

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 6



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria na Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses na UBS Dr. Elvio Basso - Barão de Cotegipe – RS

Thaís Barella

Pelotas, 2015

Thaís Barella

Melhoria na Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses na UBS Dr. Elvio Basso - Barão de Cotegipe – RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Bibiana Bauer Barcellos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B248m Barella, Thais

Melhoria na atenção à saúde da criança entre 0 e 72 meses na UBS Dr. Elvio Basso - Barão de Cotegipe - RS / Thais Barella ; Bibiana Bauer Barcellos, orientadora. — Pelotas, 2015.

84 f.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Barcellos, Bibiana Bauer, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico esse trabalho a minha família por estar ao meu lado em todos os momentos e a todos os profissionais que de alguma maneira se envolveram em meu trabalho.

Agradecimentos

Agradeço à minha família por estar comigo desde o início da minha formação.

Agradeço aos colegas da UBS Dr. Elvio Basso de Barão de Cotegipe pela ajuda, especialmente aos colegas médicos Dr. Ademar, Dra Elaine e Dra Deborah, por lutarem pelo mesmo objetivo no projeto de intervenção e por me apoiarem em tantos momentos difíceis durante este processo.

Agradeço ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) por ter me proporcionado a realização desta especialização.

Lista de Figuras

Figura 1 – Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	57
Figura 2 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	58
Figura 3 – Proporção de crianças com monitoramento do crescimento. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	59
Figura 4 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	59
Figura 5 – Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	60
Figura 6 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	61
Figura 7 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	61
Figura 8 – Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	62
Figura 9 – Proporção de crianças com triagem auditiva. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	62
Figura 10 – Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	63
Figura 11 – Proporção de crianças entre 6 e 72m com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	64
Figura 12 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com a primeira consulta odontológica. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	64
Figura 13 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança a primeira consulta. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	65

Figura 14 – Proporção de crianças com registro atualizado. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	66
Figura 15 – Proporção de crianças com avaliação de risco. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	66
Figura 16 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância consulta. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	67
Figura 17 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	68
Figura 18 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.....	68
Figura 19 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014	69

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
Anti-HCV	Anticorpo Anti Vírus da Hepatite C
APS	Atenção Primária em Saúde
BCF	Batimento Cardio-fetal
CP	Citopatológico
DM	Diabete Mellitus
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LH	Hormônio Luteinizante
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto - Atendimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre situação da APS/ESF	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comparativo entre o texto inicial sobre a situação da APS/ESF e relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e Metas	21
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Ações (com detalhamento)	22
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	55
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	55
3.4 Análise da viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	56
4 Avaliação da Intervenção	57
4.1 Resultados	
4.2 Discussão	69
4.3 Relatório para o Gestor	72

4.4 Relatório para a Comunidade	74
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	77
Referências	79
Anexos	80
Anexo A – Ficha-Espelho	80
Anexo B – Planilha de coleta de dados	81
Anexo C – Documento Comitê de Ética	82
Apêndices	83
Apêndice A – Informativo de puericultura	83
Apêndice B – Convites de puericultura	84

Resumo

BARELLA, Thais. **Melhoria na Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses na UBS Dr. Elvio Basso - Barão de Cotegipe – RS**. 2015. 84f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho teve como foco o aumento da adesão ao atendimento as crianças de 0 a 72 meses do município de Barão de Cotegipe – RS. O principal objetivo deste projeto foi a melhoria da atenção à saúde das crianças na faixa etária compreendida de 0 a 72 meses, cadastradas e pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso, do município de Barão de Cotegipe – RS, através de uma intervenção na Unidade que se constitui em uma UBS mista onde se localizam as três ESF's do município. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). O projeto teve como referencial teórico o Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança nº 33 do Ministério da Saúde e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas-espelho de saúde da criança. O município tem 452 crianças desta faixa etária, sendo 198 cadastradas no Programa durante as 12 semanas de intervenção, totalizando 43,1% de cobertura. Com isso, foram avaliados o crescimento, o peso (déficit de peso/excesso de peso) e o desenvolvimento das crianças cadastradas, além de outros aspectos como a vacinação em dia de acordo com a idade, a suplementação de ferro a triagem auditiva, o teste do pezinho e a primeira avaliação odontológica. Durante o projeto também foi feita busca ativa das crianças faltosas e foram fornecidas aos familiares orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, higiene bucal e sobre nutrição. A intervenção proporcionou melhorias na atenção básica no território, mudanças no fluxo de atendimentos, no acesso e na qualidade da assistência e as ações propostas foram incorporadas à rotina da UBS.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, está composto por cinco seções.

A primeira contém o relatório da **análise situacional**, no qual está apresentado um panorama da UBS Dr. Elvio Basso, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade.

A segunda seção refere-se à **análise estratégica**, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o **relatório da intervenção**, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A **avaliação da intervenção** está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integram essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta e última seção contém uma **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que estou inserida se situa em uma estrutura física que comporta três equipes de Saúde da Família, sendo que uma delas está em processo de implantação legal e, ainda, dois consultórios de atendimento de “emergência”. A cidade não possui hospital. Assim, vejo a situação como uma enorme confusão para a população. A maneira com que a estrutura física está organizada não permite à população diferenciar o que é uma UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um Pronto-Atendimento (PA), para atendimento de urgências e emergências com menor complexidade. Muitos pacientes não comparecem às suas consultas agendadas, em especial de pré-natal e puericultura, e acabam procurando o serviço apenas nas intercorrências clínicas ou na urgência.

Acredito que se as unidades de ESF fossem alocadas nos bairros/áreas de atuação, a população conseguiria perceber de forma mais clara a diferença de um PA e de uma ESF, o que tornaria o trabalho dos profissionais da ESF mais efetivo, focado na prevenção e promoção de saúde e perderia o foco de assistencialismo que possui hoje.

Além disso, percebo que são falhas as ações em prevenção em saúde fora da unidade da ESF. A população ainda pensa de forma assistencialista e o “Posto” não é visto atuando fora da sua unidade física. Faltam iniciativas e ações públicas na comunidade. Ainda, enfrentamos a dificuldade de intervir em uma comunidade de nível socioeconômico e intelectual muito baixo. Isso interfere na forma de pensar em prevenção e também na maneira de atuar com o tratamento das patologias já existentes. Muitas pessoas daqui não sabem ler ou escrever e também não tem nenhuma pessoa da família para ajudá-los, não conseguem melhorar a maneira de

se alimentar ou mesmo inserir em seu dia-a-dia uma atividade física. A população é basicamente composta por agricultores e trabalhadores de indústria de erva-mate.

Outro ponto preocupante é o motivo pelo qual as pessoas procuram o serviço de saúde. Alguns vão à consulta a fim de fazer exames, sem queixa nenhuma, sem necessidade nenhuma e não gostam de ouvir que a consulta não tem necessidade, em geral pacientes jovens, sem fatores de risco para doenças de rastreio. Outros comparecem apenas para conseguir receitas ou atestados. Poucos vão à consulta de modo a fazer prevenção ou acompanhamento de complicações de Diabetes Mellitus (DM) tipo II (não temos nenhum paciente DM I no nosso município) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, destes, poucos fazem o uso correto das medicações prescritas e/ou mantem o tratamento proposto.

Por outro lado, a gestão de Saúde deste município investe bastante na melhoria do serviço para a população. Os pacientes conseguem a maioria das medicações prescritas na farmácia municipal, os exames solicitados ficam prontos em um tempo não tão prolongado e os encaminhamentos são atendidos com certa brevidade. Com isso, é possível realizar os diagnósticos na própria unidade de saúde, sendo referenciado aos especialistas um mínimo possível de pacientes. Com relação aos atendimentos de urgência/emergência, a equipe do PA consegue triar e resolver a maioria dos casos e, assim, são encaminhados para o hospital apenas os casos graves e que não podem ser resolvidos com a estrutura que o PA dispõe.

Por fim, acredito que a prioridade desta ESF e da gestão de saúde é investir nas questões relacionadas à prevenção de saúde e, quem sabe, separar as áreas físicas para a população conseguir ter a visão do que é uma UBS/ESF e melhorar o fluxo de atendimentos e a forma de agir/pensar – com foco na prevenção e não no assistencialismo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Barão de Cotegipe-RS localiza-se ao norte do estado, dentro da Região do Alto Uruguai e possui 6.785 habitantes, sendo 3.485 na zona urbana e 3.300 na zona rural, 3.396 homens e 3.389 mulheres. A maioria dos pacientes encontra-se entre 15 e 49 anos, 1/6 da população é idosa e 1/3 de mulheres em

idade fértil. Cada equipe de saúde da família assiste cerca de 2 mil pessoas e não são atendidos pacientes fora da área adstrita.

No município contamos com uma UBS mista e urbana. Nela, encontram-se 3 equipes de saúde da família, sendo 2 delas regulamentadas no Ministério da Saúde (MS) e uma delas em processo de regulamentação, um serviço de atendimento de urgência e emergência, que funciona como um Pronto Atendimento, e consultas eletivas com um outro profissional médico, além dos médicos das equipes. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Além disso, há uma dentista e uma técnica em saúde bucal (TSB), que não fazem parte das equipes de saúde da família e uma nutricionista que atende 4 horas por semana. Duas das médicas da UBS fazem atendimento nas áreas rurais, uma vez por semana em dois locais diferentes.

Não possuímos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nem hospital nesta cidade. Os casos que necessitam de internação hospitalar ou de atendimento de urgência/emergência (quando o caso demanda serviço hospitalar) são encaminhados para o hospital municipal de Erechim, cidade vizinha e distante 10 quilômetros. Além disso, os atendimentos de especialidades são encaminhados, também a Erechim e a Passo Fundo (distante 90 quilômetros). Exames complementares de laboratório são realizados no próprio município e os exames de imagem são realizados em Erechim.

Os atendimentos prestados na UBS são única e exclusivamente via Sistemas Único de Saúde (SUS) e podemos solicitar apenas alguns tipos de exames pré-estabelecidos. Exames complementares como Prolactina, FSH (Hormônio Folículo Estimulante), LH (Hormônio Luteinizante), microalbuminúria, anti-HCV (Anticorpo Anti Vírus da Hepatite C), entre outros, ou de imagem, como ultrassom, tomografias, raio-x, não são oferecidos e os pacientes devem pagar pelos exames, sendo que muitas vezes recebem ajuda de custos da Prefeitura Municipal. Apesar de termos uma vasta lista de medicações à disposição na UBS, alguns medicamentos prescritos não são disponibilizados e os pacientes recusam-se a comprá-los, mesmo quando necessários. Todos os atendimentos são registrados em prontuário eletrônico.

Possuímos uma UBS com ótima estrutura física, com salas amplas e bem arejadas. Temos uma sala específica para vacinas, uma farmácia, 2 ambulatórios, uma sala para realização de eletrocardiogramas e atendimento de urgências e emergências, uma sala de observação, uma sala de triagem, um depósito para os insumos e equipamentos, uma sala de reuniões/auditório, 2 consultórios de enfermagem, um consultório de psicologia, um consultório odontológico, 6 consultórios médicos e uma sala para o setor administrativo e burocrático. Possuímos banheiros amplos com acesso para cadeirantes. No entanto, não possuímos rampa de acesso para pessoas com deficiência física e cadeirantes (obra que está prevista para ser executada durante o ano de 2014 na UBS) e nem corrimãos nos corredores. Temos a nossa disposição balanças para adultos e crianças, régua antropométrica, esfigmomanômetros, otoscópios, sonares para ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF's), fitas métricas, glicosímetro, materiais para pequenos procedimentos, uma maca para exame ginecológico, além de materiais de expediente.

Cada médico das ESF da unidade de saúde atende 12 pacientes por turno e um outro médico atende nos horários que julga necessário e oportuno e a demanda que lhe convém. Os pacientes são atendidos de três maneiras: por agendamento de consulta, por fichas para pacientes com patologias agudas ou intercorrências clínicas de menor gravidade ou ainda no atendimento de urgência e emergência. A unidade está aberta durante 24 horas por dia, logo todos os pacientes que procuram o serviço são atendidos, mesmo que fora do horário de funcionamento normal da UBS, no período da noite no Plantão de atendimentos. Temos bastante dificuldade em fazer com que os pacientes se interessem por agendar suas consultas, e a maioria dos atendimentos agendados são para pacientes diabéticos e hipertensos em acompanhamento clínico e pacientes em acompanhamento de saúde mental, além de gestantes e puericulturas.

Com relação à saúde da criança, o trabalho começa ainda nos grupos de gestantes desenvolvidos na unidade e nas consultas de pré-natal. Nestes momentos enfatizamos às futuras mães a importância da puericultura e, portanto, do comparecimento nas consultas, que são agendadas. Para este grupo, preconizamos realizar uma consulta na primeira semana de vida, 1 consulta mensal até os 6

meses de vida, trimestral dos 6 meses até 1 ano, bianual no 2º ano de vida e anual após esta idade. As consultas são sistemáticas, porém não seguem nenhum protocolo ou fluxograma de atendimento. Além das consultas na UBS, são realizadas ações, principalmente de prevenção em Saúde Bucal, na escola, pela odontóloga da UBS.

Existem 81 menores de 1 ano cadastrados e, é nesse grupo que encontramos os maiores problemas. Percebe-se que existe um componente agravante devido à falta de vontade da equipe na busca por estes pacientes, aliada ao poder socioeconômico e cultural deficitários da população que prejudicam a adesão ao cuidado continuado. As mães muitas vezes não comparecem às consultas agendadas, deixando o trabalho da puericultura a desejar. Assim, essas crianças consultam bastante por intercorrências como febre, dor abdominal, constipação e problemas relacionados à alimentação. Não é possível identificar o motivo pelo qual essas mães não comparecem às consultas, pois a UBS é de fácil acesso e as consultas são agendadas. No entanto, as vacinas parecem estar em dia, com raras exceções.

Na nossa área de abrangência, possuímos apenas 23 gestantes cadastradas, o que equivale a uma cobertura de 23% em relação ao estimado pelo Censo 2010. O atendimento às gestantes é realizado também com consultas agendadas, porém sem protocolo ou fluxograma para tal. Além do prontuário eletrônico, possuímos uma ficha extra para acompanhamento detalhado destas pacientes, onde são anotadas todas as consultas de pré-natal, os dados do exame físico, exames laboratoriais e ecográficos, medicações utilizadas e intercorrências. Além das consultas, as gestantes participam do Grupo de gestantes, realizado mensalmente e cada vez por um profissional de cada área da UBS, onde recebem informações sobre todos os períodos da gestação, as possíveis intercorrências e também sobre o puerpério e cuidados com o recém-nascido. Algumas dessas gestantes realizam suas consultas de pré-natal na rede privada, mas, como o município custeia os exames laboratoriais e os ecográficos, elas mantêm acompanhamento na unidade, além de contar com esse recurso para o momento do parto, pois não teriam condições de bancar com os custos de uma internação privativa.

A cobertura de prevenção do câncer do colo do útero é boa em nosso município. Na área da UBS, existem 1.858 mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas, o que indica uma cobertura de 99%. Temos uma minoria de pacientes que fazem a coleta do exame citopatológico de colo de útero (CP) na UBS, mas uma grande maioria que faz em suas empresas e consultórios particulares e trazem o resultado de seus exames para acompanhamento pela UBS. Com base nesses resultados, totalizamos apenas 17 casos de exames alterados dentre todas as mulheres da população alvo para coleta de CP. Estes casos são acompanhados de forma prioritária, com um arquivo especial para anotações das alterações, condutas e segmento das pacientes. Quando avaliamos a cobertura do câncer de mama, percebemos uma população feminina de 547 mulheres entre 50 e 69 anos cadastrada, o que corresponde a 78% da população estimada para esta faixa etária. Todas as pacientes que vem às consultas são orientadas sobre a prevenção do câncer de mama e também a realização de CP para prevenção de câncer de colo de útero. Ao mesmo tempo, quando realizam a coleta do CP, aquelas dentro da faixa etária indicada, são estimuladas e orientadas a fazer mamografia. O município oferece cerca de 438 mamografias anuais, mas algumas mulheres ainda realizam as mamografias no setor privado.

Existem 1.018 hipertensos cadastrados, o que corresponde a 67% de cobertura da população estimada neste grupo. Em relação aos diabéticos, existem apenas 138 pacientes cadastrados, indicado uma cobertura de 32% em relação ao total estimado para este grupo. Esta população recebe atendimento de forma agendada para acompanhamento clínico e laboratorial e, assim como os demais grupos, não possui um protocolo ou fluxograma para atendimento. Esses pacientes são abordados, principalmente, nos Grupos de Hipertensos e Diabéticos, realizados mensalmente pelos profissionais das respectivas equipes. Nestes momentos, recebem orientações com relação aos mais variados assuntos relacionados às suas patologias, em especial sobre alimentação, atividade física, uso correto das medicações e controle clínico e laboratorial. Percebo nestes pacientes a dificuldade em mudanças no estilo de vida, apesar de estimulados nos grupos e em consultas individuais. São bastante intolerantes às mudanças no padrão alimentar, não aceitam consultas com a nutricionista e são ainda mais inflexíveis, quando estimulados a praticar atividades físicas. Além disso, é um grupo de pacientes que

apresenta muitas dificuldades com relação à adesão ao tratamento, pois muitos são analfabetos, idosos e moram sozinhos.

Temos, no município, a estimativa de 926 pessoas maiores de 60 anos de idade, sendo a cobertura pela UBS de 100% dessa população. Não temos forma de registro específica para a avaliação da saúde do idoso, nem mesmo protocolo ou fluxograma de atendimento, como nos demais setores de atenção básica. Estes pacientes são abordados principalmente nos grupos de hipertensos e diabéticos, pois, também não possuímos grupo específico para idosos. Como não usamos a Caderneta do Idoso fica difícil, avaliar o idoso de forma global em todas as consultas, independente das queixas. Com este recurso, seria mais fácil o acesso aos tratamentos propostos no passado e no presente e, com isso, otimizar as condutas clínicas e promover um bem maior ao paciente.

Os atendimentos odontológicos possuem uma agenda própria. A odontóloga atende em média 10 pacientes por dia, durante os dois turnos de trabalho. Nas consultas, são compreendidos atendimentos agendados, onde são feitos procedimentos como restaurações, extrações, raspagens, profilaxia, e atendimentos de urgência. Além das consultas na UBS, a odontóloga realiza ações de prevenção em saúde bucal, em especial ações de escovação e bochecho fluorado, geralmente realizadas na escola municipal.

Em suma, considero indispensável uma melhor atenção da equipe à puericultura e busca ativa das crianças faltosas, com vistas a diminuir o número de intercorrências e internações nesta faixa etária. Também, priorizar o atendimento da pessoa idosa, talvez com visitas domiciliares com maior frequência com vistas a melhorar a atenção e cuidado global do idoso. Outro ponto a ser lembrado é a forma como o poder público municipal aborda os pacientes quando solicitamos exames ou prescrevemos medicações fora do disponível pela prefeitura. É necessário tratá-los de maneira igualitária e de forma a não causar custos elevados com este tipo de recursos e a fim de melhorar a Saúde Pública de maneira geral e não apenas para alguns pacientes.

1.3 Comparativo entre o texto inicial sobre a situação da APS/ESF e relatório da Análise Situacional

Comparando o texto inicial com o relatório acima descrito, percebo que realmente existe uma necessidade de desvincular o espaço físico das ESF's alocando cada uma mais próxima à população adscrita. Isso facilitaria o entendimento, por parte da população, sobre a forma como é constituída uma ESF e um PA além de melhorar a conscientização de que para que serve um PA e qual a importância de frequentar uma UBS mesmo que inexistem problemas agudos. Enfim, tornaria mais fácil o trabalho de prevenção e promoção de saúde. Porém, existe um projeto de reforma da UBS para melhor alocar as três ESF's na mesma estrutura física, logo, as equipes continuarão junto com os serviços de PA.

Ainda seria importante estabelecer protocolos ou fluxogramas de atendimento para garantir a totalidade da atenção aos cuidados relativos a cada grupo de pacientes. Os fluxogramas também são uma boa forma de argumentar com os pacientes que desejam fazer todo e qualquer tipo de exames, muitas vezes desnecessários e onerosos aos caixas públicos.

Assim como temos registro específico para as puericulturas, pré-natais e alterações de CP de colo de útero, seria importante instituí-los para as demais áreas, em especial para os registros de mamografias e suas alterações. Esses registros podem ser feitos de maneira à parte do prontuário eletrônico ou encontrar uma forma de melhorar os registros no prontuário eletrônico, com campo específico para cada grupo de atuação. Dessa maneira, é mais fácil acompanhar casos alterados e dar seguimento aos mesmos. Outra forma de registro específico e também de melhoria é a implementação da Caderneta do Idoso e do início de grupos educativos para os mesmos, com o intuito de diminuir os agravos em decorrência da idade, bem como das patologias associadas a esta faixa etária. Além disso, tornar o grupo um momento recreativo e de interação pessoal. Dessa forma, desvincula-se o grupo de idosos dos hipertensos e diabéticos e é possível dar atenção especial para este grupo de pacientes.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A puericultura é uma ação programática de fundamental importância na atenção básica, uma vez que é por este método que o médico consegue detectar de forma precoce os diferentes distúrbios e alterações das áreas do crescimento estatural, nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, além de fazer seu tratamento adequado e precoce com a finalidade de diminuir sequelas e melhorar o prognóstico do caso clínico. Ainda, é durante a puericultura que o médico supervisiona o calendário vacinal e orienta as questões de higiene, alimentação e comportamento.

O município de Barão de Cotegipe possui apenas uma UBS que atende a toda população, estimada em 6.785 habitantes. A unidade apresenta estrutura apropriada para o atendimento da população, com consultórios em número adequado e em boas condições. Além disso, dispõe dos equipamentos, materiais e insumos necessários. Existem 3 equipes de saúde da família, sendo que uma delas (a que atuo) ainda está em processo de regulamentação e é responsável por cerca de 2 mil usuários. Em relação à saúde da criança, são atendidas cerca de 20 crianças entre 0 e 5 anos de idade por mês, tanto em consultas de puericultura quanto em consultas por intercorrências clínicas.

Em Barão de Cotegipe, estima-se que existam 452 crianças menores de 6 anos, sendo que 177 são menores de 2 anos e 81 menores de 1 ano cadastradas na UBS e isso corresponde a uma cobertura de 100% para esta faixa etária, de acordo com os dados cadastrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e no Caderno de Ações Programáticas. Existem 160 crianças sob minha área de

atuação, sendo que 12 crianças, das menores de 2 anos, estão em acompanhamento com médico fora das equipes de ESF. As ações voltadas à saúde da criança iniciam-se nos grupos de gestantes e consultas de pré-natal. Nestes momentos, é enfatizada a importância do acompanhamento de puericultura e do comparecimento regular nas consultas agendadas. Para este grupo, temos como rotina uma consulta na primeira semana de vida, 1 consulta mensal até os 6 meses de vida, trimestral dos 6 meses até 1 ano, semestral no segundo ano de vida e anual após esta idade. As consultas são sistemáticas, porém não seguem nenhum protocolo ou fluxograma de atendimento. Também são realizadas ações de prevenção e educação em Saúde Bucal na escola, realizadas pela odontóloga da UBS. As crianças, em maior parte, são filhas de mães com baixo nível socioeconômico e algumas frequentam a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI). Todas as crianças acima de 5 anos estão na escola.

Mesmo com cobertura total da população menor de 1 ano, é na saúde da criança que encontramos os maiores problemas. Geralmente, as consultas ocorrem por intercorrências como febre, dor abdominal, constipação e problemas relacionados à alimentação. Mesmo com as consultas de rotina agendadas, as mães muitas vezes não comparecem para o atendimento, tornando a qualidade do cuidado de puericultura deficitária. Os motivos pelos quais essas mães não comparecem às consultas são desconhecidos, pois a UBS é de fácil acesso e as consultas são agendadas. Porém, percebe-se que existe um componente agravante que é o baixo poder socioeconômico e cultural da população, que podem explicar a baixa adesão ao cuidado continuado. No entanto, as vacinas parecem estar em dia, com raras exceções.

Tendo em vista a importância do acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança em contraste com a baixa adesão aos cuidados de puericultura na UBS Barão de Cotegipe, a Saúde da Criança foi escolhida como foco da intervenção. Dessa maneira, pretende-se envolver a equipe de forma mais intensa nesta ação programática, intensificando a busca ativa pelas crianças faltosas, com o propósito de aumentar a adesão e qualidade da puericultura em nosso município. Assim, ao final deste trabalho, pretende-se perpetuar esse cuidado como rotina na UBS a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças.

Acredito que atividades junto à EMEI sejam um ótimo meio de atingir mais crianças e seu núcleo familiar e promover o aumento da adesão aos cuidados de puericultura. No entanto, vamos precisar fazer uma busca ativa bem eficiente para abranger, também, as crianças que não frequentam a creche ou escola, pois estas também faltam às consultas. Além disso, precisaremos envolver toda a equipe de saúde, em especial as agentes comunitárias de saúde (ACS), para identificarmos as crianças faltosas e de risco, bem como buscar com o gestor, meios para atrair esta população.

2.2 Objetivos e Metas

A intervenção tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses da UBS Dr. Elvio Basso - Barão de Cotegipe – RS.

Os objetivos específicos e as respectivas metas são:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a

72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

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

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 4: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5: Melhorar a avaliação de risco do programa de Saúde da Criança.

Meta 5: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações (com detalhamento)

As ações que farão parte da intervenção foram divididas em 4 eixos temáticos e de acordo com cada meta estabelecida:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa. O monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações das crianças cadastradas na intervenção.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, que será feito com o apoio das ACS, através da atualização dos dados do SIAB e, também, pelos demais profissionais da UBS que irão identificar as crianças que vêm à UBS para consultas.

- Priorizar o atendimento das crianças entre zero a 72 meses, que junto aos seus responsáveis serão acolhidas e terão atendimento priorizado ao procurarem a unidade.

C) Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios através das visitas domiciliares pelas ACS e do grupo de puericultura e pré-natal, quando será enfatizada a importância do atendimento à criança. Também serão informados sobre o programa os pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos, que são na maioria avós, para ajudar na adesão dos pais ao programa.

D) 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 – será realizada uma capacitação para a equipe apresentando as formas de acolhimento e protocolos a serem utilizados para a puericultura.

- 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 – será realizada capacitação para equipe de forma a prepará-la para orientar a comunidade em relação às ações programadas para a intervenção.

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

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida – o monitoramento será feito semanalmente pela médica e outro membro da equipe através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto – ACS identificarão e buscarão as crianças nascidas em suas áreas de abrangência que não tenham vindo à UBS em até 1 semana após o nascimento.

C) Engajamento público

- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança – desde o pré-natal deve ser enfatizada a importância da puericultura. A orientação se dará durante os grupos de pré-natal, puericultura, consultas e em visitas domiciliares pelas ACS.

D) 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 – será realizada capacitação para a equipe apresentando as formas de acolhimento e protocolos a serem utilizados para a puericultura.

- 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 – será realizada capacitação para equipe de forma a prepará-la para orientar a comunidade em relação às ações programadas para a intervenção.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento de 100% das crianças da área.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança específica para idade, antropômetro, fita métrica) – a equipe será responsável por verificar a disponibilidade e condições de uso dos instrumentos necessários para medidas antropométricas.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário – será oferecido o Caderno de Atenção Básica da Criança, do Ministério da Saúde, alocado na sala de enfermagem, sempre aberto e disponível a todos os profissionais.

C) Engajamento público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura, para que possam exercer o controle social – os profissionais da equipe, principalmente ACS são responsáveis a instruir sobre como são os atendimentos de puericultura para que se tenha certeza de que estão ocorrendo da maneira programada.

- Informar aos pais e/ou responsáveis pela criança sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade – profissionais que realizam atendimento de puericultura informarão durante as consultas como interpretar os registros referentes ao crescimento para que seja possível o acompanhamento pelos pais através da caderneta de saúde da criança.

D) Qualificação da prática clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas – será realizada capacitação da equipe demonstrando a técnica para medição antropométrica seguindo o protocolo adotado.

- Padronizando a equipe – através de capacitação, a equipe será treinada para que o atendimento siga o protocolo adotado na intervenção e, portanto, seja padronizado.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança – será realizada capacitação da equipe enfatizando a maneira correta de preenchimento da seção sobre curvas de crescimento e como interpretá-las seguindo o protocolo adotado.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as crianças com déficit de peso – o monitoramento será feito semanalmente pela médica através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança específica para idade, antropômetro, fita métrica) – a equipe será responsável por verificar a disponibilidade e condições de uso dos instrumentos necessários para medidas antropométricas.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário – será oferecido o Caderno de Atenção Básica da Criança, do Ministério da Saúde, alocado na sala de enfermagem, sempre aberto e disponível a todos os profissionais.

C) Engajamento público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social – os profissionais da equipe, principalmente ACS são responsáveis a instruir sobre como são os atendimentos de puericultura para que se tenha certeza de que estão ocorrendo da maneira programada.

- Informar os pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade – profissionais que realizam atendimento de puericultura informarão durante as consultas como interpretar os registros referentes ao crescimento para que seja possível o acompanhamento pelos pais através da caderneta de saúde da criança.

D) Qualificação da prática clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas – será realizada capacitação da equipe demonstrando a técnica para medição antropométrica seguindo o protocolo adotado.

- Padronizar a equipe – através de capacitação, a equipe será treinada para que o atendimento siga o protocolo adotado na intervenção e, portanto, seja padronizado.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança – será realizada capacitação da equipe enfatizando a maneira correta de preenchimento da seção sobre curvas de crescimento e como interpretá-las seguindo o protocolo adotado.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as crianças com excesso de peso – o monitoramento será feito semanalmente pela médica através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança específica para idade, antropômetro, fita métrica) – a equipe será responsável por verificar a disponibilidade e condições de uso dos instrumentos necessários para medidas antropométricas.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário – será oferecido o Caderno de Atenção Básica da Criança, do Ministério da Saúde, alocado na sala de enfermagem, sempre aberto e disponível a todos os profissionais.

C) Engajamento público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social – os profissionais da equipe, principalmente ACS são responsáveis a instruir sobre como são os atendimentos de puericultura para que se tenha certeza de que estão ocorrendo da maneira programa.

- Informar os pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade – profissionais que realizam atendimento de puericultura informarão durante as consultas como interpretar os registros referentes ao crescimento para que seja possível o acompanhamento pelos pais através da caderneta de saúde da criança.

D) Qualificação da prática clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas – será realizada capacitação da equipe demonstrando a técnica para medição antropométrica seguindo o protocolo adotado.

- Padronizar a equipe – através de capacitação, a equipe será treinada para que o atendimento siga o protocolo adotado na intervenção e, portanto, seja padronizado.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança – será realizada capacitação da equipe enfatizando a maneira correta de preenchimento da seção sobre curvas de crescimento e como interpretá-las seguindo o protocolo adotado.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo – o monitoramento será feito semanalmente pela médica através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento – os profissionais que realizam atividades de puericultura que identificarem alguma alteração no desenvolvimento serão responsáveis por encaminhar a criança para atendimento especializado.

C) Engajamento público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social – os profissionais da equipe, principalmente ACS são responsáveis a instruir sobre como são os atendimentos de puericultura para que se tenha certeza de que estão ocorrendo da maneira programa.

- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária – através das atividades em grupo, visitas domiciliares e consultas, os profissionais repassarão as informações a respeito do desenvolvimento infantil de acordo com cada idade.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança – será realizada capacitação da equipe para que possa interpretar os dados relativos ao desenvolvimento da criança sendo capaz de detectar anormalidades e fazer seu monitoramento.

- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento – será realizada capacitação onde será explicada a forma correta de preenchimento da ficha onde se inserem os dados relativos ao desenvolvimento neurocognitivo infantil.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças conforme a idade.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas – o monitoramento será feito semanalmente pela médica e técnica de enfermagem através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura e também pelo registro permanente de vacinas.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura – o monitoramento será feito semanalmente pela médica e técnica de enfermagem através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura e também pelo registro permanente de vacinas.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação – o responsável pela vacinação na unidade será responsável pela disponibilidade das vacinas e materiais, realizando os pedidos e seu controle junto à gestão.

- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas – todas as crianças que procurarem a unidade durante seu horário de funcionamento para vacinação serão acolhidas e vacinadas.

- Realizar controle da cadeia de frio – a técnica de enfermagem responsável pela vacinação será responsável por fazer o controle da cadeia de frio necessária para a conservação das vacinas.

- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina – a técnica de enfermagem responsável pela vacinação fará controle do estoque, além de relatórios completos no prazo estabelecido para que possamos garantir o recebimento das doses necessárias sem atraso.

- Realizar controle da data de vencimento do estoque – a técnica de enfermagem responsável pela vacinação será responsável por averiguar o período de vencimento das vacinas.

C) Engajamento público

- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança – os profissionais da equipe informarão sobre o calendário vacinal durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares para que fiquem cientes do período em que deve ser feito cada vacina e sua importância.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento – será realizada capacitação da equipe de modo a treiná-la em relação à forma correta de realizar a leitura e registro das vacinas no cartão da criança.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento) – o enfermeiro e o farmacêutico serão responsáveis em manter o suplemento em estoque e disponível para distribuição da dose recomendada para cada criança.

C) Engajamento público

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de sulfato ferroso – profissionais da equipe informarão a importância desta conduta para a saúde da criança durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar médicos para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde – em capacitação da equipe, serão enfatizadas as recomendações adotadas para que os médicos sigam este protocolo.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura e na caderneta da criança, que devem conter o selo comprovando a realização e resultado da triagem auditiva.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo – o enfermeiro será responsável por garantir que todas as crianças possam ter realizada a triagem auditiva, no serviço de saúde responsável por esta triagem, no município de Erechim - RS através de conversas com os gestores.

C) Engajamento público

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste – durante as consultas e desde o pré-natal será enfatizada a necessidade e importância deste teste e como agendá-lo.

D) Qualificação da prática clínica

- Orientar médicos sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança – durante a capacitação da equipe haverá um momento falando sobre a inclusão do teste auditivo no cuidado à saúde da criança.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho – o enfermeiro será responsável por garantir que todas as crianças possam realizar o teste do pezinho, na própria UBS com agendamento de horário, através de conversa com gestores.

C) Engajamento público

- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos, preferencialmente até 7 dias de vida – a equipe abordará a importância deste teste durante as atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares.

D) Qualificação da prática clínica

- Verificar se todos os profissionais da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho e, se não estiverem, providenciar capacitá-los – os profissionais responsáveis pela realização deste teste serão avaliados quanto sua aptidão para realizar o teste e, se necessário, uma atividade para capacitá-los será realizada.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência - o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde – as crianças que buscarem a unidade serão acolhidas de forma a serem inseridas no serviço para o cuidado odontológico.

- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade – os profissionais que identificarem as crianças nesta faixa etária farão seu cadastro para inclusão no programa e atendimento de saúde bucal.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde – o atendimento odontológico irá priorizar a atenção às crianças nesta faixa etária e disponibilizar seu agendamento.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade – com a priorização do atendimento, a agenda deverá ter pelo menos 2 horários por turno reservados para atendimento odontológico infantil.

C) Engajamento público

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade – durante as atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares enfatizar a importância do início dos cuidados de saúde bucal a partir dos 6 meses de idade.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade – realizar capacitação feita pela dentista para destacar os pontos a serem examinados para identificar necessidade de tratamento odontológico.

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.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura, que terão dados relativos à saúde bucal preenchidos, baseados nas fichas de acompanhamento odontológico

disponibilizadas pelo município via prontuário eletrônico e revisadas com a ajuda da Técnica de Saúde Bucal.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na UBS – as crianças que buscarem a unidade serão acolhidas de forma a serem inseridas no serviço para o cuidado odontológico.

- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade – os profissionais que identificarem as crianças nesta faixa etária farão seu cadastro para inclusão no programa e atendimento de saúde bucal.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde – o atendimento odontológico irá priorizar a atenção às crianças nesta faixa etária e disponibilizar seu agendamento.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade – com a priorização do atendimento, a agenda deverá ter pelo menos 2 horários por turno reservados para atendimento odontológico infantil.

C) Engajamento público

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico de crianças de 6 a 72 meses de idade e reiterar sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde – durante atividades em grupo, consultas, visitas domiciliares e bilhetes que serão entregues às famílias, via ACS.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo – será realizada capacitação onde serão abordados os protocolos usados na intervenção de forma a demonstrar as formas de acolhimento a serem adotadas.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico – será realizada capacitação onde a equipe será treinada quanto às formas de ingresso no serviço odontológico.

- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência – será realizada capacitação onde será reforçado o protocolo de atendimento em saúde bucal para crianças, com ênfase no que deve ser abordado na primeira consulta.

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

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses faltosas às consultas.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

- Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

- Monitorar as buscas a crianças faltosas – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas – os profissionais informarão as crianças faltosas aos ACS, que farão sua busca por meio de visitas domiciliares programadas para este fim.

- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas – após busca ativa realizada pelos ACS, de acordo com o número de faltosos, a agenda deverá reservar horários para atendimento desses pacientes.

C) Engajamento público

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança – durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares, assim como por cartazes distribuídos pela unidade, os profissionais serão responsáveis por ressaltar a importância da regularidade no acompanhamento de puericultura.

D) Qualificação da prática clínica

- Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança – será realizada capacitação onde serão demonstrados os dados da caderneta que permitem identificar atraso no acompanhamento da criança.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança e vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento – os profissionais que realizam atendimentos de puericultura serão responsáveis por preencher todos os dados necessários para registro completo do atendimento.

- Implantar ficha-espelho (da caderneta da criança) – para que possa ocorrer correto acompanhamento da criança e monitoramento das ações, todos os dados registrados na caderneta serão também registrados em ficha-espelho que fica na UBS.

- Pactuar com a equipe o registro das informações – deverá ser acordado com todos os profissionais o compromisso de realizar o registro de todas as informações de cada paciente e das ações realizadas.

- Definir responsável pelo monitoramento registros – como líder da intervenção, a médica será a responsável por monitorar os registros realizados, podendo contar com a ajuda de outros profissionais da equipe.

C) 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 – através de atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares, a comunidade será informada sobre a importância da existência dos registros dos dados provenientes de cada atendimento, ressaltando a possibilidade de acesso a esses registros, tanto por meio da caderneta da criança e carteira de vacinação, quanto também, outros meios de registro próprios da UBS através de segunda via.

D) Qualificação da prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde – será realizada capacitação onde a equipe será informada sobre todos os dados que compõem um sistema de registro completo de puericultura e como preenchê-los de forma correta.

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

Meta 5: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade saúde – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso – o monitoramento será feito através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Dar prioridade ao atendimento das crianças de alto risco – crianças de alto risco terão atendimento imediato quando necessário, além de priorização no agendamento de consultas.

- Identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco – após avaliação de risco, as crianças de alto risco terão em sua ficha-espelho identificada com “Prioridade”, em coloração diferenciada, de forma a chamar a atenção do profissional que está atendendo.

C) Engajamento público

- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância – durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares, serão exemplificados os diversos fatores que podem contribuir para problemas na infância, principalmente aqueles que causem morbidades.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade – será realizada capacitação da equipe, onde serão demonstradas as formas de identificar fatores de risco de acordo com o protocolo adotado.

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.

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha-espelho – o monitoramento será feito semanalmente através da

planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Definir o papel de todos os membros da UBS na prevenção dos acidentes na infância – durante reunião de equipe e capacitações, será delegada a cada profissional sua função nas ações de prevenção a acidentes na infância levando em consideração também sua área de atuação.

C) Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância – nas atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares será abordado pelos profissionais o assunto sobre acidentes na infância e suas consequências, bem como as maneiras de preveni-los.

D) Qualificação da prática clínica

- Informar e capacitar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção – será realizada capacitação para equipe onde serão abordados os tipos de acidentes da infância mais comuns e como orientar a comunidade de forma a preveni-los.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre amamentação – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos – o monitoramento será feito através semanalmente das informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno – durante reunião de equipe e capacitações será delegada a cada profissional sua função nas ações de promoção do aleitamento materno, levando em consideração também sua área de atuação.

C) Engajamento público

- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal – durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares, será enfatizada a importância da amamentação, buscando sempre trabalhar o tema em todos os contatos com a família.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno e na observação da mamada para correção da “pega” – será realizada capacitação para equipe onde será reforçada a importância do aleitamento e demonstração da maneira correta da pega de forma que essas informações possam ser repassadas às famílias.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o registro das orientações em prontuário e ficha-espelho – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional – durante reunião de equipe e capacitações será delegada a cada profissional sua função nas ações orientação nutricional, levando em consideração também sua área de atuação.

C) Engajamento público

- Orientar a mãe e sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças – durante atividades em grupo, consultas e visitas domiciliares será ressaltada, de acordo com cada faixa etária, as maneiras de adotar uma alimentação saudável e sua importância para o desenvolvimento saudável.

D) Qualificação da prática clínica

- Fazer capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança – será realizada capacitação para a equipe voltada para os cuidados nutricionais, de forma a poder orientar as famílias sobre como adotar uma alimentação saudável, contando com o apoio de profissionais da nutrição para esta atividade.

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

A) Monitoramento e Avaliação

- Monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática – o monitoramento será feito semanalmente através da planilha de coleta de dados contendo as informações preenchidas nas fichas-espelho para a puericultura.

B) Organização e Gestão de Serviços

- Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal – durante reunião de equipe e capacitações será delegada a cada profissional sua função nas ações orientação sobre higiene bucal, levando em consideração também sua área de atuação.

C) Engajamento público

- Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças – através de atividades em grupo, será ressaltada a importância da união do trabalho dos diferentes profissionais no cuidado a saúde bucal das crianças.

- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças – através das atividades em grupo, buscar e incentivar a participação da comunidade e da escola nas ações de saúde do escolar.

- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças – através das atividades em grupo, buscar e incentivar a participação da comunidade e da escola nas ações de saúde do escolar.

D) Qualificação da prática clínica

- Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança – será realizada capacitação da equipe onde serão feitas as orientações relacionadas à saúde bucal para que os profissionais possam repassar essas orientações para as crianças e suas famílias.

2.3.2 Indicadores

Para o monitoramento e avaliação da intervenção serão utilizados os seguintes indicadores:

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.

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

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.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa 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.

Indicador 2.3: Proporção de crianças déficit de peso monitoradas.

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

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

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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.

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

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

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

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.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado 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.

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

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

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

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

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

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

Indicador 3: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicador 4: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças com ficha-espelho com registro adequado.

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

Indicador 5: 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.

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações 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.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie 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

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido como uma intervenção no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso, no município de Barão de Cotegipe – RS. Participarão da intervenção as crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS e cadastradas no programa de puericultura da Unidade. A intervenção terá como protocolo o Caderno de Atenção Básica número 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, do Ministério da Saúde de 2012. Todos os dados provenientes das consultas de puericultura e outras ações planejadas serão registrados em prontuário eletrônico individual e na ficha-espelho para saúde da criança (Anexo A) fornecida pelo curso. Através de planilha de coleta de dados eletrônica (Anexo B) preenchida com as informações contidas nas fichas-espelho, vamos monitorar todos os indicadores que permitirão avaliar a intervenção. Contaremos com o apoio do gestor para o fornecimento do material adequado para realização das medidas antropométricas (balança específica para idade, antropômetro, fita métrica) e material para impressão

da versão atualizada do protocolo, para que fique disponível no serviço e toda a equipe possa consultá-lo quando necessário.

A técnica de enfermagem da ESF revisará os prontuários de todas as crianças de 0 a 72 meses a fim de especificarmos os pacientes que necessitam manter consultas de puericultura. Com isso, transcreverá as informações contidas nos prontuários eletrônicos para as fichas-espelho e, ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, suplementação de ferro, teste do pezinho e triagem auditiva.

Com o intuito de aumentar a cobertura da puericultura das crianças de 0 a 72 meses, viabilizaremos as consultas em parceria com a EMEI Barãozinho, durante um turno por mês, sob acompanhamento dos pais. Participarão destas atividades o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem da ESF. Para essas consultas, iremos levar para a escola os principais equipamentos necessários, dentre eles: antropômetro, balança, fita métrica, otoscópio, oftalmoscópio, estetoscópio.

Para iniciar a intervenção, vamos promover a capacitação da equipe no acolhimento da criança, para adoção do protocolo com relação às informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade sobre este programa de saúde. Esta capacitação será realizada para toda equipe e abordará o projeto de intervenção incluindo as metas e os objetivos e como serão realizadas as ações, bem como a definição das atribuições de cada um dos envolvidos. Também serão realizadas capacitações durante 3 semanas abordando a avaliação da Caderneta de Saúde da Criança com enfoque na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha-espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento; dispensação e modo de uso do sulfato ferroso; identificação do selo comprovando a realização e resultado da triagem auditiva; a realização do teste do pezinho e do olhinho, anotando corretamente na ficha individual; e identificação dos fatores de risco para morbimortalidade da infância. As capacitações serão realizadas durante turnos específicos para esse tipo de atividade, que já possuímos na UBS e com duração de 2 horas.

Pretendemos orientar a comunidade, em especial os pais e familiares sobre a importância e os benefícios da puericultura por meio de conversas durante as consultas e atividades em grupo como o de pré-natal e de hipertensos e diabéticos,

que são na maioria avós, para ajudar na adesão dos pais ao programa. Contaremos também com material informativo impresso, que será distribuído nos domicílios pelas ACS para as famílias com crianças dentro da faixa etária alvo.

No momento em que a técnica de enfermagem identificar crianças faltosas durante revisão semanal dos prontuários, a mesma entrará em contato com a ACS responsável e esta fará a busca ativa por esta criança e agendará consulta no mesmo momento, para data e horário que melhor convêm ao familiar responsável. A equipe já estará ciente que deverá reservar um horário na agenda para as crianças faltosas que forem buscadas.

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento será feito pela médica e pelo enfermeiro, monitorando as curvas de crescimento e desenvolvimento, identificando as alterações antropométricas e neuropsíquicas durante as consultas. Com isso, será providenciado o tratamento adequado para cada alteração. Teremos como base as referências de curva de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde. Essas crianças também serão acompanhadas e monitoradas com maior frequência, tanto em consultas médicas como com o enfermeiro.

Orientaremos a vacinadora a garantir atendimento imediato às crianças que precisam ser vacinadas e a manter o controle de estoque vacinal rigorosamente revisado com a finalidade de todas as vacinas estarem dentro do prazo de validade atualizado e para que não ocorram faltas de vacinas. Com isso, poderemos contar com o apoio do gestor na compra antecipada e apenas da quantidade necessária dos imunobiológicos e, com isso, evitar gastos desnecessários. Ainda, contaremos com a ajuda da vacinadora na orientação dos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal.

Sobre realizar a primeira consulta odontológica para as crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde, pretendemos orientar os pais sobre sua importância, mas esbarramos na falta de mais profissionais de odontologia, pois contamos com apenas 1 consultório odontológico e apenas 1 dentista para atender toda a população do município, o que torna esta meta difícil de ser alcançada. Mesmo assim, será estabelecida com a dentista a reserva de alguns horários na agenda, específicos para o atendimento de

crianças desta faixa etária, além de realizar as atividades de escovação assistida, aplicação de flúor e avaliação dentária nas escolas municipais.

Iremos criar a rotina e o cronograma das atividades dos Grupos de gestante, diabéticos e hipertensos e idosos, para abordar temas referentes às patologias de cada grupo em palestras e dinâmicas e, ainda, iremos aproveitar este espaço para a divulgação do projeto e para intensificar a importância da puericultura e, com isso, estimular esses familiares ao cuidado da saúde da criança.

Com este trabalho, pretendemos também, em todas as consultas, orientar sobre a prevenção de acidentes na infância, fornecer orientações nutricionais e de saúde bucal de acordo com cada faixa etária e, ainda, colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta, trazendo, com isso, um enfoque preventivo para a intervenção. Além disso, este é um projeto com um objetivo claro e conta com o apoio de todos os setores da saúde pública, tanto da gestão pública com o provimento dos recursos necessários, como da equipe de saúde com o planejamento e execução das ações práticas de atenção e prevenção em saúde da criança junto à comunidade.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Atenção a Saúde da Criança	X	X	X									
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X											
Cadastramento de todas as crianças de 0 a 72 meses da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fazer contato com a comunidade, especialmente grupos de gestantes, idosos e hipertensos solicitando apoio ao projeto	X				X				X			
Atendimento clínico das crianças na UBS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico das			X				X				X	

crianças na EMEI												
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de crianças faltosas às consultas	X											
Busca ativa das crianças faltosas e com consultas em atraso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da Caderneta de Saúde da Criança e da ficha espelho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da ação programática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação e informação aos pais e/ou responsáveis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades coletivas de educação em saúde	X		X		X		X		X		X	

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas:

Durante a intervenção, pudemos desenvolver todas as atividades previstas conforme programação do cronograma e na maioria das vezes sem intercorrências, além de concretizar a maioria das metas estabelecidas em sua totalidade.

A primeira atividade foi a capacitação da equipe, que foi realizada formalmente, nas quartas-feiras, durante 3 semanas, para abordarmos todos os aspectos importantes na puericultura. Um ponto bastante importante discutido neste momento foi o cronograma de puericulturas, enfatizando sobre a frequência das consultas, de acordo com o Ministério da Saúde e não da maneira como vinha sendo feito na UBS (consultas mensais até os 2 anos de idade). A maneira como vinha sido feito desestimula os pais e responsáveis, que não querem vir à UBS todos os meses. Além disso, a equipe foi orientada a fazer a captação de todas as crianças que vinham à UBS e estavam com consultas em atraso e, ainda, orientar as que estavam com as consultas em dia a permanecer em acompanhamento conforme orientação médica.

As ACS foram orientadas sobre a maneira que deveriam abordar os familiares das crianças entre 0 e 72 meses e também receberam o material informativo para deixar nas residências dessas pessoas (Apêndice A). Foram também orientadas a fazer a busca ativa das crianças faltosas, conforme a solicitação da equipe, e fazer o agendamento das consultas no momento deste contato.

Entramos em contato com a EMEI – Barãozinho, através da diretora da escola, Prof^a Miriam, para iniciarmos nossas atividades de puericultura nas dependências da escola e, com isso, dividirmos com a escola as carências de alguns alunos com muitas intercorrências clínicas e outros agravos também no ambiente escolar. Os pais foram convidados a levar seus filhos por meio do envio de convites impressos (Apêndice B). Ficou definido que as atividades na EMEI iriam ser

realizadas uma vez ao mês, a princípio durante o período da intervenção e, se o resultado fosse positivo, as atividades seriam realizadas rotineiramente, uma vez ao mês na escola.

Utilizamos os grupos de Hipertensos e Diabéticos, cujos participantes são, em sua maioria, pais e avós, para oferecer informações sobre o projeto e a importância da puericultura, no sentido de estimularem seus familiares a agendar e comparecer nas consultas dos seus filhos. O Grupo de gestantes também foi bastante utilizado, no sentido de estimular as gestantes, desde o pré-natal, a agendar e comparecer às consultas de puericultura dos seus filhos e manter os cuidados relativos à saúde da criança.

Durante o mês de setembro, passamos pelo mês do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, quando foi realizada uma Oficina de Papas. Aproveitamos este momento para informar os participantes da oficina, que foram gestantes e familiares com crianças de até 2 anos de idade, sobre a intervenção e a importância da puericultura, no sentido de estimularem seus familiares a agendar e comparecer nas consultas dos seus filhos.

Em outubro, realizamos as atividades do “Outubro Rosa” e o “Dia D de prevenção na Saúde da Mulher” com atividades fora do horário de atendimento da UBS para abranger também as mulheres que tem dificuldade de comparecer à UBS no horário normal de atendimento. Estávamos em 3 médicas e atendemos 15 pacientes cada uma. A atividade serviu como forma de reforçar a Puericultura, principalmente por se tratarem de pessoas que trabalham e tem filhos pequenos.

As crianças e seus familiares foram recebidos pela equipe do acolhimento e os atendimentos clínicos foram feitos pela médica da equipe, acompanhado pelo enfermeiro da UBS. Auxiliávamo-nos para fazer a antropometria das crianças e a médica realizava o exame clínico. Os registros na ficha-espelho foram feitos pelo enfermeiro e revisados pela médica responsável. E, após, os dados foram repassados para a Planilha de Coleta de Dados da Intervenção.

Com o passar dos dias, as ACS trouxeram a solicitação de se realizar as atividades de puericultura no bairro e a atividade foi prontamente realizada após contato com o gestor e com a responsável pela escolinha municipal do bairro –

Jardim das Margaridas, fazendo com que se conseguisse maior adesão às consultas.

Um dos problemas enfrentados foi a dificuldade de adesão das famílias no início da intervenção, fato que foi sendo superado com o decorrer do projeto em virtude da boa aceitação da população e dos resultados positivos que fomos apresentando à comunidade, que passou a perceber a importância do serviço para o desenvolvimento de seus filhos, principalmente após o início das atividades de puericultura no bairro. A comunidade ficou muito satisfeita com a facilidade de a puericultura ser realizada muito próximo de suas casas e em horário acessível (pois a maioria não trabalha na sexta-feira à tarde).

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas:

Nenhuma das atividades previstas deixou de ser cumprida. Todavia, um fator que deixou a desejar, e muito, foi o fato de a dentista da UBS não ter colaborado com a intervenção da forma programada, pois estava de saída da unidade para outro emprego, mas ainda permaneceu na equipe. Além disso, as mães que são orientadas a procurar atendimento odontológico pela equipe de puericulturistas não o fazem. Com isso, os indicadores de saúde bucal ficaram com níveis bem abaixo do esperado.

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

A planilha de coleta de dados foi bem elaborada, de forma que eu não senti dificuldades no seu preenchimento. Algumas observações em relação ao preenchimento relacionam-se ao fato de algumas crianças avaliadas que não se encontram na faixa etária de determinado indicador ficaram com a lacuna referente ficou em branco, gerando certa confusão na hora de ser visualizada, além de algumas crianças que foram convocadas para participar das atividades em grupo e, por isso, foram cadastradas, porém alguns dados ficaram em branco na planilha pois

não compareceram a UBS mesmo após busca ativa realizada pelas ACS para realização das consultas.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço:

Com o final da intervenção, nota-se, por parte da equipe, principalmente das ACS, e da comunidade a necessidade da continuidade deste projeto, mesmo ao final deste ano de especialização. A comunidade em que atuo é bastante carente e as crianças enfrentavam muitas intercorrências clínicas, fato que tem diminuído bastante após o início da intervenção, em virtude de maior atenção a esta parcela da população tanto por parte dos pais quanto da equipe de saúde. A equipe já está organizada e bem disposta a continuar a intervenção nas escolas, de forma mensal.

Ainda, o principal ponto positivo é o retorno do gestor de saúde que agora nota diminuição dos custos com a saúde da criança em consequência de uma ação coletiva simples, implementada uma vez por mês em uma comunidade carente de cuidados.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A UBS Dr. Elvio Basso, de Barão de Cotegipe – RS, possui 452 crianças entre 0 e 72 meses na sua área de abrangência. A intervenção que tratou da melhoria da atenção à saúde da criança nesta faixa etária pretendia alcançar a cobertura de 40% deste grupo. Foram avaliadas 198 crianças durante as 12 semanas de intervenção, sendo que 2 delas ultrapassaram o limite de idade no meio da intervenção e uma saiu do município, sendo excluídas do programa. Muitas das 198 crianças foram cadastradas pois foram identificadas pela equipe e convocadas a participar do programa, inclusive com consulta marcada na UBS ou na atividade na EMEI e no bairro, porém, acabaram faltando e, mesmo após busca ativa não compareceram. Por isso, algumas ações básicas a serem realizadas durante as consultas não foram realizadas para essas crianças, pois não houve contato da equipe em momentos de consulta para fazer essas avaliações.

No primeiro mês da intervenção, cadastramos no programa 94 crianças (20,8%), no segundo mês 148 crianças (32,7%) e no terceiro mês 195 crianças (43,1%), conforme mostra a Fig. 1. Atingimos e ultrapassamos a meta estabelecida, demonstrando a evolução positiva da intervenção e o empenho de toda a equipe no processo, mesmo sendo uma UBS do tipo mista.

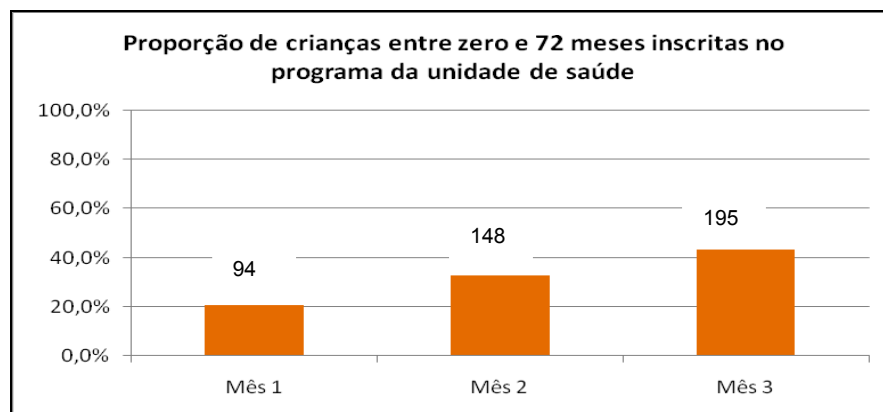


Figura 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês de intervenção, das 94 crianças cadastradas, tivemos 47 crianças (50%) que realizaram a consulta na primeira semana de vida, no segundo mês, das 148 crianças cadastradas, apenas 78 (52,7%) realizaram consulta na primeira semana. Já no terceiro mês, das 195 crianças cadastradas, 105 (53,8%) realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida (Fig. 2). A meta de 100% não foi alcançada pois, como avaliamos crianças pela primeira vez que já não eram recém-nascidas, algumas delas não receberam atendimento no período descrito acima.

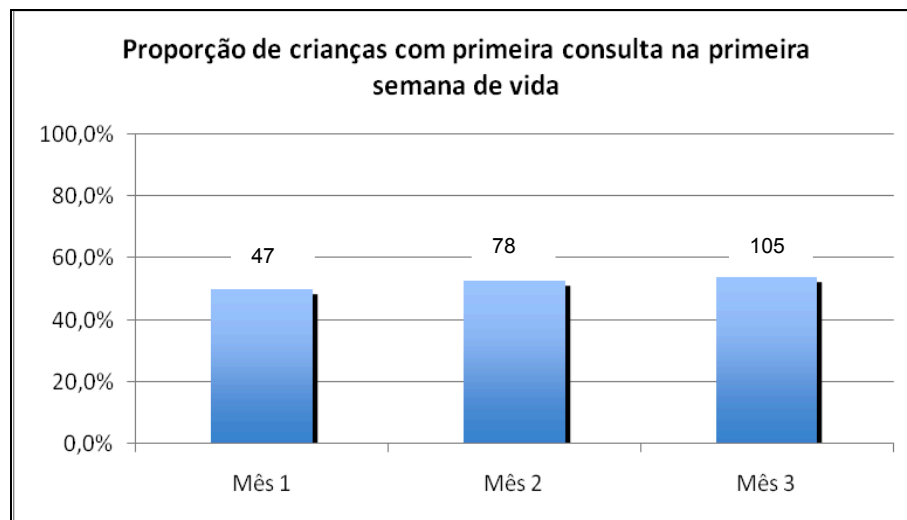


Figura 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

O monitoramento do crescimento foi realizado em todas as crianças durante as consultas de puericultura ou em consultas eventuais na UBS. No primeiro mês avaliamos 63 crianças (67%), no segundo mês 108 crianças (73%) e no último mês 155 crianças (79,5%), de acordo com a Fig. 3. Não foi alcançada a meta de 100%, já que algumas crianças não compareceram às consultas agendadas, às convocações para as atividades na escola ou no bairro, nem retornaram mesmo após as buscas ativas.

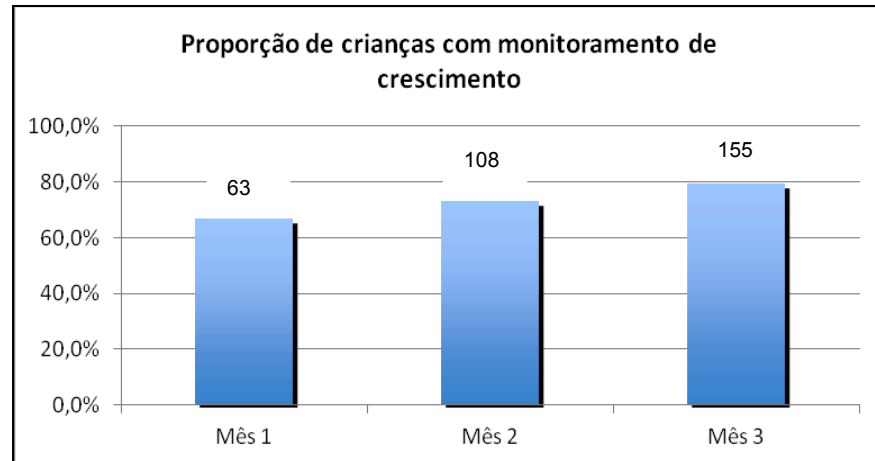


Figura 3 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês foi identificada apenas 1 criança com déficit de peso e ela não foi monitorada naquele mês, porém o foi nos meses seguintes. No segundo mês, 5 crianças foram identificadas e 3 delas foram monitoradas, pois seguiram em acompanhamento da UBS e, no terceiro mês tínhamos 6 crianças com peso abaixo do recomendado pelas curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS) e todas elas receberam acompanhamento, alcançando a meta de 100% (Fig. 4). O monitoramento foi feito através de consultas de puericultura com os médicos e enfermeiros na UBS e também pelas ACS durante as visitas domiciliares, além de receberem orientações nutricionais da nutricionista da UBS. Todas essas crianças vivem em situação de baixa renda familiar e más condições de higiene e moradia.

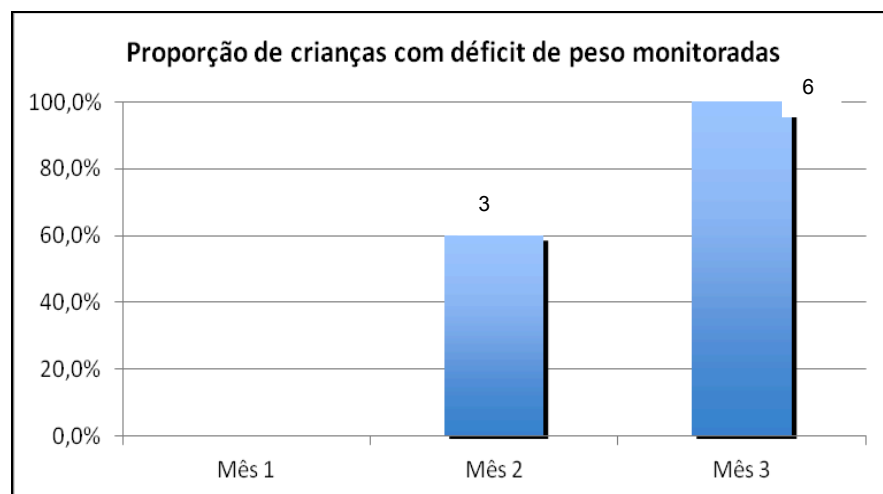


Figura 4 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Durante o período da intervenção, identificamos 2 crianças com excesso de peso no primeiro mês, mais 2 no segundo mês e, mais 1 no último mês, totalizando 5 crianças, todas elas em acompanhamento, atingindo a meta estabelecida em 100% (Fig. 5). O monitoramento foi feito através de consultas de puericultura com os médicos e enfermeiros na UBS e também pelas ACS durante as visitas domiciliares. Além disso, foram feitas orientações nutricionais pela nutricionista da UBS. Foi apontada a má orientação da mãe em relação à introdução da alimentação complementar como motivo do excesso de peso em seu filho.

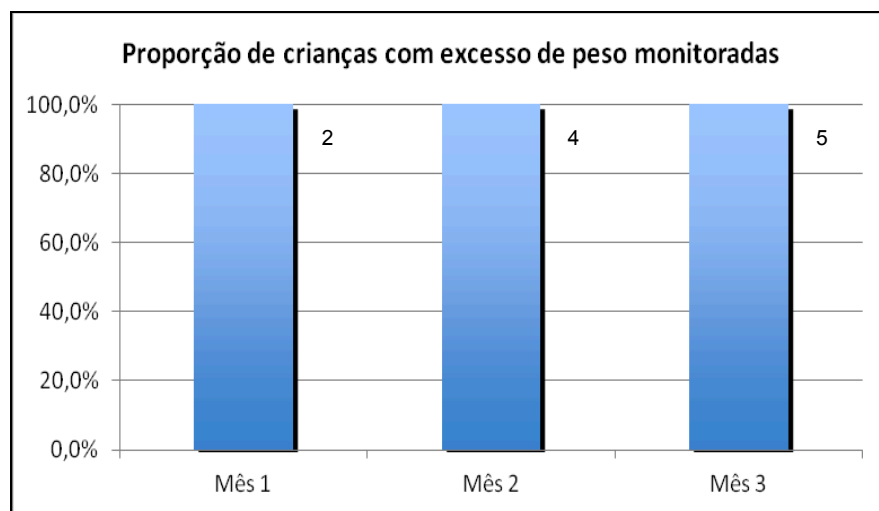


Figura 5 – Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.
Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

O monitoramento do desenvolvimento foi realizado durante as consultas de puericultura ou em consultas eventuais. No primeiro mês, 72 crianças foram avaliadas (76,6%), no segundo mês 115 crianças (77,7%) e no terceiro mês 162 crianças (83,1%), conforme mostra a Fig. 6. A meta de 100% não foi atingida em virtude das crianças faltosas às consultas mesmo após as buscas ativas que não puderam ser avaliadas durante a intervenção, ou aquelas que não vinham sendo avaliadas há muito tempo, pelo menos há mais de 1 ano.

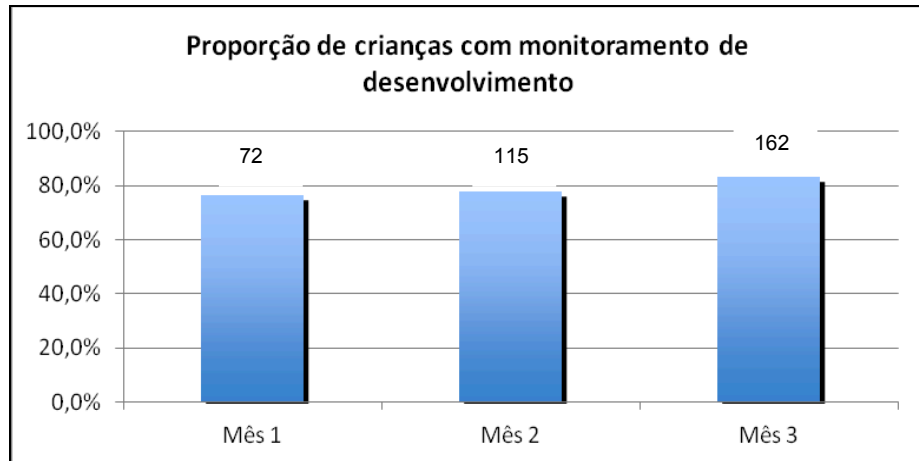


Figura 6 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.
Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês, das 94 crianças acompanhadas, 77 (81,9%) estavam com vacinação em dia. Já no segundo mês, de 148 crianças, 134 (90,5%) estavam de acordo com o calendário vacinal e no terceiro mês, das 195 crianças cadastradas, 179 (91,8%) estavam com vacinação em dia (Fig. 7).

A meta de 100% não foi atingida em virtude de não termos avaliado a carteira de vacinação de algumas crianças faltosas e, portanto, não termos esta informação. No entanto, todas as crianças avaliadas estavam com a vacinação em dia de acordo com a faixa etária.

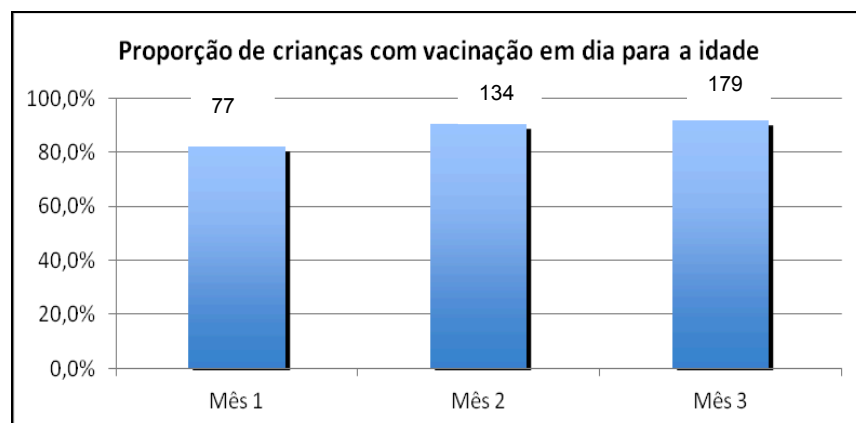


Figura 7 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.
Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Durante o primeiro mês da intervenção, das 31 crianças de 6 a 24 meses acompanhadas, 17 (54,8%) estavam fazendo suplementação de ferro conforme orientação do MS. No segundo mês, das 59 crianças cadastradas, 33 (55,9%) crianças receberam suplementação de ferro e, no terceiro mês, das 71 crianças

cadastradas nesta faixa etária 44 (62%) receberam suplementação de ferro (Fig. 8). Mais uma vez, a meta de 100% não foi atingida em virtude das crianças faltosas não terem sido avaliadas em relação a esse aspecto.

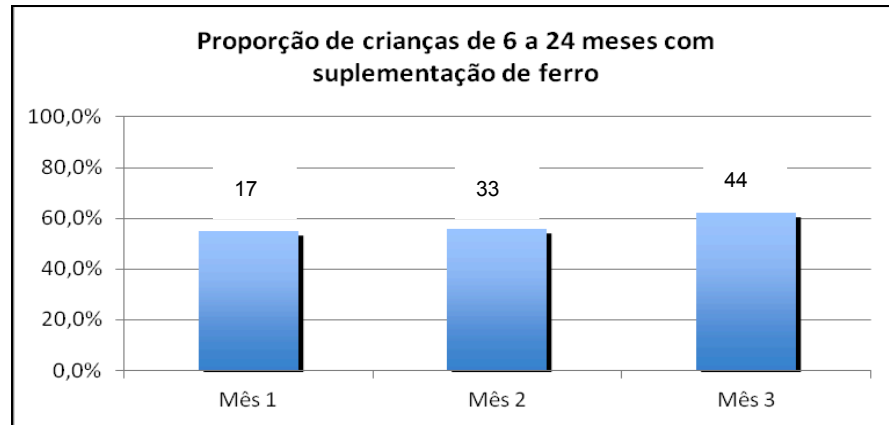


Figura 8 – Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Em relação à realização da triagem auditiva, este é um indicador que foi influenciado por ser um método de avaliação relativamente novo para os pacientes do SUS. Algumas crianças que estão com 3-5 anos não têm o exame realizado por não fazer parte da rotina de cuidados ao recém-nascido na ocasião do nascimento dos mesmos.

Assim, no primeiro mês obtivemos 68 (72,3%) crianças com a triagem auditiva realizada, no segundo 113 (76,4%) e no terceiro 147 (75,4%), sem atingir a meta de 100% (Fig. 9). Destes, todos que se encontram com menos de 2 anos e meio de idade tiveram a triagem auditiva (Teste da Orelhinha) realizada.

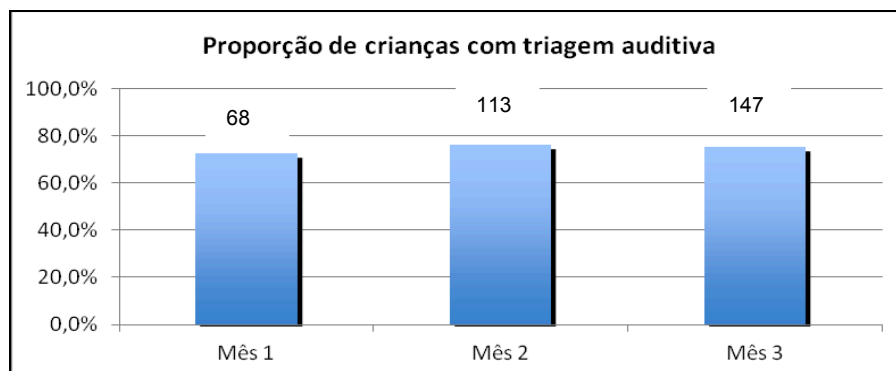


Figura 9 – Proporção de crianças com triagem auditiva. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Na alta hospitalar, os familiares são orientados a procurar a UBS para realizar o teste do pezinho, que é feito como rotina nas unidades. Todavia, a meta de 100% não foi atingida, pois não se tem a certeza desta informação para aqueles pacientes que faltaram à consulta e não puderam ser avaliadas em relação a este aspecto. No primeiro mês, 78 (83%) tiveram o teste do pezinho realizado na primeira semana de vida, no segundo 136 (91,9%) e no terceiro mês 184 (94,4%), conforme mostra a Fig. 10. Nenhuma das crianças avaliadas deixou de fazer o teste do pezinho ou estava com a coleta atrasada.

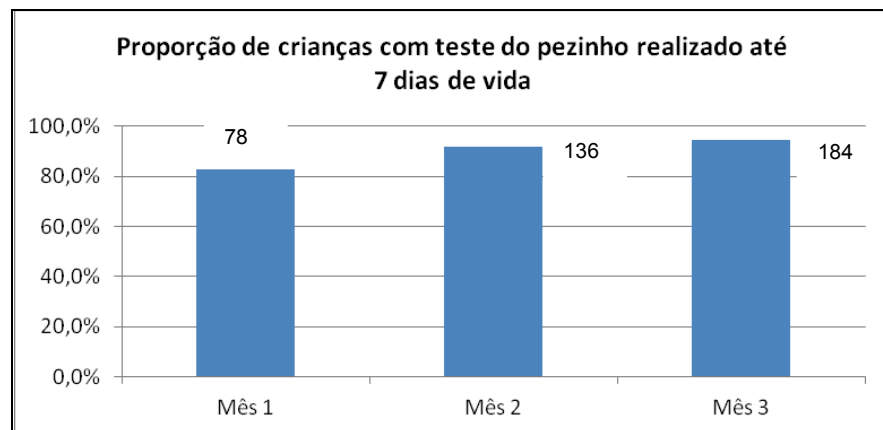


Figura 10- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.
Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês foram cadastradas 76 crianças entre 6 e 72 meses e 60 (78,9%) delas foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, obtivemos 128 cadastros e, destas crianças, 114 (89,1%) foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico. No último mês, tínhamos 170 cadastradas e destas, 155 (91,2%) foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Fig. 11). Todas as crianças que foram avaliadas pela equipe tiveram a avaliação subjetiva da necessidade de atendimento odontológico e foram orientadas a agendar consulta com a dentista da UBS, para realização da primeira consulta odontológica programática e sequência do tratamento dentário. Mais uma vez, a meta de 100% não foi atingida e o indicador ficou prejudicado também em virtude das crianças faltosas.

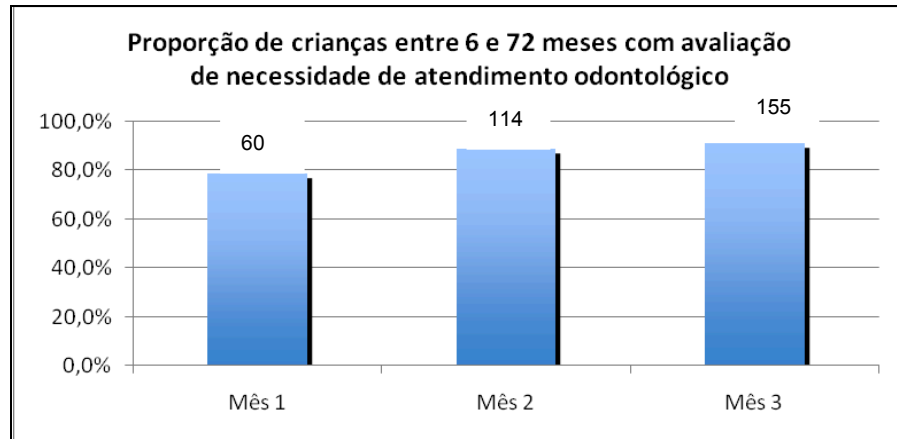


Figura 11- Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês de intervenção, tivemos 11 das 76 crianças cadastradas entre 6 e 72 meses (14,5%) com primeira consulta odontológica, no segundo mês, 19 das 128 crianças (14,8%) e, no terceiro mês, 30 das 170 crianças (17,6%), conforme mostra a Fig. 12. Os índices foram bastante baixos, pois durante a intervenção não contamos com a colaboração da dentista da UBS, pois a mesma estava deixando o cargo, no entanto, ela permanece na UBS e foi pouco colaborativa afirmando ser sozinha para atender o município inteiro e, por isso, dá mais prioridade aos casos que necessitam tratamento.

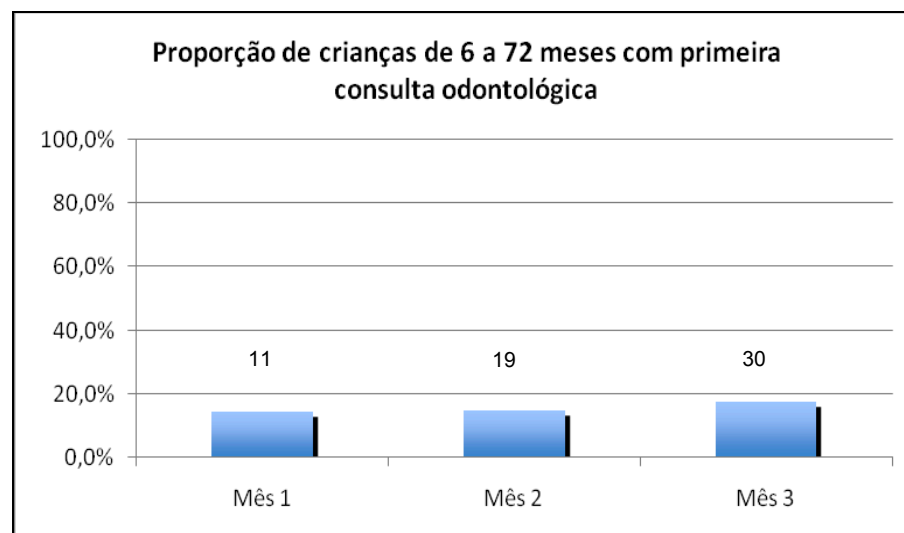


Figura 12- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês, tivemos 18 crianças faltosas ao programa de saúde da criança, no segundo mês foram 16 crianças faltosas e no terceiro, 19 crianças faltosas. Todas as crianças faltosas receberam busca ativa através do trabalho dos ACS, atingindo a meta de 100% (Fig. 13). Todavia, mesmo buscadas por mais de uma vez, algumas dessas crianças seguiram sem comparecer nas consultas marcadas. Observou-se um alto nível de faltas nas consultas, fato atribuível à falta de vontade e de cuidados dos familiares em relação ao cuidado com a saúde da criança.

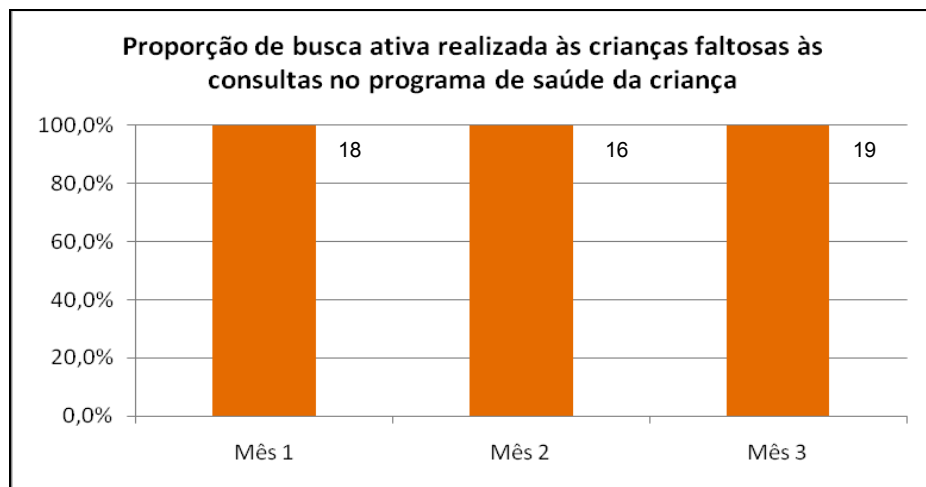


Figura 13 - Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

As fichas-espelho que foram disponibilizadas a todos os profissionais que prestaram atendimento às crianças foram arquivadas em local próprio, para que fosse facilitado o acesso para os profissionais que as manipularam. No primeiro mês, 66 (70,2%) das 94 crianças cadastradas estavam com as fichas-espelho preenchidas adequadamente, no segundo mês, 110 (74,3%) das 148 e, no terceiro mês 159 (81,5%) das 195 tiveram suas fichas devidamente preenchidas (Fig. 14). Um dos motivos para algumas fichas não estarem preenchidas corretamente e não atingir a meta de 100% foi devido às crianças faltosas, novamente, e também aquelas que se encontravam há muito tempo sem consultar (período maior de 1 ano).

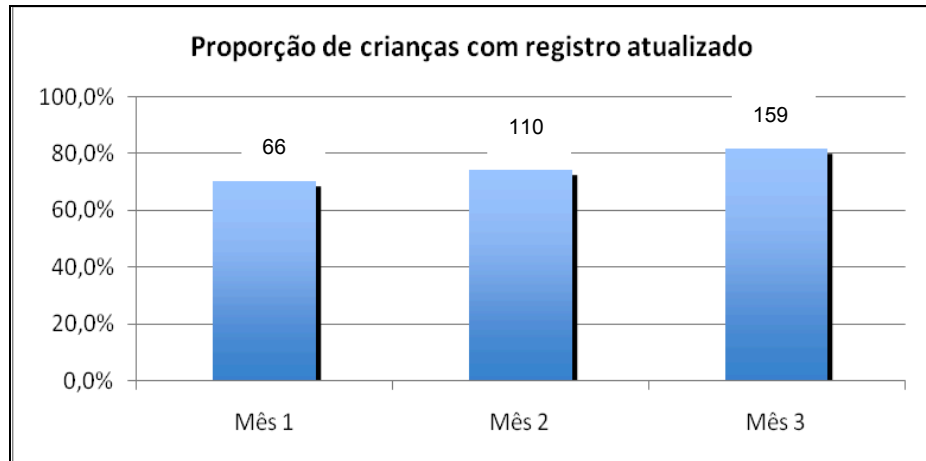


Figura 14 - Proporção de crianças com registro atualizado. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No primeiro mês, 81 (86,2%) crianças receberam avaliação de risco, no segundo mês 139 (93,9%) e, no último mês, 187 (95,9%) crianças foram avaliadas quanto ao risco (Fig. 15). Realizávamos avaliação de risco nas consultas, no atendimento odontológico, nas visitas domiciliares e na sala de imunização. Para as crianças identificadas como de risco eram traçados planos de cuidados especiais de acordo com cada caso, que eram discutidos entre a equipe multiprofissional da Unidade. Chegamos bem próximo da meta de 100%, que não foi alcançada em virtude das crianças faltosas que não foram avaliadas em nenhum momento durante a intervenção.

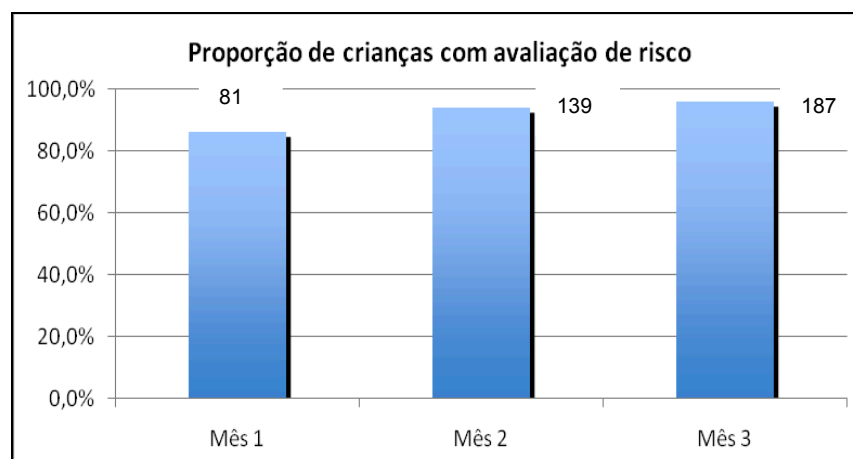


Figura 15 - Proporção de crianças com avaliação de risco. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Ficou acordado durante a capacitação da equipe que algumas orientações deveriam ser fornecidas em todas as consultas, como foi o caso da prevenção de

acidentes na infância. Durante o primeiro mês, 81 (86,2%) mães receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, no segundo mês, 139 (93,9%) e, no último mês, 187 (95,9%) mães receberam essas orientações (Fig. 16). As orientações foram direcionadas à faixa etária da criança, como exemplo, no recém-nascido as orientações eram sobre o risco de afogamento/asfixia, temperatura da água no banho, posição segura para dormir, quedas da cama ou berço, asfixia entre outros. Nas crianças maiores as orientações eram mais voltadas a acidentes como quedas de árvores, cortes com objetos pontiagudos, atropelamentos. A meta não foi alcançada em virtude das crianças faltosas que não foram avaliadas em nenhum momento durante a intervenção.

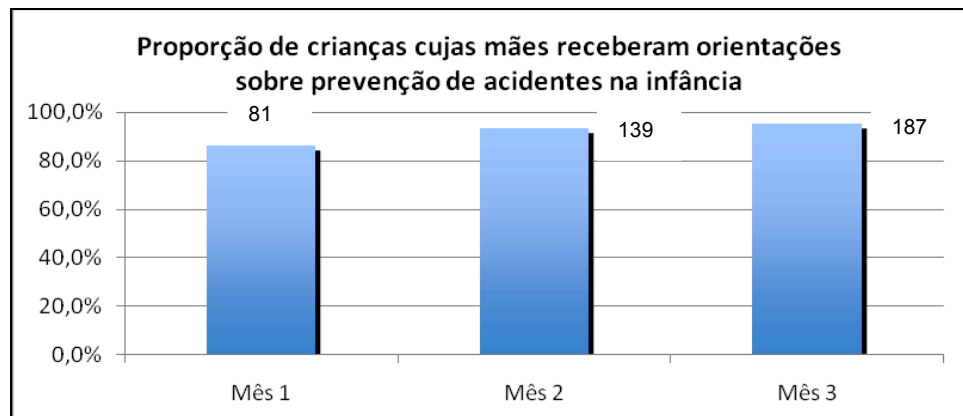


Figura 16 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

A amamentação é um ato incentivado em todas as consultas e por todos os profissionais desde o pré-natal. Nas consultas em que as crianças chegavam para o primeiro atendimento antes dos 6 meses, todas as crianças eram colocadas para mamar, momento ideal para corrigirmos possíveis falhas durante o processo e estimular o vínculo mãe-filho e a pega correta do bebê para a amamentação mais efetiva. No primeiro mês, 33 (35,1%) crianças foram colocadas para mamar durante a consulta, no segundo mês 63 (42,6%) e, no terceiro 92 (47,2%) foram amamentadas durante a primeira consulta (Fig. 17). Esse indicador ficou abaixo da meta proposta, pois, em vários atendimentos principalmente de crianças maiores, não tínhamos essa anotação registrada no prontuário e mãe ou responsável não lembravam do fato, além de, também consideram as crianças faltosas como não amamentadas na primeira consulta.

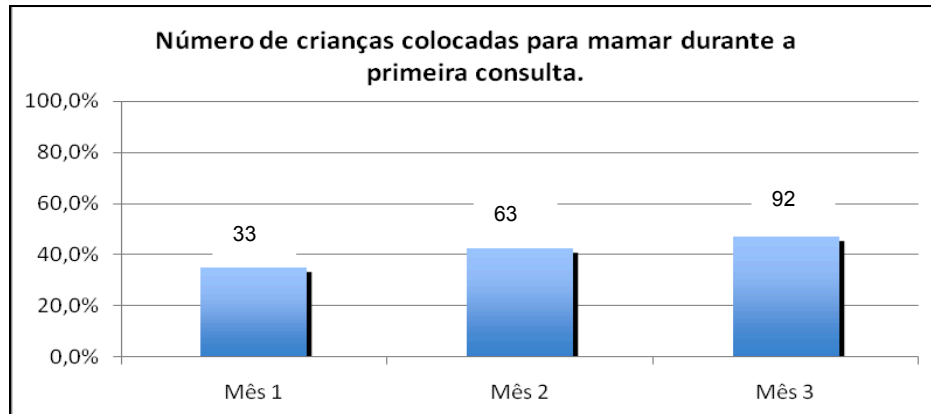


Figura 17 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

Orientações nutricionais à mãe ou responsável de acordo com a idade era um tema que estava padronizado a conversa sobre o assunto durante todas as consultas e atendimentos, em especial, para aquelas onde a criança estava na transição do aleitamento materno exclusivo para a alimentação com papas de frutas, papas salgadas e a alimentação normal da família. Além disso, o assunto foi abordado com ênfase naquelas crianças com déficit ou excesso de peso. Durante o primeiro mês, 80 (85,1%) mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, no segundo mês 139 (93,9%) e, no último mês, 187 (95,9%) mães receberam as orientações (Fig. 18). A meta não foi alcançada em virtude das crianças faltosas que não foram avaliadas em nenhum momento durante a intervenção e, portanto, não receberam este tipo de orientação.

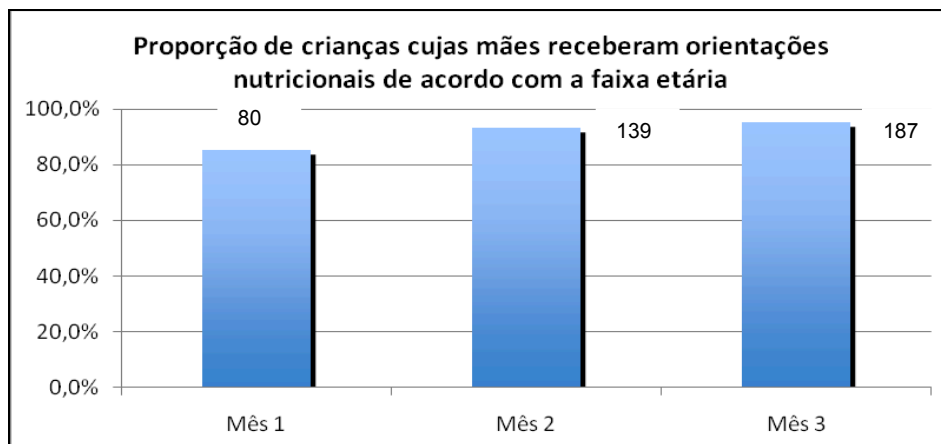


Figura 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

As orientações referentes à higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie eram dadas a todas as mães durante as consultas de puericultura e, em especial durante os atendimentos odontológicos. Durante o primeiro mês, 80 (85,1%) mães receberam orientações de saúde bucal de acordo com a faixa etária, no segundo mês 136 (91,9%) e, no último mês, 183 (93,8%) mães receberam as orientações (Fig. 19). A meta não foi alcançada em virtude das crianças faltosas que não foram avaliadas em nenhum momento durante a intervenção, portanto, não receberam este tipo de orientação.

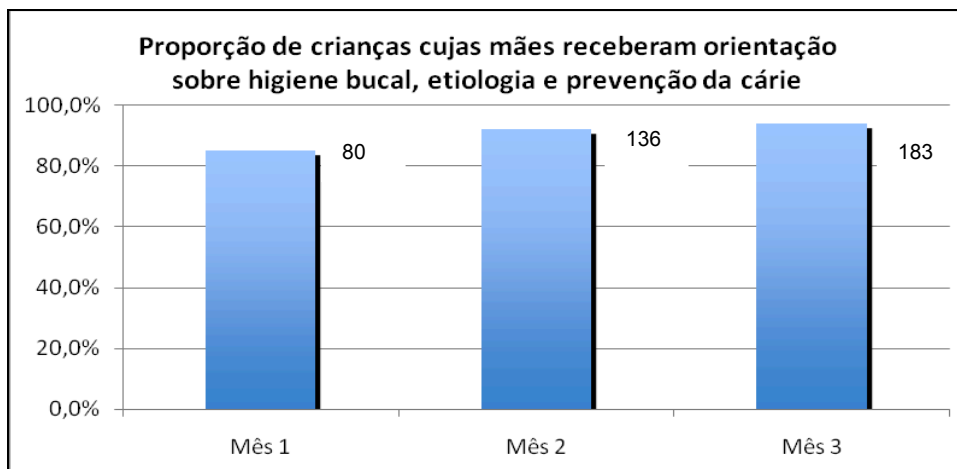


Figura 19 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Fonte: UBS Dr. Elvio Basso. Barão de Cotegipe, RS, 2014.

No geral, a equipe da UBS Dr. Elvio Basso conseguiu atender a expectativa, porém muitas das metas não puderam ser atingidas. O trabalho durante estes três meses foi bastante intenso, principalmente no sentido de realizarmos mudanças concretas no andamento e fluxo do serviço e na forma de pensamento da população em relação à atenção a saúde da criança. Além disso, o empenho para que a atividade permaneça integrada à prática diária da UBS é imenso.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso, de Barão de Cotegipe, foi de grande importância para a melhoria da atenção à saúde da criança deste município. Pudemos propiciar mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso, na qualidade da assistência entre outros. Não foram alcançadas todas as

metas propostas, porém as ações de intervenção estão em continuidade e temos então, a possibilidade e a pretensão de atingi-las.

Em relação ao trabalho da equipe, houve maior integração entre os profissionais das diferentes áreas, sendo mais freqüentes as trocas de experiências, os estudos em conjunto, a discussão de casos clínicos de pacientes da área, o feedback de ações e encaminhamentos e a melhora da comunicação entre todos. Além disso, o detalhamento das atribuições de cada membro da equipe resultou em uma melhor definição das tarefas diárias. A capacitação realizada promoveu discussões positivas, estabelecimentos de fluxos de atendimento de acordo com a orientação do Ministério da Saúde e com a realidade local. Assim, a intervenção despertou o interesse de outros membros da equipe para que todos atuem de maneira uniforme. Todavia, ainda não foi possível organizar um fluxo de atendimento uniforme para todos os profissionais da UBS ou mesmo um protocolo de atendimento, mas o processo foi iniciado com o decorrer da intervenção, onde se percebeu a necessidade de que todos os profissionais sigam a mesma linha de atendimento às crianças. As ACS também sentiram-se mais valorizadas no momento em que eram solicitadas a fazer busca ativa das crianças faltosas.

A separação e organização dos prontuários das crianças que realizam a puericultura facilitaram seu acesso pelos demais profissionais, poupando tempo na busca de informações e/ou no atendimento ao usuário. A sistematização dos agendamentos das consultas de puericultura nas sextas-feiras à tarde facilitou o entendimento da equipe da recepção, responsáveis pelo agendamento, mesmo sendo possível agendamento em outros horários, se assim fosse melhor para o familiar responsável pela consulta. A captação precoce do recém-nato, com foco nos primeiros sete dias de vida, despertou o interesse dos Agentes Comunitários de Saúde para intensificarem suas visitas às gestantes de suas áreas, para que assim que a criança tivesse alta hospitalar os ACS tivessem conhecimento. A equipe de odontologia ficou mais próxima dos outros profissionais, no entanto, permaneceu pouco colaborativa com a intervenção, afirmando ser uma equipe única para o atendimento de todo o município e, também, pela dentista estar em fase de afastamento de suas funções. As atividades de puericultura deixaram de ser centradas na figura do médico e o enfermeiro passou a ter papel ativo neste

processo, acompanhando todas as consultas de puericultura e sendo mais ativo nos casos de alterações clínicas como baixo peso ou excesso de peso, acompanhamento de reações vacinais e intensificação das buscas ativas de crianças faltosas.

Com o chamamento de todos os setores da comunidade e a maior informação sobre o serviço de puericultura, mais crianças puderam participar das consultas e ter acesso aos serviços prestados pela UBS à comunidade. As crianças que freqüentam as escolas da área de abrangência puderam ser avaliadas e orientadas sem sair da escola e com a facilidade de os pais deixarem suas atividades laborais por um período curto de tempo. Os pais tiveram acesso a informações importantes em relação à prevenção de agravos da saúde de seus filhos, prevenção de acidentes, nutrição, vacinas, saúde bucal, crescimento e desenvolvimento saudáveis e identificação de sinais e sintomas de alerta. Com a intensificação dos cuidados e prevenção de agravos às crianças de 0 a 72 meses, a comunidade poderá desfrutar de uma geração mais saudável e consciente.

Foram ampliadas as buscas em relação às crianças faltosas e mantida a vigilância em relação às vacinas e atualização do calendário vacinal. A comunidade passou a perceber um meio de acesso para garantir, principalmente, prevenção e promoção de saúde às suas crianças, um momento especial para esta faixa etária, sendo possível criar um vínculo com as famílias envolvidas, o que facilita o trabalho da equipe toda.

Se a intervenção fosse realizada neste momento, tentaria buscar maior apoio do gestor em relação à liberação de horas extras para algumas ações, como atendimento odontológico, e mais atendimentos na comunidade, fora das dependências da UBS. Ainda, cobraria mais efetividade em relação às buscas ativas por parte das ACS e da própria equipe de enfermagem.

Também seria ideal termos realizado mais reuniões de equipe e de planejamento, a fim de estabelecer um protocolo de atendimento antes mesmo de a intervenção iniciar, o que facilitaria muito a coleta de dados e a posterior análise dos indicadores gerados com o projeto.

Por fim, teria iniciado as atividades de puericultura no bairro, talvez com algum outro tipo de atrativo, para contar com mais crianças participando das atividades e, quem sabe, até mesmo as crianças faltosas. Solicitaria também, para estas atividades no bairro, o apoio dos demais profissionais da equipe, como nutricionista e psicólogo, para manter um atendimento integral em um único momento de contato com o paciente, a fim de não perdê-lo no sistema.

A intervenção está praticamente incorporada à rotina da UBS e a comunidade e a equipe receberam bem as mudanças de forma gradativa, sendo o começo mais oneroso. Pretendemos deixar tudo bem pactuado para que o próximo profissional médico já entre na UBS com a rotina incorporada pela equipe.

Para essa continuidade, é necessário manter o vínculo com a comunidade, para que eles percebam que seguimos comprometidos com a saúde da criança. É preciso também ampliar o número de dentistas da equipe, atuando nas ações coletivas e individuais, para que não mais existam falhas no atendimento da saúde bucal. Além disso, destaca-se a necessidade de intensificar o atendimento ao recém-nascido nos primeiros sete dias de vida e incentivar o aleitamento materno, bem como todos os cuidados básicos e necessários para os primeiros dias no recém-nascido, tais como Teste do Pezinho, da Orelhinha, do Coraçãozinho e do Olhinho, e manter orientações constantes sobre o calendário vacinal. Ações como a suplementação de sulfato ferroso profilático para as crianças de 6 meses a 24 meses, orientação aos pais sobre a Saúde Bucal e incentivo ao agendamento de atendimento odontológico também são necessárias para maior sucesso do programa.

4.3 Relatório para o Gestor

Após análise situacional realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso, percebeu-se os pontos que deveriam ser trabalhados em um projeto de intervenção para melhorar o cuidado à população. Assim, o projeto foi direcionado às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde da criança nessa faixa etária, tendo ações focadas no aumento da cobertura, saúde bucal, promoção do aleitamento

materno, orientação nutricional, prevenção de acidentes na infância, acompanhamento e desenvolvimento, orientações aos pais e responsáveis e promoção da saúde da criança.

A intervenção foi desenvolvida durante doze semanas, no período entre 8 de agosto e 6 de novembro de 2014, contando com um cronograma pré definido que guiava as ações semanais. O planejamento das ações juntamente com a equipe se fez necessário, bem como a organização dos prontuários e das fichas de acompanhamento da puericultura, que ficaram separados dos demais, facilitando o acesso.

Foi organizada a agenda da equipe que, além das consultas de rotina na UBS, realizou as ações coletivas nas creches, procurando adequar o melhor dia para os profissionais envolvidos. Após essa organização fizemos o contato com a diretora da EMEI e a responsável pela Escola Jardim das Margaridas no Bairro Nossa Senhora Aparecida, solicitando autorização para o desenvolvimento das ações e explicitando como seriam realizadas. A receptividade nos locais de atividades coletivas foi ótima, permitindo que pudéssemos trabalhar em parceria.

Antes da intervenção os atendimentos de puericultura eram realizados mensalmente na UBS e não conforme calendário do Ministério da Saúde, o que gerava muitas reclamações por parte dos pais que precisavam vir à UBS mensalmente, mesmo quando não achavam necessário. Por isso, todos os profissionais da Unidade foram capacitados, utilizando como referência o caderno nº 33 do Ministério da Saúde – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, para que os atendimentos fossem guiados respeitando este novo protocolo. Os Agentes Comunitários foram capacitados também para realizarem a abordagem no domicílio e para busca ativa dos faltosos.

Existem 452 na faixa etária entre 0 e 72 meses na área de abrangência do município. Durante o período da intervenção foram cadastradas 198 (43,1%) destas crianças. O crescimento pode ser monitorado em 155 crianças (79,5%) e o desenvolvimento, em 162 crianças (83,1%). Identificamos 6 crianças com peso abaixo do recomendado pelas curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS) e 5 crianças com excesso de peso, sendo todas acompanhadas pela equipe. A vacinação estava em dia em 179 (91,8%) crianças das 198 avaliadas. A primeira

consulta odontológica para crianças de 6 a 72 meses ficou muito abaixo do esperado, apenas 30 (17,6%) das 170 crianças cadastradas nesta faixa etária. Outro item muito preocupante é o número de crianças faltosas às consultas de puericultura, já que ao final dos 3 meses de intervenção tivemos 19 crianças faltosas, sendo que todas receberam busca ativa através do trabalho dos ACS, e apenas 3 delas compareceram a consulta após a busca. É importante ressaltar que nem todas as crianças cadastradas foram de fato atendidas e avaliadas pela equipe, pois faltaram às consultas agendadas mesmo após as buscas ativas. Por isso, algumas ações básicas de saúde a serem realizadas durante as consultas não foram concretizadas, pois não houve contato da equipe em momentos de consulta para fazer essas avaliações.

Não conseguimos, no decorrer da intervenção, atingir todas as metas previamente propostas, sendo o principal motivo o número elevado de crianças faltosas que não compareceram à UBS mesmo após várias buscas ativas. Porém, as ações propostas na intervenção foram incorporadas à rotina da Unidade e assim poderemos continuar em busca de atingir as metas e os objetivos propostos.

No geral, a equipe conseguiu desenvolver um bom trabalho pela intensa atividade e colaboração de todos os profissionais. A colaboração e o apoio da gestão também foram de extrema importância e contamos com essa colaboração para que possamos desenvolver um trabalho de melhoria da atenção básica, como o incremento de metas e objetivos estabelecidos pela gestão a serem cumpridos pela equipe. Além disso, seria muito interessante aumentar a equipe de saúde bucal para abranger toda a população do município. E, ainda, elucidar o papel de fundamental importância que a gestão exerce na organização dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria dos SUS.

4.4 Relatório para a Comunidade

A equipe da Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso desenvolveu, após o levantamento de problemas e necessidade de melhorias, uma intervenção no Programa de Saúde da Criança, atingindo as crianças de 0 a 72 meses moradoras na área e cadastradas na unidade. A intervenção tinha proposta inicial de doze

semanas, ocorrendo no período entre 8 de agosto e 6 de novembro de 2014. Todavia, devido ao sucesso das ações e boa receptividade da comunidade, o trabalho está sendo continuado mesmo após este período.

Durante este período, realizamos atividades de puericultura na UBS, na Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) – Barãozinho e, após solicitação da própria comunidade, na Escola Jardim das Margaridas, alocada no Bairro Nossa Senhora Aparecida. Além das atividades de puericultura propriamente ditas, realizamos o incentivo da captação das crianças através de folhetos informativos para os familiares através dos Grupos (Hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos), intensificando a importância do serviço prestado às crianças e a importância da vacinação. A equipe da UBS foi capacitada para melhor acolher e receber as crianças desta faixa etária e reservou horários específicos do agendamento para estes pacientes. Também, as ACS foram capacitadas para informar aos pais sobre o programa e para realizar as buscas ativas das crianças faltosas. Muitas ações foram desenvolvidas para abranger essas crianças e, com isso, foi possível a melhoria das rotinas de atendimento às crianças, da facilidade para agendamento das consultas e atendimentos odontológicos.

A participação da comunidade foi muito importante para que esta intervenção fosse satisfatória, com comparecimento das crianças às consultas de puericultura agendadas na UBS e nas atividades na EMEI e no bairro, atenção ao calendário de vacinação conforme orientado pela equipe e com o exercício da participação popular ao sugerir a realização das atividades de puericultura no bairro.

Não conseguimos atingir todos os resultados que esperávamos, porém, os que atingimos foram de grande proveito para as crianças e para a comunidade. O Município de Barão de Cotegipe possui 452 crianças entre 0 e 72 meses na sua área de abrangência e durante o período da intervenção foram cadastradas 198 delas, (43,1%). O crescimento pode ser monitorado em 155 crianças (79,5%) e o desenvolvimento, em 162 crianças (83,1%). Identificamos 6 crianças com peso abaixo do recomendado pelas curvas de crescimento do Ministério da Saúde e 5 crianças com excesso de peso, que receberam acompanhamento especial. A vacinação estava em dia em 179 (91,8%) crianças das 198 avaliadas. A primeira consulta odontológica para crianças de 6 a 72 meses está muito abaixo do

esperado, apenas 30 (17,6%) das 170 crianças cadastradas. Outro item muito preocupante é o número de crianças faltosas às consultas de puericultura, já que, ao final dos 3 meses de intervenção, tivemos 19 crianças faltosas, que receberam busca ativa através do trabalho dos ACS, mas apenas 3 delas compareceram à consulta após a busca. A intervenção já foi incorporada à rotina da UBS e, com o passar do tempo, poderemos atingir todas as metas que ficaram incompletas.

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade no projeto de intervenção à saúde da criança, por todas as sugestões, críticas e propostas de melhoria que foram levantadas. A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. Elvio Basso está desprendendo os esforços para termos um futuro de adultos saudáveis e para isso a persistente participação de todos é fundamental.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

No início do ano de 2014 decidi me inscrever no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB e mudar totalmente minha área de atuação. Desde que formei vinha trabalhando em emergências e então decidi mudar o foco do trabalho e ainda realizar um curso de pós-graduação vinculado a ele. Ao estudar o edital do programa, me identifiquei bastante com a proposta da pós-graduação da UNASUS/UFPel: ser um curso a distância, podendo utilizar horários alternativos para execução das tarefas, ser ofertado pelo Ministério da Saúde em uma Universidade Federal e ser gratuito. Além disso, gosto do método de ensino por ser didático e de fácil aprendizado, que incentiva o autoconhecimento e a busca por materiais extras transformando o aprendizado de maneira ímpar.

Por trabalhar na área da emergência por um ano e meio, sempre vivenciei a realidade hospitalar, seus prós e contras e este curso me proporcionou a oportunidade de conhecer outra área de atuação médica, a saúde de família, mostrando-me o outro lado a saúde sem o foco assistencialista, como a diversidade do usuário, a multidisciplinaridade e o relacionamento com a equipe multiprofissional, que são experiências diferenciadas da área hospitalar.

As revisões dos principais Cadernos de Atenção Básica e os casos interativos foram o que mais gostei de realizar durante a especialização, pois me permitiu aprofundar o conhecimento desta parte da medicina e aprimorar o atendimento em cada área específica, ações bem diferentes das que vinha vivenciando nas emergências. E a parte de intervenção foi de extrema importância para aprimorar minha prática clínica, que é bem diferente da realidade apresentada nos livros.

Em muitos momentos achei que as tarefas foram longas para serem

executadas em um período de apenas uma semana e por vezes atrasei a entrega das atividades. Também gostaria de ressaltar que todas as atividades propostas semanalmente não levaram em conta o período de vida de cada um de seus alunos e, principalmente, que o período de intervenção e avaliação da intervenção foi justamente relacionado ao período pré-provas de residência, que também é um objetivo dos participantes do PROVAB e da pós-graduação da UNASUS/UFPel e, do mesmo modo, é meu interesse. Isso faz que com que atividades sejam realizadas de maneira superficial, em alguns momentos, e de forma incompleta.

A especialização proporcionou mudanças importantes na minha vida profissional e pessoal, pude ser mais organizada mesmo não conseguindo cumprir todas as tarefas no prazo estipulado, ser mais correta, mais prudente e ter mais resolutividade nos meus atendimentos por conhecer os protocolos. Além disso, pude entender e vivenciar uma realidade muito diferente da minha em relação ao poder aquisitivo, aos hábitos de vida em geral e a forma como a população onde atuai encara a vida.

E, por fim, pude entender e aprender um pouco sobre gestão e gerenciamento de recursos do SUS na prática e, assim, é muito fácil entender o motivo das superlotações das emergências e hospital, realidade vivenciada por mim antes do PROVAB. Foi com a prática clínica do dia-a-dia que entendi a real importância da promoção e prevenção de saúde, que não é percebida por muitos gestores e muito menos pelos usuários do Sistema Público de saúde em geral.

Referências

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Módulo de casos complexos I**.

Disponível em

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Caso_1.pdf>.

(Acesso em: 10 de junho de 2014.)

Anexo C – Documento 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^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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



Apêndices

Apêndice A – Informativo de puericultura

PUERICULTURA

A Puericultura é o acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento do seu filho. Ela é feita do nascimento até os 5 anos de idade. É uma ação de fundamental importância para a saúde das crianças e para a prevenção de doenças comuns desta idade. Nas consultas podemos identificar **situações de risco** e já iniciar o **tratamento**. Para tal, a equipe de saúde monitora o calendário vacinal, orienta aos pais e cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar e higiene. O processo é realizado por toda a equipe da UBS, por meio de vacinas, consultas de enfermagem, médicas, odontológicas, grupos educativos e visitas domiciliares, quando necessário.

Para identificar as crianças com maior risco, o Ministério da Saúde propõe o calendário mínimo de consultas para a assistência para o seu filho são elas: na primeira semana de vida, uma por mês até o 6º mês, aos 9 meses e aos 12 meses, duas consultas no segundo ano de vida e, a partir do 2º ano, uma consulta por ano, próximas ao mês de aniversário.

O **ALEITAMENTO MATERNO** é importantíssimo para o desenvolvimento saudável do bebê.

São por estes motivos que pedimos a colaboração de toda a família para trazer seu filho para as consultas de puericultura.

Apêndice B – Convites de puericultura

Convite

Convidamos os senhores para comparecer junto ao centro comunitário para realizarmos as consultas de puericultura.

Dia 19/09/2014

Hora: 14h

**Local: Escola Jardim das Margaridas
(Bairro Nossa Senhora Aparecida)**

É necessária a presença dos pais ou acompanhantes e a carteirinha de vacinas para realizar a consulta.

A puericultura é muito importante para o desenvolvimento sadio dos seus filhos.

Atenciosamente, Dra. Thaís e equipe.

Convite

Convidamos os senhores para comparecer junto à creche para realizarmos as consultas de puericultura.

Dia 17/10/2014

Hora: 14h

**Local: EMEI Barãozinho
(Creche)**

É necessária a presença dos pais ou acompanhantes e a carteirinha de vacinas para realizar a consulta.

A puericultura é muito importante para o desenvolvimento sadio dos seus filhos.

Atenciosamente, Dra. Thaís e equipe.