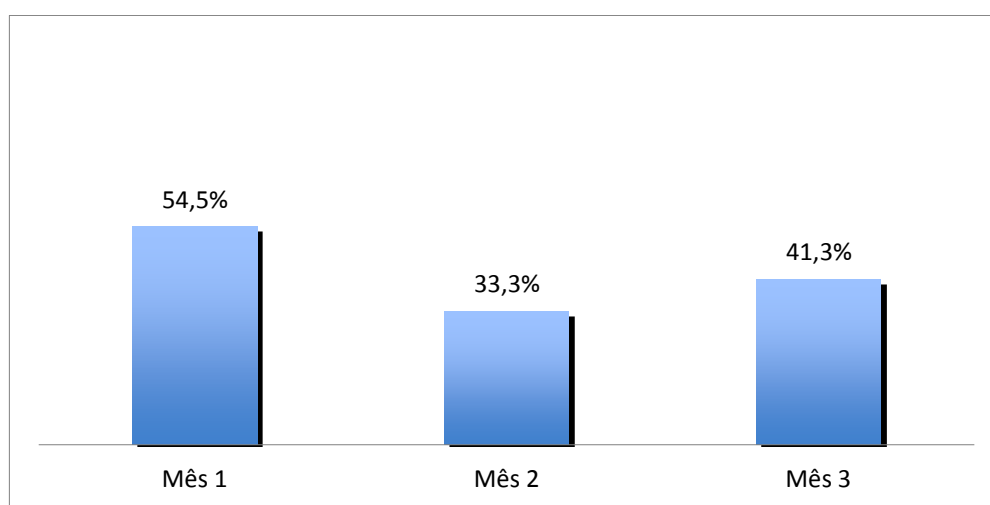


Figura 8. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Do total de 75 crianças, na faixa etária de 6 a 72 meses, todas realizaram a primeira consulta odontológica, representando 100%.

Na realização desta tarefa estiveram presentes fatores negativos, como exemplo a maioria das crianças nunca receberam avaliação odontológica ou não tinham registro da mesma. Conseguimos atingir 100% desta meta com o trabalho conjunto com a odontóloga. Com muita perseverança, por parte das mães, conseguimos avaliar as crianças no mesmo dia da consulta clínica para evitar que elas tivessem que voltar outro dia e também para evitar as faltas. No mês 1 foram 11 crianças (50%), no mês 2 foram 50 crianças (98%) e no mês 3, 75 crianças (100%) (Figura 9).

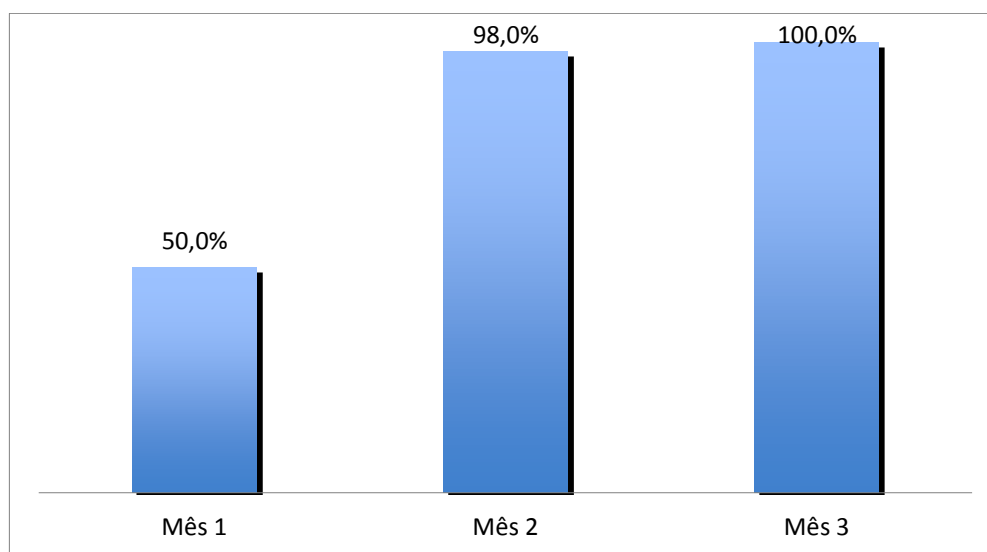


Figura 9. Proporção de criança de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da criança

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

Indicador 3.1: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.



Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos crianças faltosas das 81 crianças atendidas.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

No registro atualizado da ficha-espelho tivemos no primeiro mês 91,3% (22), no segundo mês 83,3% (45) e no terceiro mês 96,3% (78) (Figura 10). Existem várias crianças que não têm alguns documentos, como o teste vermelho do olho, a manobra de Ortelani, e outros que não tinham a data da realização. A tarefa de coletar todos os dados foi difícil.

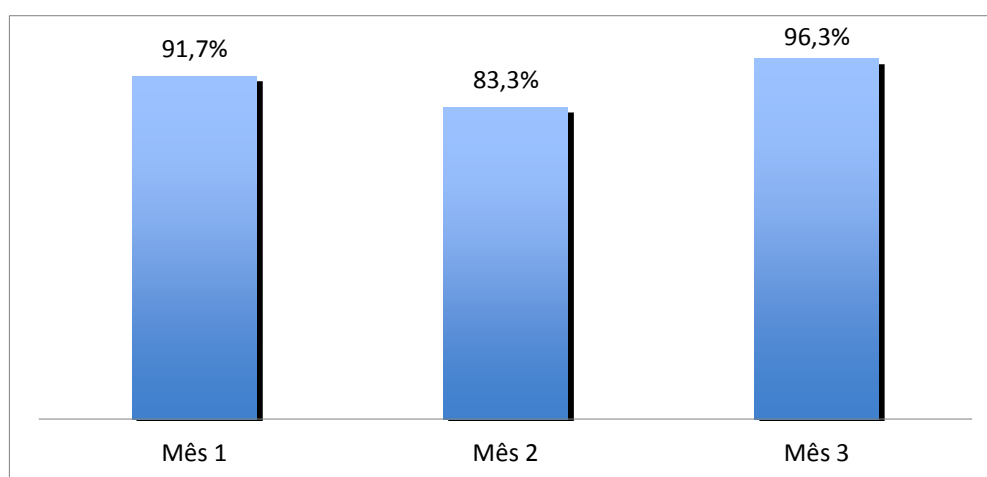


Figura 10. Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Realizou-se avaliação de risco em 100% das 81 crianças acompanhadas nas 12 semanas da intervenção. Foram 24 no mês 1, 54 no mês 2 e 81 no mês 3, correspondendo a 100% em todos os meses.

Durante a avaliação realizada nas consultas de puericultura foram identificados alguns fatores de risco para as crianças, como crianças com excesso

de peso, problemas socioeconômicos nas famílias e crianças nascidas com menos de 37 semanas. Mas devemos falar que os riscos encontrados não representam gravidade para a saúde das crianças. Estas crianças são acompanhadas na UBS segundo o protocolo de saúde da criança para as crianças com risco e encaminhadas à avaliação do pediatra, assim como outras especialidades pediátricas, quando necessário.

Objetivo 6 - Promover a saúde da criança.

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

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

Neste aspecto da prevenção de acidentes as mães das 81 crianças cadastradas no projeto receberam orientações. Foram 24 crianças no mês 1 (100%), 54 no mês 2 (100%) e 81 no mês 3 (100%).

Os acidentes na infância por sua importância foi tema debatido em todos os encontros com os grupos das mães e crianças enquanto esperavam para as consultas, entre outros, foram os temas tratados nas conversas.

Objetivo 6 - Promover a saúde da criança.

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

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

Nesta meta a porcentagem foi ascendendo de 91,7% para 96,3% e 97,5% no terceiro mês, alcançando o máximo de 97,5%. No mês 1, 22 crianças foram colocadas para mamar (91,7%), no mês 2, 52 (96,3%) e no mês 3 foram 79 crianças (97,5%) (Figura 11). A maioria das crianças mamaram até os 3 meses de idade. A meta não foi atingida em 100% devido a que houve 2 crianças que não foram colocadas a mamar, uma porque a mãe não lembra se tinha colocado ou não e não existe registro no prontuário sobre esta informação, e a outra criança que saiu com aleitamento artificial desde o hospital de maternidade.

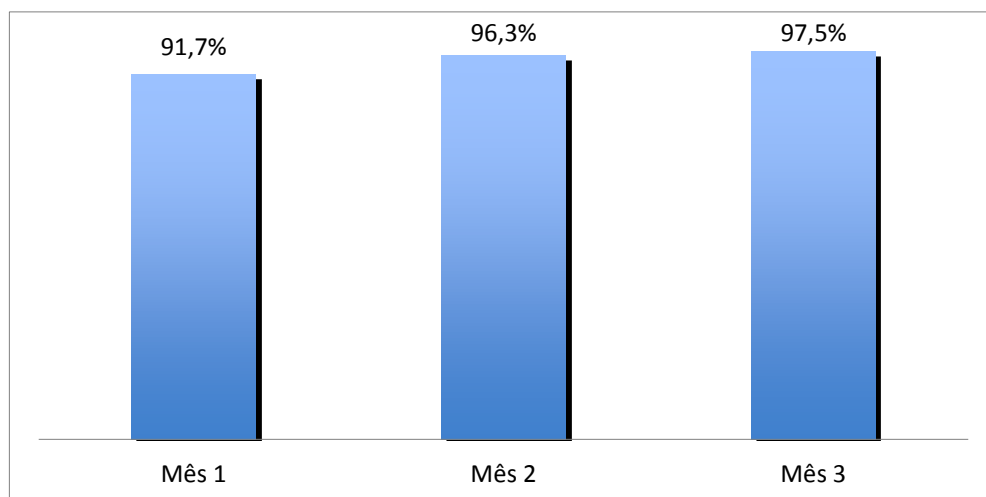


Figura 11. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Objetivo 6 - Promover a saúde da criança.

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

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

Todas as mães das 81 crianças receberam orientações nutricionais durante a intervenção nas 12 semanas, sendo a meta atingida em 100%. Foram 24 crianças no mês 1 (100%), 54 no mês 2 (100%) e 81 no mês 3 (100%).

Estas orientações foram fornecidas nas consultas de puericultura, nas atividades em grupo com as mães e nas comunidades com a participação da equipe. Estas orientações estiveram fundamentadas na alimentação saudável, dando ênfase ao aleitamento materno, a introdução de outros alimentos depois dos seis meses, cumprir o esquema de incorporação dos alimentos segundo a idade da criança, cumprindo com as normas de higiene na elaboração de alimentos.

Objetivo 6 - Promover a saúde da criança.

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de carie.

O cumprimento referente a esta meta foi de 100% em todos os meses. Foram 24 crianças no mês 1 (100%), 54 no mês 2 (100%) e 81 no mês 3 (100%). A atividade foi desenvolvida durante as consultas de puericultura e odontologia.

## **4.2 Discussão**

A intervenção sobre a saúde da criança realizada em nossa UBS permitiu ampliar e aumentar o número de consultas de puericultura, com isso aumentando a cobertura de crianças para 49,1% e assim conseguindo acompanhamento das crianças com a periodicidade segundo protocolo do MS, o que não acontecia anteriormente. Essa ação melhorou a qualidade do atendimento à criança, com destaque ao monitoramento do crescimento de 88,9% e desenvolvimento com 85,2% das crianças cadastradas, bem como o registro atualizado da informação com 96,3%. As consultas odontológicas das crianças aumentaram e os controles dos registros das atividades passaram a ser feitos de forma regular. A promoção à saúde das crianças foi melhorada, realizando orientações importantes e atividades educativas com elas e suas famílias, sendo as atividades nas comunidades, fator importante para o engajamento deste programa

Mediante à intervenção, conseguimos capacitar a equipe conforme protocolo do MS quanto à saúde das crianças, aportando novas informações para a equipe sobre temas relacionados com a de saúde das crianças. Com esse programa o serviço para a população de crianças na faixa etária de zero até 72 meses teve um grande avanço, através da organização e distribuição das atividades e um planejamento bem feito. A qualidade nos atendimentos teve uma melhora significativa, pois permitiu a avaliação em diferentes aspectos relacionados com a saúde das crianças e o acompanhamento de uma forma mais integral, uma vez que isso não acontecia antes da intervenção. Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe na unidade de saúde e a isto soma-se a incorporação do trabalho do pediatra. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas, resultando em um maior número de atendimentos aos usuários na demanda espontânea e priorizando os casos de demanda aguda, que são as urgências médicas. Isso proporcionou a satisfação da população que necessita desses serviços.

No interior do nosso município as comunidades abraçaram o projeto aceitando-o, no entanto houve dificuldades com algumas famílias que não trouxeram seus filhos nas consultas por problemas de transporte. Antes de iniciar o programa as crianças dessas comunidades não tinha acompanhamento sistematizado de saúde. Durante as atividades realizadas com as crianças muitas pessoas da comunidade, pais e responsáveis expressaram sua gratidão pelo trabalho executado. Para a equipe foi muito gratificante escutar essas palavras de reconhecimento, pois reforça o compromisso de manter esse trabalho assim como melhorou o funcionamento da UBS e a equipe apoderou de conhecimentos e formas de trabalhar novas para o benefício de todos.

Para a comunidade representou um avanço na atenção de sua saúde, principalmente para as famílias que têm crianças nas idades compreendidas na intervenção, já que anteriormente não exista este tipo de atenção e para o resto da comunidade em geral melhorou sua atenção, em quanto na qualidade. Houve diminuição do tempo de espera, porque o programa foi desenvolvido no mesmo dia todas as semanas. E a comunidade acolheu a intervenção como um grande entusiasmo.

Se fosse realizar de novo a intervenção, a primeira coisa que faria seria convencer a equipe, o resto dos membros da UBS e fundamentalmente o gestor sobre a importância de ter as populações de cada equipe divididas na prática, de forma de ter um melhor controle das crianças por parte de cada equipe. Também falaríamos com as autoridades municipais, incluindo o gestor na necessidade de ter um transporte para realização desta atividade e outras que possam ajudar no melhor atendimento da população.

Para que esta ação programática se mantenha na rotina do serviço é importante que os gestores e a Secretaria de Saúde apoiem as ações, garantam os recursos, discutam com a equipe as novas decisões e apoiem as novas iniciativas que nutrem a atividade em equipe. No âmbito da ESF deveríamos olhar a intervenção não como um trabalho isolado, como algo particular do médico do PMMB, mas sim como de toda a UBS, também é preciso continuar com a capacitação, com as discussões em equipe e dar uma atenção aos ACS pelo trabalho que fazem já que eles são a ponte da cadeia do SUS, mais perto das famílias.

Neste aspecto, devemos destacar que o programa da saúde da criança desenvolvido acontece ainda com muitas dificuldades, mas se tivéssemos que escolher outra ação para desenvolvermos seria a mesma, ainda com a presença de um pediatra na UBS, escolheria o programa das crianças dando maior importância ao binômio mãe-criança, trabalhando mais com famílias, como núcleo fundamental da sociedade e onde pode-se desenvolver hábitos e costumes de saúde com maior força e duração no tempo das pessoas e onde todos aprendamos juntos na prática.

Mantendo a ação como rotina do trabalho da equipe, melhorando os registros, mantendo o nível de cobertura e a qualidade do atendimento, sistematizando seu monitoramento e contagiando com nosso espírito e otimismo aos demais profissionais da saúde, acredito que estamos em condições de estender o projeto para outras equipes de saúde e para outros projetos de trabalho, como por exemplo a atenção as grávidas, pela importância que representa para o município. Temos como fortaleza, para a incorporação deste projeto a rotina da UBS, onde contamos com duas equipes com vontade de trabalhar e tem em sua estrutura dois médicos, um do programa Mais Médicos com uma ótica em medicina preventiva e uma visão da comunidade, e outro médico de formação mais tradicional e ainda a presença de um pediatra contratado por concurso pela secretaria.

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

Prezados gestores, meu nome é Osmar Young Ramos, sou médico cubano do PMMB, na especialidade de medicina comunitária da UBS-ESF 2, de Cândido Godói-RS. Foi feita a proposta ao gestor da UBS de Cândido Godói do projeto de intervenção na linha programática da saúde da criança. Este projeto teve como objetivo geral melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses da área de abrangência. A intervenção é parte do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL e passaria a fazer parte da rotina de trabalho da UBS.

Fomos orientados pela universidade para realizar uma análise situacional da UBS antes do início da intervenção, trabalho que permitiu uma avaliação da estrutura da UBS e seu funcionamento como ESF. A saúde da criança foi a ação programática escolhida porque ela não tinha a sistematicidade exigida pelo protocolo do MS, e as crianças só eram atendidas na consulta do dia a dia, e mesmo a equipe de saúde estando incompleta, precisava aperfeiçoar seu funcionamento. Para a elaboração do projeto foi de muita importância o trabalho da equipe. Depois de concluído o projeto foi apresentado e discutido com o gestor de saúde do município, contando com sua aprovação e apoio.

Sendo aprovado o projeto pela universidade começamos a desenvolver a intervenção. Durante o desenvolvimento do programa registramos, no diário, todas as atividades realizadas, foi fotografado cada momento, anotando cada detalhe que faltava em cada atividade, buscando informações necessárias a UBS, e também com as mães, para melhorar os registros. A sala de espera transformou-se em um barulho agradável nos dias de consultas das crianças, também serviu de lugar para promoção de saúde com pequenos grupos de pais. Momentos maravilhosos que

vivemos nas comunidades brincando e aprendendo junto com os pais, crianças e equipe de saúde. Precisávamos do apoio de muitas pessoas para cumprir todas as ações.

A intervenção na saúde da criança realizada permitiu ampliar a cobertura, o cadastramento das crianças, e um aumento considerável no número de consultas de puericultura, conseguindo o acompanhamento das crianças com a periodicidade segundo protocolo do MS. Essa ação melhorou a qualidade do atendimento à criança, com destaque ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento delas, bem como o registro adequado da informação. As consultas odontológicas das crianças aumentaram, e os controles dos registros das atividades passaram a ser feitos de forma regular. Melhorou-se a promoção de saúde das crianças, realizando orientações importantes e atividades educativas com elas e suas famílias, sendo as atividades nas comunidades, fator importante para o engajamento deste programa.

Com a intervenção, conseguimos capacitar à equipe conforme protocolo do MS quanto à saúde das crianças, aportando novas informações e conhecimentos para a equipe relacionados com esta ação programática. A equipe trabalhou de forma unida, com o propósito de obter melhores resultados nos objetivos que nos propusemos. Permitiu a análise dos problemas da unidade básica, desde sua estrutura até seu funcionamento.

Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe na unidade de saúde, com a consulta da saúde das crianças reorganizamos o funcionamento da unidade, o fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas, resultando em um maior número de atendimentos aos usuários e priorizando as de afecções agudas descompensadas, e as urgências médicas. Isso proporcionou a satisfação da população que necessita desses serviços.

Dentro dos resultados obtidos, temos o que nos propusemos, uma meta de cobertura de atenção de 85% e cadastramos 81 crianças, o equivalente a 49,1%, resultado que ainda não é muito bom, mas é o começo e não podemos comparar porque não existem na UBS registros de atividade similar, e pela primeira vez as crianças tiveram um acompanhamento segundo o protocolo do MS. Em relação à consulta na primeira semana de vida e à proporção de crianças com monitoramento do crescimento obtemos 88,9%, resultado considerado bom, sabendo que não tínhamos dados anteriores. Só tivemos 2 crianças com excesso de peso e ambas



tiveram monitoramento do desenvolvimento. Em quanto à vacinação das crianças atingiu 100%, assim como a suplementação de ferro. As crianças com a primeira consulta odontológica, as crianças com avaliação de risco, crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, a proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie foi de um 100%. A triagem auditiva e o teste do pezinho cobriram 97,5% das crianças. As crianças com monitoramento do desenvolvimento foi de 85,2%, e 96,3% das crianças tiveram registro atualizado; com relação ao número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta foi de 97,5%. Já na proporção de crianças entre 6-72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 18,7%, indicador muito baixo devido a não existência desse tipo de consultas antes da intervenção e as mães só levavam as crianças quando tinham algum problema.

Devemos destacar que durante a intervenção não tivemos crianças com déficit de peso e crianças faltosas na consulta. Para que este trabalho se mantenha na rotina do serviço é importante que os gestores e a Secretaria de Saúde apoiem as ações, garantam os recursos, discutam com a equipe as novas decisões, respeitem as atividades programadas e apoiem as novas iniciativas que nutrem a atividade em equipe. É preciso continuar com a capacitação, com as discussões em equipe e dar atenção especializada aos ACS pelo trabalho que fazem no dia a dia e por ser a ponte da cadeia do SUS, mais perto das famílias.

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

Prezados usuários, meu nome é Osmar Young Ramos, Médico cubano do PMMB, na especialidade de medicina da comunidade, trabalho no UBS, do município Cândido Godói, RS, o trabalho ocorreu no município de Cândido Godói em março de 2014, como parte do PMMB. Sou o médico da ESF 2 da UBS. Ao início dos encontros nas comunidades me chamou a atenção o fato de que não existia trabalho comunitário com as crianças. No trabalho do dia a dia na UBS também percebi que as crianças só frequentavam a unidade para vacinação ou teste do pezinho e quando estavam doentes, e não tínhamos pediatra. Foi contratado um pediatra, após vários meses nós já estamos trabalhando na UBS. No entanto faltava muito trabalho, realmente não existia a consulta de puericultura.

Como antes mencionado, com uma avaliação do funcionamento e a análise situacional da UBS, foi analisado o projeto de intervenção e discutido na UBS com a equipe e com o secretário de saúde, e apresentada a proposta à comunidade. Utilizamos todos os espaços para apresentar este projeto, como encontros da terceira idade, grupos de hipertensos e diabéticos, visto que tais usuários têm filhos e netos que fazem parte da nossa população alvo, facilitando assim a divulgação e a incorporação ao programa, e também nas próprias famílias que a equipe visitava. Também foi divulgada pela rádio local. Este projeto começou no mês de setembro logo após ser aprovado pela universidade.

Mediante a intervenção conseguimos capacitar a equipe, segundo o protocolo do MS. Foram também avaliados os problemas das famílias da área de abrangência e pela primeira vez a equipe está funcionando como equipe propriamente dita, com a troca de opiniões e de experiências conseguimos engajar a equipe.

Agendaram-se consultas de puericultura, nas segundas-feiras de manhã, junto com a consulta de odontologia. Mantemos nos restantes dos dias as portas

abertas para atendimentos de demanda espontânea e recuperação de consultas de crianças faltosas. Visitamos todas as comunidades do interior do município. Temos na área de abrangência 165 crianças, delas 81 foram cadastradas no programa conseguindo 49,1%, ficando 84 crianças que não foram cadastradas. Devemos dizer que trabalhamos com a população de crianças de nosso ESF, que pertence à área rural, por ser a mais distante da UBS e por orientações do secretário da saúde e da equipe no referente na UBS não tem o recurso humano necessário para avaliar todas as crianças.

Com esse programa os serviços para a população de crianças na faixa etária de zero até 72 meses tiveram um grande avanço, através da organização e distribuição das atividades e um planejamento bem feito. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas e a qualidade nos atendimentos teve uma melhoria significativa, pois permitiu a avaliação de diferentes aspectos relacionados com a saúde das crianças e o acompanhamento de uma forma mais integral, uma vez que isso não acontecia antes da intervenção. Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe na unidade de saúde.

Para a concretização deste programa, a comunidade teve um papel fundamental, pois foi preciso contar com sua participação efetiva na realização das tarefas. No interior do nosso município as comunidades não só abraçaram o projeto aceitando-o, como também realizaram ações que foram de suma importância para alcançarmos êxito. Antes de iniciar o programa, as crianças dessas comunidades não tinham acompanhamento de saúde. Além disso, as próprias famílias ajudaram a encontrar mais crianças para sua incorporação no programa. No transcurso das atividades realizadas com as crianças, muitas pessoas da comunidade, pais e responsáveis, expressaram sua gratidão pelo trabalho executado. Para a equipe, foi muito gratificante escutar essas palavras de reconhecimento, pois reforça o compromisso de trabalho para manter esse trabalho.

Se tivesse que eleger uma linha programática, minha escolha seria a saúde da criança e se tivesse a oportunidade de começar novamente este projeto eu faria meu trabalho, aceitando as diferenças que pode ter cada indivíduo, orientando as mães, pais e representantes sobre a importância do desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida e dando maior valor às capacidades humanas a partir do amor. Incorporaria novas formas de aprendizagem onde todos aprendem juntos na

prática. Faria valorizar a família, como núcleo de desenvolvimento de hábitos e costumes e como núcleo de desenvolvimento da sociedade em geral, e com isso obter uma melhor saúde nas crianças.

Outro aspecto importante foi conseguir o engajamento das comunidades do interior do município no projeto, ainda com dificuldades no transporte das mães e as crianças e o melhoramento na resposta ao atendimento em geral dos usuários. A intervenção foi incorporada à rotina da UBS, com a participação e o entusiasmo de todos os demais profissionais, e continuamos contando com a participação da comunidade, que manifesta sua gratidão.

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

A realização do projeto de intervenção orientado pela UFPEL foi um grande desafio. Primeiro pela língua portuguesa, ainda com o treinamento realizado e, a conjugação verbal e a gramática ainda são difíceis para mim, e, segundo, pela forma que seria feito o curso de especialização em saúde da família, a distância (através de Ambiente Virtual (AV)). Para mim era uma novidade fazer um curso online, pois sempre preferi o contato pessoal. Eu acredito que além das vantagens que tem a educação à distância pela magnitude e alcance que tem hoje a internet assim como o número de pessoas que podem ser incluídas ao mesmo tempo, e pela velocidade na comunicação, também acredito que a comunicação e a inter-relação pessoal entre os alunos e os professores são muito importantes.

No início eu tinha a sensação que o trabalho não adiantava, às vezes ficava muito preocupado com as correções de minhas orientadoras, mas com o desenvolvimento do curso e com a ajuda recebida pela própria orientadora e também dos colegas de trabalho, que me apoiaram, fui encontrando resposta às minhas dúvidas. O curso foi meu guia para o trabalho já que venho de outro país com diferente estrutura e organização nos serviços de saúde, e através do curso discutimos com a equipe questões desde a estrutura e funcionamento da UBS com todas as ferramentas, e as portarias e protocolos do MS até as orientações passo a passo da intervenção na linha programática escolhida.

Eu tive muitas dificuldades no início do curso já que a internet era irregular e muito ruim, por isso iniciei com várias semanas de atrasado e tudo isto trouxe consequências, tive que trocar de turma para reiniciar todo o processo de novo. Depois de começado o curso e com ele a intervenção, as coisas começaram a sair do chão, até o ponto de chegar ao final da intervenção.

Consegui organizar o trabalho na ESF e obter alguns resultados importantes para saúde do município, na prática profissional consegui ferramentas e conhecimentos novos que serão incorporados na minha vida como profissional. Os materiais disponibilizados pelo curso foram de ótima qualidade.

O curso em saúde da família facilitou minha autopreparação por meio dos casos interativos e estudos de prática clínica disponibilizados, assim como as revisões bibliográficas feitas com base nos erros cometidos no Teste de Qualificação Cognitiva (TQC), assim como as trocas nos fóruns com outros profissionais e orientadores me ajudaram a ter uma melhor compreensão dos temas colocados em debate e a estimular minha participação nestes espaços. O trabalho constante de minha orientadora facilitou os resultados, assim como o trabalho com a equipe.

A realização do diário de intervenção foi uma ferramenta de muita importância, me ajudou a melhorar a gramática e a ortografia da língua portuguesa e lembrar-me, de forma organizada, como aconteceu a intervenção em todas as semanas, além de ser a memória gráfica da minha passagem pela saúde no Brasil.

O diálogo com a comunidade e levar a saúde da família à porta da casa dos brasileiros foi uma experiência maravilhosa. O SUS ganhou em credibilidade, a ESF foi fortalecida e o engajamento público foi um dos resultados mais importantes, além de melhorar o estado de saúde da população-alvo que foi o objetivo fundamental da intervenção.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. Caderno de Atenção Básica n° 33. Brasília, 2012.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430430>. Acessado em 14/08/2015.

OMS. **Relatório mundial da saúde**, 2005. Disponível em

[http://www.who.int/whr/2005/media\\_centre/overview\\_pt.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1). Acessado em 16/04/2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Departamento de ações em saúde seção de saúde da criança e do adolescente. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança, Porto Alegre, 6 de março de 2010.

## **Apêndices**



## Apêndice A - Fotos





## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante