

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 4**



**Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses em
Itambé-Paraná**

Clodoaldo Penha Antoniassi

Pelotas, 2014

Clodoaldo Penha Antoniassi

**Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses em
Itambé-Paraná**

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

Orientadora: Helen Pereira Rocha

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A635q Antoniassi, Clodoaldo Penha

Qualificação da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses em Itambé-Paraná / Clodoaldo Penha Antoniassi ; Helen Pereira Rocha, orientadora. — Pelotas, 2014.

128 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Rocha, Helen Pereira, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Clodoaldo Penha Antoniassi

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses em
Itambé-Paraná

Trabalho de conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 10 de Maio de 2014.

Banca examinadora: Francine Cardozo Madruga
Gustavo Giacomelli Nascimento

Helen Pereira Rocha (Orientadora)

Dedico esta monografia aos meus pais, que sempre tiveram como objetivo de suas vidas educarem seus filhos na fé, no amor e na ciência, sem poupar esforços para isso; e à minha esposa que sempre esteve ao meu lado, com uma palavra de incentivo nos momentos de desânimo, um abraço e muitas orações nos momentos de vitória e dificuldades, me presenteando com o que é de valor imensurável: sua fé, confiança, fidelidade, experiências de vida e infinito amor. Sem este alicerce, com certeza não teria conquistado mais essa etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo seu grande amor e presença constante em minha vida;

À minha amiga e orientadora, Helen Pereira Rocha, pelo incentivo e paciência, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível;

Aos meus amigos e à família pela força e compreensão;

Enfim a todos que colaboraram para a realização deste trabalho

“Acreditar é essencial, mas ter atitude é o que faz a diferença.”

(Fernando Chatuala)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	84
Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	85
Figura 3 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.....	86
Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	87
Figura 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.....	88
Figura 6- Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.....	89
Figura 7 Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.....	90
Figura 8 - Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.	91
Figura 9 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.....	92
Figura 10 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	93
Figura 11 Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	94
Figura 12 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.....	95
Figura 13 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	96
Figura 14 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	97
Figura 15 - Proporção de crianças com suplementação de ferro.....	98
Figura 16 - Proporção de crianças com triagem auditiva.....	99

Figura 17 - Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.....	100
Figura 18 - Proporção de crianças com registro atualizado.....	101
Figura 19 - Proporção de crianças com avaliação de risco.....	102
Figura 20 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	103
Figura 21 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	104
Figura 22 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	105
Figura 23 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	106
Figura 24 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	107
Figura 25 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.....	108
Figura 26 - Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CA	Câncer
CAF	Centro de Atenção Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CISAMUSEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
CMDCA	Conselho da Criança e do Adolescente
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIA	Diabéticos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensos
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
RX	Raio X
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de informação do controle do câncer do colo do útero
SISPACTO	Sistema do Pacto pela Saúde
SISPART	Sistema dos Planos de Ação das Redes Temáticas

SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização
no Pré-Natal e Nascimento

UBS Unidade Básica de Saúde

VD Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

Apresentação.....	14
1. Análise Situacional.....	15
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS.....	15
1.2 Relatório de Análise Situacional.....	17
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	37
2. Análise Estratégica-Projeto de Intervenção.....	37
2.1 Justificativa.....	37
2.2 Objetivos e Metas.....	41
2.3 Metodologia.....	43
2.3.1 Ações.....	44
2.3.2 Indicadores.....	68
2.3.3 Logística.....	73
2.3.4 Cronograma.....	77
3. Relatório da Intervenção.....	79
3.1 Ações previstas desenvolvidas.....	79
3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas.....	82
3.3 Coleta e sistematização dos dados.....	82
3.4 Viabilidade de incorporação do projeto à rotina da unidade.....	83
4. Avaliação da Intervenção.....	83
4.1 Resultados.....	83
4.2 Discussão.....	109
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores.....	111
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	113
5. Reflexão Crítica sobre o Processo de Aprendizagem.....	115
Referências.....	117
Apêndices.....	118
Apêndice A – Planilha de Classificação de Risco.....	119
Apêndice B – Fotos de Ações Desenvolvidas.....	120
Anexos.....	122
Anexo A – Ficha Espelho do Programa Saúde da Criança.....	123
Anexo B – Ficha Espelho de Saúde Bucal.....	124

Anexo C – Ficha de Coleta de Dados.....	125
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética.....	127

RESUMO

ANTONIASSI, Clodoaldo Penha. **Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses em Itambé-Paraná**. 2014. 128f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) da Universidade Federal de Pelotas, 2014.

O presente estudo buscou intervir na qualificação da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses em Itambé-Paraná. Apesar da diminuição na mortalidade infantil nos últimos anos, ainda não alcançamos a meta de oferecer a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde, já que ainda temos muitas mortes no período neonatal e que poderiam ser evitáveis pelo serviço de atenção a gestante e ao bebê. Com isso, objetivou-se ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, ampliando a faixa etária atendida; melhorar a qualidade do atendimento à criança, oferecendo além da puericultura médica, os cuidados em enfermagem e odontologia, além de melhorar os registros das informações, o que antes era muito deficitário. A intervenção durou quatro meses, com ações de monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. Resultando em 100% das crianças cadastradas na Unidade Básica Dr. Lafayette Grenier, com avaliação de risco médico e odontológico, além de ampliarmos de 5% para 38% as crianças com primeira consulta odontológica. Desta forma, acredita-se que apesar da evolução da atenção a saúde da criança no município, ainda tem-se muito a realizar, principalmente nas questões educativas.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho inicia-se com uma análise situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Lafayette Grenier, no município de Itambé-Paraná.

Após esta análise minuciosa da condição de saúde, construímos um projeto de intervenção, estabelecendo objetivos e metas e desenvolvendo um cronograma e uma logística coerente com nossa realidade.

Em seguida, descrevemos através do Relatório da Intervenção, as facilidades e as dificuldades encontradas nas ações desenvolvidas parcial ou integralmente.

Após este relatório, analisamos os resultados, bem como realizamos um relatório da intervenção para gestores e para comunidade.

E por fim, refletimos criticamente nosso processo pessoal de aprendizagem.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Itambé é um pequeno município do Norte do Estado do Paraná com 5979 habitantes. Temos uma única Unidade Básica de Saúde, onde esta concentrada toda a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (IBGE, 2010).

Na Unidade Básica de Saúde temos uma farmácia, um Centro de Atenção Farmacêutico (CAF), uma sala de agendamento, uma sala de curativo, uma sala de vacinas, uma sala de administrativo, uma recepção, uma pré consulta, uma sala de espera, sala do gestor, dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala das agentes comunitárias de saúde, um consultório odontológico, um escovódromo, dois banheiros para pacientes e dois para funcionários, uma cozinha, um almoxarifado. Considero a estrutura física inadequada, no entanto estamos em reforma, esperando recurso federal para término das obras. Em relação à disponibilidade de equipamentos, medicamentos, insumos e materiais disponíveis estão adequados e são suficientes para oferecermos um serviço de qualidade. Embora algumas vezes os materiais demorem um pouco a chegar devido ao processo de licitação.

Temos duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe de Saúde Bucal, vinculada a uma equipe da ESF. Cada equipe da ESF está composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde bucal é de modalidade 01 com um auxiliar de saúde bucal e um cirurgião dentista.

A UBS funciona das sete horas às dezessete horas. Na parte odontológica também oferecemos uma vez por semana serviço noturno para população, como sendo a Saúde do Trabalhador. E uma vez por mês, atendimento aos sábados. Considero uma falha não haver consultas médicas em horários alternativos. Quanto ao acesso, a Unidade Básica está localizada próxima às regiões mais susceptíveis aos riscos de saúde e carentes.

O departamento oferece um adequado acesso aos exames complementares, temos um convenio com um laboratório de exames laboratoriais em nosso município. Temos o Consórcio Intermunicipal de Saúde

do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP) que oferece atendimento das consultas especializadas, mas são em números insuficientes, gerando uma demanda reprimida.

A retaguarda hospitalar é satisfatória, pois temos um hospital municipal de pequeno porte e o Hospital Universitário de Maringá, que é nossa referencia para casos mais complexos.

Sobre o processo de trabalho, em relação ao acolhimento e agendamento e classificação de risco, avalio estas praticas como sendo insatisfatórias, pois não realizamos classificação de risco, o agendamento é através de filas e o sistema de livre demanda é o que “imperá”.

Quase não usamos protocolos e as avaliações e o monitoramento é realizado apenas nos momentos de construção do Sistema do Pacto pela Saúde (SISPACTO) e Relatório Anual de Gestão.

Temos o Conselho Municipal de Saúde que, em minha opinião, não é muito atuante, pois nas reuniões deste a maioria dos presentes são os funcionários, já que os usuários nem aparecem, como acontece também nas conferencias de saúde. Temos ouvidoria também.

As atividades de educação em saúde estão restritas a adolescentes e gestantes, não realizamos os programas do Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) e puericultura, sendo este o ponto que esta especialização mais pode nos ajudar.

Enquanto educação continuada para os profissionais de saúde, temos oficinas mensais organizadas pela Secretaria Estadual para dois tutores que posteriormente realizam a oficina para os trabalhadores da UBS.

A odontologia em Itambé está composta por dois cirurgiões dentistas e uma auxiliar de saúde bucal, sendo que eu sou dentista da ESF, fazendo 40 horas semanais e a outra faz 20 horas e atende demanda.

No período da manhã, fico nas escolas junto com mais dois ACS realizando a escovação supervisionada e bochecho com flúor. É realizada escovação em crianças de 6 a 14 anos e alunos especiais da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nas sextas-feiras, eu fico na Unidade, pois sou responsável pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), Rede Cegonha, Sistema dos Planos de Ação das Redes

Temáticas (SISPART), então sempre tem algo para fazer. Também neste dia faço visitas domiciliares.

No período da tarde, geralmente estou na clínica. Na quarta à noite atendo os trabalhadores. Também faço o pré-natal odontológico, as gestantes são agendadas pela enfermeira e elas são atendidas no decorrer da semana. Na quarta à tarde tem um trabalho com adolescentes em parceria com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e seus profissionais, em especial com a psicóloga. Trabalhamos com os adolescentes em período de contra-turno com temas variados, incluindo: sexualidade, drogas, caráter, auto-estima, saúde nutricional, perspectiva, entre outros. Neste projeto que coordeno, participam também outros profissionais da saúde como enfermeiro, nutricionista e farmacêutico.

Estou muito empenhado em melhorar meu serviço, e esta especialização está ajudando muito, quero este ano atender o grupo do HIPERDIA, e também fazer puericultura odontológica.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O município de Itambé é um pequeno município do Norte do Estado do Paraná com 5979 habitantes, segundo IBGE/2010. Temos uma única Unidade Básica de Saúde, onde está concentrada toda a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (duas equipes). A UBS “Dr. Lafayette Grenier” é urbana, tendo como modelo uma UBS mista (Atenção Básica com Estratégia de Saúde da Família) sem vínculos com instituições de ensino.

Em Itambé não disponibilizamos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas estamos solicitando NASF 3, com a nova portaria que permitiu a adesão para municípios de pequeno porte. Temos um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de referência no município de Maringá (distância entre municípios é de 48 km) do tipo II que atende nas especialidades: periodontia, endodontia, pacientes especiais, próteses, cirurgia. Para os pacientes é fornecido meio de transporte, como micro-ônibus e carro, para irem até o serviço de referência. O departamento oferece um adequado acesso aos exames complementares, temos um convênio com um laboratório de exames

laboratoriais em nosso município. A Unidade fornece a liberação dos exames laboratoriais em menos de 15 dias. Isto é importante para o diagnóstico precoce e definir o plano de tratamento dos usuários e para o profissional isto auxilia no serviço, já que os usuários se tiverem que pagar, muitas vezes não iriam fazer os exames. A colonoscopia, os eletrocardiogramas, RX com contraste e a tomografia computadorizada, demoram mais de 30 dias para liberação, principalmente pela demanda de procura e pelo pequeno número de vagas disponibilizadas. Também não oferecemos o exame de colposcopia e de espirometria. Constatamos certa falha na oferta destes exames, o que dificulta a resolutividade dos casos e demora no diagnóstico. Temos o Consórcio CISAMUSEP que oferece atendimento das consultas especializadas, mas são em números insuficientes, gerando uma demanda reprimida. Quando analisamos o acesso ao atendimento especializado, temos uma grande demanda e uma fila de espera em algumas áreas como ortopedia e neurologia. Oferecemos atendimento de especialidades na UBS ou no CRAS, já que alguns profissionais estão alocados neste último, até terminar a ampliação, são eles: fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, ginecologista e obstetrícia, pediatra, psicólogo e psiquiatra. Tendo estes profissionais na UBS, conseguimos enriquecer e acelerar o tratamento ofertado.

A equipe tem acesso à remoção de pacientes em situação de urgência. E a UBS considero um ponto de pronto atendimento e pronto socorro muitas vezes, pois os médicos durante o dia ficam na UBS e só a noite vão para o hospital. E a internação no hospital municipal ocorre de forma satisfatória.

A retaguarda hospitalar é satisfatória, pois temos um hospital municipal de pequeno porte e o Hospital Universitário de Maringá, que é nossa referencia para casos mais complexos.

Temos duas equipes de Estratégia Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, vinculada a uma equipe da ESF. Cada equipe da ESF está composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde bucal é de modalidade 01 com um auxiliar de saúde bucal e um cirurgião dentista.

A UBS funciona das sete horas às dezessete horas. Na parte odontológica também oferecemos uma vez por semana serviço noturno para população, como sendo a Saúde do Trabalhador. E uma vez por mês,

atendimento aos sábados. Considero uma falha não haver consultas médicas em horários alternativos. Quanto ao acesso, a Unidade Básica está localizada próxima às regiões mais susceptíveis aos riscos de saúde e carentes.

Na Unidade Básica de Saúde temos uma farmácia, um CAF, uma sala de agendamento, uma sala de curativo, uma sala de vacinas, uma sala de administrativo, uma recepção, uma pré-consulta, uma sala de espera, sala do gestor, dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala das agentes comunitárias de saúde, um consultório odontológico, um escovódromo, dois banheiros para pacientes e dois para funcionários, uma cozinha, um almoxarifado. Considero a estrutura física inadequada, no entanto estamos em reforma, esperando recurso federal para término das obras.

Sobre o processo de trabalho, em relação ao acolhimento e agendamento e classificação de risco, avalio estas praticas como sendo insatisfatórias, pois não realizamos classificação de risco, o agendamento é através de filas e o sistema de livre demanda é o que “imperá”.

A odontologia em Itambé está composta por dois cirurgiões dentistas e uma auxiliar de saúde bucal, sendo que eu sou dentista da ESF, fazendo 40 horas semanais e a outra faz 20 horas e atende demanda.

No período da manhã, fico nas escolas junto com mais duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizando a escovação supervisionada e bochecho com flúor. É realizada escovação em crianças de 6 a 14 anos e alunos especiais (APAE). Apesar da água em Itambé ser fluoretada com concentração considerada satisfatória (segundo análise feita em parceria com a UEM), no entanto o governo do Estado do Paraná preconiza o bochecho fluoretado até os 15 anos, além disso, nosso CPO-D se encontra próximo de 3 e não temos a fluorose como problema de saúde pública (ANTONIASSI, 2009), assim faz-se necessário a utilização do bochecho fluoretado como ação preventiva à cárie dentária. Nas sextas-feiras, eu fico na Unidade, pois sou responsável pelo PMAQ, SARGSUS, Rede Cegonha, SISPART, então sempre tem algo para fazer. Também neste dia faço visitas domiciliares.

No período da tarde, geralmente estou na clínica. Na quarta à noite atendo os trabalhadores. Também faço o pré-natal odontológico, as gestantes são agendadas pela enfermeira e elas são atendidas no decorrer da semana. Na quarta a tarde tem um trabalho com adolescentes em parceria com o CRAS

e seus profissionais, em especial com a psicóloga. Trabalhamos com os adolescentes em período de contra turno temas variados, incluindo: sexualidade, drogas, caráter, autoestima, saúde nutricional, perspectiva, entre outros. Neste projeto que coordeno, participam também outros profissionais da saúde como enfermeiro, nutricionista e farmacêutico.

Enquanto estrutura física (número de salas e tamanho), constatamos que a UBS em Itambé está satisfatória e consegue ofertar um espaço adequado para os profissionais e para os usuários. Temos a existência de vidro na recepção, o que separa o trabalhador do usuário, gerando falta de humanização, assim deveríamos retirar este vidro; ausência de acomodações satisfatórias na sala de espera para os usuários, prejudicando a ambiência da UBS; não temos uma sala de reuniões exclusiva, muitas vezes utilizamos a sala das ACS ou a própria recepção, pois vejo que isto prejudica o andamento, já que muitas vezes temos que aguardar o término dos atendimentos; não temos sala de lavagem ou de esterilização, mesmo não sendo obrigatórios pelo manual, disto dificulta os atendimentos. Aqui os materiais vão para o hospital para esterilizar, e demoram em retornar;

A sala de odontologia é adequada aos parâmetros do manual, só não temos aparelho de Rx, o que dificulta o tratamento muitas vezes, mas como este não é obrigatório, está ideal. Além disso, não temos torneiras que dispensam o uso das mãos. Quanto às dimensões dos ambientes, a maioria está adequada e com a ampliação melhorará ainda mais. Quando analisamos as características estruturais, como ventilação, iluminação, pisos e paredes, materiais de acabamento, portas, janelas, bancadas e armários até me surpreendi, pois estamos dentro das normas do MS, o que auxilia no dia-a-dia do trabalho. Mas as sinalizações e ambiência deixam a desejar, não temos placas de identificação dos serviços existentes, nem do fluxo de atendimento. A sinalização para deficientes visuais ou auditivos é inexistente.

Quando analisei as barreiras arquitetônicas, Itambé está em boas condições. Considero a falta de corrimão um item muito importante para acessibilidade, pois dificulta os pacientes portadores de necessidades especiais serem atendidos, contrariando o direito universal de utilizar os serviços de saúde.

Em relação aos equipamentos e instrumentais, considero nossa

condição satisfatória, pois possuímos materiais suficientes. E só não temos material para esterilização, microscópio e oftalmoscópio. Isto influencia positivamente para prestação adequada de serviço para população e no serviço dos profissionais que conseguem desempenhar suas funções. Temos um consultório odontológico, que possui todos os equipamentos e instrumental em condições satisfatórias de uso. Só saliento a falta de lugar para esterilização que prejudica no atendimento, mas isto vai ser sanado com a ampliação que está sendo feita, onde terá centro de esterilização. Possuímos um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentais e materiais de consumo satisfatório, assim temos na maioria das vezes condições de trabalho. Só o quesito reposição de mobiliário ficou um pouco deficitário. Os moveis da UBS são praticamente novos, mas quando precisam de reposição demoram um pouco. A UBS possui uma empresa que presta atendimento de manutenção e revisão dos materiais, e revisa os equipamentos quando necessário. Quanto aos nossos equipamentos de comunicação temos conexão com internet satisfatória, e 17 computadores, onde todos os profissionais que necessitam utilizá-lo podem fazer, para enriquecimento do serviço. Ainda não temos prontuário eletrônico, mas estamos em processo de implantação, acredito que nos próximos meses estará sendo implantado, isto melhorará e muito o serviço, pois assim teremos um melhor registro dos atendimentos.

Não realizamos na UBS o bacterioscópico a fresco de secreção vaginal, teste rápido de gravidez e de alterações patológicas na urina. Mas eles são encaminhados para o serviço de referencia. E também realizamos em dois períodos, o teste rápido de hepatite B e C.

O acesso ao material bibliográfico é deficitário, não temos nenhum protocolo na UBS, temos ciência que estes existem, mesmo que de forma digital, mas não os temos imprimido. Em algumas áreas já iniciamos a realização, como a saúde bucal, mas por falta de tempo ainda não terminamos a confecção deste. Isto prejudica a padronização do atendimento e a continuidade. Temos alguns livros didáticos na área médica, mas são poucos. Esta educação continuada é deficitária e prejudica a atualização dos profissionais, considero que o gestor tem papel importante neste quesito, pois o mesmo não incentiva os profissionais neste aspecto.

Em relação às atribuições da equipe, podemos informar que a territorialização e mapeamento da área foram feitos antes da minha entrada na equipe, mas no ano passado fizemos uma oficina que envolveu este tema, onde desenhamos as áreas e colocamos pontos de risco e vulnerabilidades, onde existiam pontos de apoio, recreação e redes sociais, foi muito enriquecedor, pois todos os funcionários da UBS participaram desta atividade. Desta forma, devemos fomentar na equipe a construção e o estudo do mapeamento e territorialização para que esta seja regular identificando as áreas de risco e os pontos de apoio, já que o processo é dinâmico. Em nosso município como não temos local para atividade coletiva na UBS, utilizamos os domicílios, escolas, associações de bairro e outros espaços comunitários, como o centro catequético para desenvolver nosso cuidado a saúde. Na odontologia os principais pontos são as escolas, onde desenvolvemos atividades de promoção e prevenção. Mas considero que para aperfeiçoar nosso trabalho teríamos que ter um ponto de educação popular na UBS ou perto dela.

Quanto à busca ativa aos pacientes faltosos, principalmente ao pré-natal, é realizado pelos ACS com coordenação dos enfermeiros. Encaro esta questão como uma falha da odontologia, pois não realizamos busca ativa de pacientes faltosos, mas com este levantamento já estou conversando na UBS para aprimorar e conseguir terminar mais os tratamentos, pois não temos muitos casos de pacientes que concluem o tratamento. E como mostra o artigo VII das atribuições dos membros da equipe de Atenção Básica é função de todos fazer esta busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, o que aqui em Itambé só é feito pela enfermeira e pela auxiliar da epidemiologia. Na verdade me sinto despreparado para realizar tal função, mas se durante a anamnese detecto algo, encaminho para enfermeira responsável, assim devemos solicitar capacitação para desempenharmos melhor nossa função.

Realizamos cuidado domiciliar abrangendo curativo, orientações, medicação, entre outros procedimentos quando necessário, e esta atividade são desempenhadas pela maioria dos profissionais da UBS. Na odontologia realizamos orientações, realizamos pequenos procedimentos como raspagem e aplicação tópica de flúor.

Realizamos encaminhamentos seguindo o protocolo do Consorcio Municipal e depois estes pacientes retornam a UBS com a contra referencia e realizamos o tratamento solicitado. Na UBS temos os grupos dos adolescentes, capacitação para o trabalho, combate ao tabagismo, portadores de sofrimento psíquico e pré-natal. Temos como profissionais participantes o enfermeiro, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde, psicólogo, nutricionista e os médicos participam raramente, alegam não ter disponibilidade. O grupo de adolescente é coordenado por mim e pela psicóloga do CRAS, trabalhamos sexualidade, drogas, personalidade e perspectiva de futuro. É um grupo de 20 adolescentes de 13 a 17 anos, no período de contra turno. Participo do grupo de gestante, e da capacitação para o trabalho sou facilitador municipal da oficina do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS). Faz-se necessário a ampliação de grupos prioritários, principalmente HIPERDIA, puericultura e saúde bucal.

Como já identificado no questionário de engajamento popular, não promovemos a participação da comunidade no controle social, o que desfavorece a construção do trabalho, pois quando o serviço é construído com a população o serviço fica mais próximo e mais eficaz. Devemos fomentar a participação popular, e um primeiro passo é discutir estes temas no grupo de adolescente.

A qualificação profissional ocorre através dos encontros semanais da equipe, onde discutimos o processo de trabalho e casos clínicos. Além das oficinas que o Estado do Paraná realiza o APSUS, que é uma capacitação em Atenção Básica, ocorrendo uma vez a cada dois meses, para todos os profissionais. Também participo do Curso de Gestão em Saúde Bucal para coordenadores de saúde bucal pela Universidade Estadual de Maringá.

Temos uma reunião semanal com a equipe da UBS onde trabalhamos a organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações. Deveríamos focar mais no monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, principalmente do PMAQ.

Em relação à área adstrita, em Itambé, como temos 100% de cobertura, todos os 5979 habitantes estão dentro da nossa área adscrita, considerando o numero de equipes (duas) com cinco Agentes Comunitárias de Saúde adequadas, pois a equipe um tem 1060 famílias e 3090 pessoas, já a equipe

dois tem 1007 famílias totalizando 2999 pessoas, e segundo a portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 a média recomendada é de 3000 pessoas e no máximo 4000. Todos os ACS têm no máximo 664 pessoas, quando o máximo recomendado pela mesma portaria é de 750 pessoas.

A distribuição da população por sexo está da seguinte forma: temos 3024 mulheres e 2955 homens, mostrando a distribuição paritária entre os sexos. Já a distribuição da população por faixa etária, temos 54 crianças menores de um ano. A população com mais de 60 anos é de 925. Mostrando que a nossa população está em transição demográfica, envelhecendo. Assim se faz necessário implantar mais programas para esta faixa etária e trabalhar as condições crônicas.

Em relação à demanda espontânea, na nossa equipe não temos uma equipe exclusiva para realizar o acolhimento, e sim uma equipe do período. Todos os dias, durante a manhã é a equipe um, mas especificamente a enfermeira que realiza o acolhimento, juntamente com a recepção e as auxiliares de enfermagem da pré-consulta. Durante a tarde é equipe dois que realiza este trabalho. O acolhimento ocorre na maioria das vezes na sala de enfermagem, um espaço com ambiência adequada e na recepção (primeiramente). Mas algumas vezes ocorre no corredor, não sendo o correto, pois não oferece um acolhimento humanizado para os usuários.

Considero que todos os usuários que chegam a UBS têm as suas necessidades acolhidas (escutadas) em até em 5 minutos, o que demonstra um importante fator para realização de um atendimento humanizado e a partir deste acolhimento é ofertado à consulta conforme a necessidade, ou prioritária/emergencial, para o dia ou para outro dia, se não houver necessidade. A equipe conhece as avaliações e classificações de risco, até tivemos uma oficina no ano passado sobre o assunto, no entanto não temos protocolos, o que fortaleceria este procedimento. Como conhecemos as vulnerabilidades sociais, pois temos uma população pequena, utilizamos muitas vezes desta classificação.

Em relação ao atendimento à demanda do usuário para problemas de saúde agudos, os usuários solicitam ao enfermeiro consultas para atendimento do dia e existe excesso de demanda em muitos dias da semana, principalmente nesta época de dengue e porque aqui não temos unidade de

pronto atendimento e só uma unidade. Estes usuários são agendados e não saem sem consultas. Não temos excesso de demanda para o atendimento imediato/prioritário, e este atendimento ocorre pela equipe em menos de 30 minutos, incluindo o atendimento médico.

Acredito que o acolhimento ocorre com uma escuta qualificada e humanizada, respondendo na maioria vezes as necessidades de todos e de cada um de maneira singular, integral e com equidade. Vejo que na UBS oferecemos opções de tratamentos, mas poderíamos fomentar as ações de promoção e prevenção. Vejo que o modelo de acolhimento pela equipe de referencia na teoria é a mais indicada, só que em nosso município não se aplicaria, pois o médico da equipe 1 atende de manhã e o médico da equipe 2 atende à tarde. Também vejo que seria importante a contratação de uma enfermeira para UBS, assim além das enfermeiras da ESF, teríamos um melhor acolhimento e as atividades da ESF seriam melhor desempenhadas.

Na odontologia não temos excesso de demanda, assim o acolhimento ocorre de forma tranquila, e procuro oferecer serviços de promoção e prevenção principalmente para adolescentes e crianças.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses) em nossa UBS realizamos atendimento de puericultura para menores de 72 meses, no entanto este ocorre apenas pela médica pediatra, embora toda equipe devesse estar acompanhando (enfermagem, dentista). Assim qualitativamente o atendimento seria melhorado, e teríamos um fluxo menor para o médico, já que temos um excesso de demanda para o pediatra. Este atendimento ocorre duas vezes por semana e esta demanda é atendida no mesmo dia, mesmo tendo sendo excedida a sua capacidade, assim as consultas agendadas seriam priorizadas e realizadas de forma mais adequada. Com a implantação de consultas de outros profissionais (pelo menos mais dois turnos) ampliaria a oferta e diminuiria o excesso de demanda.

Não temos protocolos, nem arquivo específico para puericultura, desta forma seria recomendável confeccionar um protocolo municipal e criar um arquivo para este fim.

A médica realiza diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, saúde bucal (pois quando percebe alguma alteração encaminha ao dentista), saúde

mental, prevenção de anemia, violência, além da promoção do aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis.

Outro ponto falho que eu considero é que não temos grupos de mães de crianças da puericultura. Mas eu incluiria os pais neste grupo, como diz no Caderno de atenção básica atual, quando o pai participa do cuidado até o casamento tem mais perspectivas.

Em relação à saúde bucal, a puericultura é totalmente inadequada, não temos acompanhamento destas crianças. Percebi que a equipe de saúde bucal precisa desempenhar a puericultura, para promover saúde e prevenir doenças bucais. Vou buscar junto com a enfermagem criar a puericultura não médica e ofertar este tipo de atendimento.

Também devemos melhorar a busca ativa as crianças faltosas a puericultura e fomentar as consultas até o sétimo dia de vida da criança.

Em relação à cobertura de **atenção à saúde da criança** de 0 a 72 meses, não temos informações a indicadores de cobertura e de qualidade, já que eram cadastradas apenas crianças de 0 a 5 anos e as mesmas não possuíam nenhum tipo de registro de procedimentos realizados, apenas o prontuário clínico com as informações das consultas. Assim os dados que temos se refere apenas as crianças até 1 ano de idade, totalizando 54. Destas crianças 13 realizam consultas médicas no serviço particular, assim o numero de criança que realizam puericultura médica na UBS é de 41, o que dá uma cobertura de 38% pelo caderno, mas pelos cálculos reais a cobertura é de 75%. Mas todas estas crianças são acompanhadas pelas ACS da microárea, portanto sabemos a questão de vacinas, teste do pezinho e outros. Com consultas em dia de acordo com o protocolo temos 49 crianças, destas 38 são atendidas na UBS e 11 no serviço particular. E das com atraso de mais de sete dias, três são da UBS e dois do particular, totalizando cinco (12%). Temos todas as 54 crianças da área de abrangência da UBS com teste do pezinho realizado até sete dias, com orientação para aleitamento materno exclusivo e com orientação para prevenção de acidentes (100%). Temos 51 crianças (94%) com a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida. Em relação à triagem auditiva, 98% das crianças realizaram, pois uma mãe não levou a criança para a triagem. Das 54 crianças, 52 continuam o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, as 41 crianças consultadas na

UBS (pois a médica informou que realiza este procedimento em todas as consultas) e as ACS constataram que duas da rede particular os médicos não realizaram. Temos 98% das crianças com vacinas em dia (n=53), mas esta já foi realizada busca ativa e deve comparecer a UBS. Assim, apesar dos resultados para crianças até 1 ano estarem bons, para faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, de 0 a 72 meses, não temos informações, nem monitoramento. Apenas sabemos que o número de crianças até 72 meses é de 371 crianças. Considero relevante acompanhar e cadastrar todas as crianças, mesmo as que realizam consulta médica em serviço particular, pois estas utilizam a UBS para vacinação, atendimento odontológico, atendimento nutricional, recebem acompanhamento das ACS e também visita domiciliar da equipe de enfermagem após o nascimento.

Em relação à **avaliação de saúde bucal** apenas 17% (n=7) das crianças realizaram atendimento com cirurgião-dentista, mas a médica pediatra informou realizar avaliação bucal. Assim, teoricamente os resultados (quantitativamente) estão bons, mas qualitativamente, podemos melhorar, implantando a puericultura odontológica.

Em relação ao **acompanhamento pré-natal**, o município de Itambé possui um pré-natal em minha opinião de satisfatório a bom, mas com alguns aspectos a serem melhorados.

Realizamos pré-natal com o médico GO, enfermeira (duas vezes na semana), no período da manhã em um dia e a tarde em outro, e o pré-natal odontológico todos os dias da semana, incluindo um dia à noite. Temos também a nutricionista que presta atendimento a gestantes.

Com todos os profissionais estas gestantes saem com as próximas consultas agendadas. Existem gestantes com problemas agudos, mas não temos excesso de demanda, e estas recebem atendimento com tranquilidade.

Um ponto que podemos aperfeiçoar é a criação de protocolo municipal para o pré-natal para padronizarmos o atendimento. Temos apenas protocolos para encaminhamentos e internações.

Outro ponto importante que realizamos é a classificação de risco, e quando estas são classificadas como de risco realizam o pré-natal na UBS e no hospital de referencia.

Os atendimentos a gestantes são registrados em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, na ficha de atendimento odontológico, nutricional e na ficha espelho da vacina, e são arquivados em arquivos específicos, que são revisados semanalmente pela enfermeira, com a finalidade de verificar as gestantes faltosas, a completude de registros.

Outro ponto que devemos melhorar é que devemos solicitar a carteira de gestantes para dar e anotar as informações devidas. Em muitos casos percebo que a equipe não se utiliza deste instrumento.

O programa do SISPRENATAL existe em nossa UBS tendo as enfermeiras responsáveis pelo programa. Temos uma equipe multiprofissional que realiza atividades em grupo com gestante, tendo aproximadamente 50% de gestantes participantes, estas reuniões ocorrem mensalmente em espaços comunitários.

A enfermeira é responsável também pelo planejamento, gestão e coordenação do Programa pré-natal, não de forma exclusiva o que às vezes compromete a qualidade, pois ficam sobrecarregadas de atividades.

Temos 100% das gestantes cadastradas e acompanhadas pela equipe de ESF, e destas 93% das gestantes com consultas em dia de acordo com protocolo, sendo que destas 82% iniciaram no primeiro trimestre. Com exames solicitados na 1ª consulta 96% (1 que realiza no particular não tinha informações). Em relação à vacina antitetânica 93% apresentaram a carteirinha comprovando a vacina e duas (7%) restantes são gestantes recém-cadastradas irão trazer a carteirinha. Sobre a vacina de hepatite B apenas 57% tivemos comprovação, mas foi solicitado exame. Cem por cento das gestantes estão com a suplementação de sulfato ferroso de acordo com o protocolo e com orientação para o aleitamento materno exclusivo.

Com um exame ginecológico por trimestre apenas 13 gestantes realizaram (68%), mas segundo o médico Ginecologista as outras estão agendadas para coleta.

Apenas 57% das gestantes tiveram avaliação de saúde bucal. Mas todas foram marcadas juntamente com a equipe de enfermagem, mas tivemos muitas faltas, pois percebemos resistências das gestantes em relação ao atendimento odontológico. Uma falha nossa é que não realizamos busca ativa das faltosas.

Em relação à **Prevenção do Câncer de Colo de Útero**, o nosso município realiza orientações a cerca do uso dos preservativos nas relações sexuais, realiza também a coleta do exame citopatológico, porém estes exames são realizados em apenas dois dias da semana, sendo um dia em cada turno, vejo que para aumentar a cobertura do Papanicolau a USB deve começar a disponibilizar mais dias e incluir um dia no período noturno para a realização deste exame. Na nossa UBS apenas as enfermeiras realizam a coleta deste exame, podendo implantar que durante as consultas com o ginecologista este também possa colher o material quando examina a paciente, isto também pode levar a um aumento da cobertura. Vejo também que apesar dos esforços são poucos os profissionais que se dedicam a orientação para a necessidade da realização do preventivo, sendo estes os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Vejo que outra vez deveríamos ter na unidade básica de saúde um protocolo próprio até mesmo para ter um respaldo para os profissionais para a realização de determinadas condutas. Tivemos 10 mulheres com os exames alterados e destas 4 perderam o seguimento sendo por recusa ou abandono do tratamento ou mulheres não localizadas. Os preventivos são realizados e registrados no prontuário e livro de registro que costuma ser revisado para localizar as mulheres com exames alterados, devendo assim a UBS apresentar um registro para verificação de mulheres com preventivos que não estão em dia.

Também não realizamos atividades com grupos de mulheres, devendo ser implantado para aumentar o vínculo e a confiança entre profissionais e pacientes. Somente a enfermeira realiza o planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento do programa, mas não de maneira integral e não realiza reuniões com a equipe, vejo então que mais profissionais deveriam se integrar destas ações não deixando somente as responsabilidades para o enfermeiro que frente a todos os programas fica sobrecarregado. Utilizamos como fonte de dados para avaliação o SISCOLO, mas não produzimos relatórios para apresentar para a equipe o deve ser melhorados falhando também neste ponto.

Sugiro como estratégias: aperfeiçoar as informações sobre os fatores de riscos para o câncer de colo de útero, podendo até se confeccionar materiais

educativos para as mulheres; responsabilizar toda a equipe, inclusive a equipe de saúde bucal para orientação da necessidade e importância do exame Papanicolau, inclusive durante a anamnese incluir se o exame de preventivo está em dia; criação junto com a ESF de um registro para verificação de mulheres com preventivos que não estão em dia; criar grupo de mulheres fomentando atividades de prevenção e promoção, diminuindo os riscos e vulnerabilidades do câncer de colo de útero; incluir uma equipe multiprofissional para realização do planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento do programa para não sobrecarregar a enfermeira; e produzir relatórios rotineiramente do SISCOLO para análise de toda equipe;

Em relação ao **Controle do Câncer de Mama**, Itambé realiza ações de rastreamento para o câncer de mama através do exame clínico das mamas realizado durante o exame preventivo do colo do útero e solicitações de mamografias. Realizamos também rastreamento para o câncer de mama todos os dias da semana através das enfermeiras e dos médicos. Percebo que poucos profissionais aproveitam o contato com os pacientes para verificar a necessidade de realizar os exames de prevenção do câncer de mama, fazendo isto somente os médicos e enfermeiros, assim devemos capacitar a equipe mostrando para os funcionários a importância das orientações para o diagnóstico precoce do câncer. Pecamos novamente em não ter um protocolo no município devendo providenciar a elaboração de um. Nos últimos três anos 15 mulheres foram identificadas com mamografias alteradas, sendo que uma delas teve perda do seguimento por não ser localizada.

Os registros são realizados no prontuário clínico e em um livro de registro, ficando a desejar as informações das mamografias atrasadas. Temos a presença de um arquivo específico para registro dos resultados das mamografias que costuma ser revisado mensalmente pela enfermeira com o caráter de avaliar as mamografias com resultados alterados. O profissional que se dedica ao planejamento das ações é o enfermeiro, mas não de maneira integral por ficar sobrecarregado por várias funções e, além disto, não realiza reuniões para discutir os resultados alcançados.

Devemos aperfeiçoar a coleta e registro dos dados, já que não conseguimos os dados referentes ao atraso de seis meses no exame citopatológico para câncer de colo uterino e os dados referentes às mulheres

com mamografias com mais de 3 meses em atraso, pois não possuímos no município um registro que nos dê informações a respeito dos atrasos de realizações dos preventivos e de mamografias. Assim será necessário um registro com os nomes das mulheres e a data dos exames, além de as agentes comunitárias terem anotados em suas fichas as datas.

A cobertura do município em relação ao total de mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas para prevenção de câncer de colo uterino está razoável, uma vez que o número estimado seria de 1555, e a nossa cobertura está em 60% acompanhando 934 mulheres. Já que consideramos também as mulheres que realizam preventivo no particular, este número deve ser maior. Para a cobertura do município em relação à cobertura de controle do CA de mama é de 66% (n=329) mulheres são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Considero uma cobertura baixa, pois muitas mulheres ficam sem acompanhamento. Assim uma estratégia é criar campanhas de conscientização e de pedidos de mamografias, além de solicitar mamografias durante a coleta de preventivo e durante as consultas médicas.

Os indicadores que tratam das mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, estão com 85% (n=798) mulheres que realizaram 2 exames consecutivos com intervalo de um ano entre eles e demais a cada três anos, como preconizado. O indicador que mostra as mulheres que apresentam exames alterados com alguma atípica ou lesão intraepitelial de baixo ou alto grau, o resultado é de 1 % das mulheres (10 mulheres), estes dados são levantados segundo informações do SISCOLO e são acompanhadas pela equipe da ESF, pelo que me informaram é de forma adequada. Já a mulher com avaliação de risco para CA de colo, com orientações sobre prevenção de CA de colo uterino, com orientações sobre DST e com exames coletados com amostras satisfatórias tem o percentual de 85%, pois pelas informações obtidas, durante a coleta todas as mulheres são investigadas com orientações a respeito de doenças, prevenção e tratamento.

Em relação aos exames coletados com células representativas da junção escamo colunar temos que 81% (n= 756) exames apresentaram satisfatórios, sendo que alguns somente apresentam um dos epitélios. Em relação ao controle do câncer de mama, as mamografias em dia, onde constam as mulheres que realizaram mamografias com intervalo máximo de até 2 anos

entre os exames, temos 90% (n=296) mulheres acompanhadas. Como no câncer de colo de útero não conseguimos os dados em relação às mamografias com mais de 3 meses em atraso, devido à falta de registro próprio. Para os dados de avaliação de risco para CA de mama e com orientação sobre prevenção do CA de mama, todas com mamografia em dia foram orientadas e avaliadas o resultado foi de 90% (n=290) já que durante a solicitação e a realização do Papanicolau todas as mulheres, segundo a enfermagem, são orientadas para a realização do autoexame de mamas e prevenção, além de serem avaliadas para o risco de câncer de mama.

Em relação à **atenção aos hipertensos (HAS) e diabéticos (DIA)**, no que diz respeito às estratégias de prevenção não farmacológica de controle de HAS e DIA temos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física, principalmente apoiada pela nutricionista e educadora física da UBS, mas também por outros profissionais. Mas considero que são apenas pontuais, devendo ocorrer de forma sistematizada e regularmente. E não temos orientações sistematizadas sobre os malefícios do álcool, ou são inconstantes, por isso consideramos que não realizamos, assim fica sob nossa responsabilidade realizar. Acredito que um modo de sistematizar é criar o grupo de hipertensos e diabéticos, com reuniões a fim de passar as informações aos pacientes. Em relação às consultas aos pacientes com hipertensão e com diabetes a maior falha está na falta de consultas agendadas, assim seria melhor implantar o dia específico para atendimento do HIPERDIA, além de criar dias e horários alternativos para este atendimento.

Na UBS o atendimento ocorre todos os dias, em todos os turnos junto com a demanda o que dificulta o acesso. O atendimento é realizado pela maioria dos profissionais, mas estes mesmos necessitam de capacitação para melhorar o atendimento e a informação prestada para a população. Temos oferta para problemas agudos de HAS, porém não tem excesso de demanda. O protocolo é um ponto crucial, já que com a criação e implantação deste as ações ocorreriam de forma sistematizada e de forma correta, além de dar respaldo para os profissionais. Realizamos ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, obesidade,

sedentarismo e tabagismo, mas estas ações como informei são pontuais, então deveriam ser contínuas e de forma a abranger mais usuários.

Em relação à estratificação de risco, ela é precária. Considero que deve haver capacitação para os profissionais. E a estratificação deve ser em todas as consultas e registradas em prontuário clínico, ou melhor, em prontuário específico do programa HIPERDIA. Outro ponto é que não temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos, o que dificulta acesso aos dados, o que poderia ser facilitado com a implantação do HIPERDIA, que não existe na UBS.

Em relação a esta implantação já foi tentado implantar, mas o gestor colocou barreiras, principalmente financeira, pela liberação de exames. Em relação a atividades de grupo, temos apenas um grupo de alongamento que se reúne semanalmente, aproximadamente 80 usuários (10%), em espaços comunitários. Estas atividades deveriam ser expandidas para mais pessoas e mais dias das semanas, além de criar os grupos do HIPERDIA. Não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento, pois temos sobrecarga dos atuais profissionais, e necessitamos contratação de mais profissionais.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não está nem perto da nossa realidade, pois pela estimativa teríamos 1260 hipertensos e temos apenas 832 hipertensos cadastrados no SIAB, mas pela COAP-Paraná a estimativa seria de 18,8% da população com mais de 15 anos (dados da 15 Regional de Saúde), dando assim aproximadamente 930 hipertensos, o que se aproxima mais da nossa realidade. Acredito sim que temos mais hipertensos, devendo assim realizar uma busca ativa e campanhas de identificação dos hipertensos, mas mesmo assim este número ficaria longe dos 1260. Desta forma, a cobertura está em 66%, dando uma cobertura baixa, se formos analisar a estimativa, mas se formos analisar pela realidade e COAP-PR, temos 89% de cobertura.

De acordo com o que vimos no município, entre os profissionais, poderíamos ampliar a cobertura através da implantação do HIPERDIA, oferta de consultas agendadas consulta em horários e dias alternativos, além de um serviço multidisciplinar para verificar se o hipertenso está cadastrado e com as consultas em dia. A nossa avaliação em relação aos indicadores de qualidade

da atenção à HAS, é que estamos em uma situação que requer mudança imediata, pois os resultados estão insatisfatórios, pois dos HAS, apenas 14% (n=115) estão com estratificação de risco, mas não sei se de forma adequada já que esta estratificação é dinâmica e deve ser realizada em todas as consultas e segundo o Caderno de Atenção Básica, deveria pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo.

Por não possuímos o Programa HIPERDIA, não temos um controle das consultas, assim não sabemos quais eram os pacientes com consultas atrasadas em mais de 7 dias. Com exames periódicos em dia, com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável o resultado foi de 75% (n=622), acredito ser um resultado satisfatório, mas que poderia ser melhorado com a implantação do HIPERDIA e de consultas agendadas, além de criação e implantação do protocolo para sistematizar os dados e informações. No meu setor, com avaliação de saúde bucal em dia, temos apenas 27% (n=223), devido ao fato de atendermos mais demanda e ao fato de muitos destes hipertensos serem portadores de prótese dentárias, achando que não precisam visitar regularmente o cirurgião-dentista.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais não está adequada a nossa realidade, pois pela estimativa teríamos 360 e na verdade temos 200. Segundo o COAP-Paraná, teríamos 5,1% (n=250) da população com mais de 20 anos, o que chega mais perto da nossa realidade (n=200), acredito que esta diferença de 50, pode ser por falta de uma busca ativa e campanhas de identificação dos diabéticos. A cobertura se analisarmos a expectativa é insatisfatória, 56%. Mas pela cobertura do COAP-Paraná, nossa cobertura está em 4,2% da população, próximo aos 5,1% recomendado, ou seja, 80% de cobertura. E se analisarmos o acompanhamento, também estamos com os índices satisfatórios, já que pelo DATASUS/SIAB tem uma média de 85% dos diabéticos acompanhados. Novamente, a minha avaliação em relação aos indicadores de qualidade da atenção às Diabéticos, é que estamos em uma situação que requer mudanças, pois os resultados estão insatisfatórios.

Os pacientes com estratificação de risco, o resultado foi baixo, ou seja, apenas 48% (n=96), estão com estratificação registrada, mas não sei se de forma adequada já que esta estratificação é dinâmica e deve ser realizada em todas as consultas e segundo o Caderno de Atenção Básica, deveria pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Os pacientes com consultas atrasadas em mais de 7 dias não tivemos acesso aos dados, então não temos resultados, mostrando novamente a ineficiência de nossa conduta. Os pacientes com exames periódicos em dia, com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável o resultado foi de 74% (n=147), acredito ser um resultado satisfatório, mas que poderia ser melhorado com a implantação do HIPERDIA e de consultas agendadas, além de criação e implantação do protocolo para sistematizar os dados e informações.

Os indicadores referentes a exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida de sensibilidade dos pés, o resultado foi de 12% (n=23), sendo um resultado muito baixo, pois só são realizados quando temos queixa do paciente, e não com uma frequência clínica preventiva. Na odontologia, com avaliação de saúde bucal em dia, temos apenas 44% (n=88), de novo pelo fato de atendermos mais demanda e ao fato de muitos destes diabéticos serem portadores de prótese dentárias, achando que não precisam visitar regularmente o cirurgião-dentista.

Em relação à **saúde do idoso**, observamos que a UBS realiza atendimento ao idoso todos os dias da semana e em todos os turnos de funcionamento da unidade, menos o noturno. Todos os profissionais participam do atendimento ao idoso, incluindo também o agente comunitário de saúde, mas é necessária uma capacitação para esta faixa etária e para doenças crônicas. Temos na unidade um dia para o atendimento do idoso no período da manhã e da tarde, mas a procura é maior que a demanda de consultas oferecidas e, além disto, os próprios idosos agendam sua consulta, mas é avaliada somente a queixa do idoso e assim eles não saem da unidade com o próximo retorno agendado. Para uma melhora poderemos aumentar o número de consultas para os idosos e durante a consulta realizar a avaliação multidimensional rápida com implantação e anotação na caderneta de saúde

da pessoa idosa com registros próprios para poder acompanhar a saúde desta população. Mas, sobretudo melhorar a prevenção às doenças crônicas, para evitar a agudização destas. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos e não existe excesso de demanda de idosos para problemas de saúde agudos. Não possuímos protocolo de atendimento para idosos na nossa UBS, devendo criar e implantar um protocolo. Quanto às ações desenvolvidas na UBS no cuidado do idoso temos dificuldade no diagnóstico e tratamento do alcoolismo uma vez que não possuímos centro de referência municipal. Os atendimentos dos idosos são registrados em prontuário clínico odontológico, nutricional e vacinal, assim como melhora deveríamos criar um registro próprio para busca ativa dos pacientes. Somente às vezes, os profissionais de saúde explicam ao idoso como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde com HAS, DM e depressão, devendo melhorar as orientações para os interessados.

Na nossa UBS existe a caderneta de saúde da pessoa idosa, mas não é utilizada nos atendimentos, pois não foram distribuídas. Dentre as atividades realizadas para este grupo temos o alongamento realizado duas vezes por semana, mas somente 8% dos idosos participam deste grupo, devendo os agentes comunitários de saúde realizar busca ativa chamando mais pessoas para participarem deste grupo. Os profissionais da ESF realizam cuidado domiciliar aos idosos, realizando o levantamento dos idosos que necessitam deste atendimento e entre os profissionais que realizam este cuidado temos o enfermeiro, médico da saúde da família, nutricionista, odontólogo, psicólogo, auxiliar de enfermagem e ACS. Também não existe na UBS profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. Desta forma, muito temos que melhorar em relação ao atendimento dos idosos sendo que a nossa população está envelhecendo e necessitam de ampliação de programas que visem esta faixa etária.

Considero como sendo nossos maiores desafios à coexistência da Atenção Básica de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família na mesma unidade, pois os profissionais da ESF ficam no atendimento da UBS, que tem características de um pronto atendimento, e não realizam os atendimentos e os grupos de prioridades, como gestantes, puericultura, HIPERDIA, idoso e

incluiria também adolescentes. Assim se faz necessário, a construção de uma UBS para ESF. Outro desafio é a falta de profissionais, o que gera uma sobrecarga, principalmente para as enfermeiras. Um desafio considerável é a falta de perfil para trabalhar na ESF de alguns profissionais, que não dão valor as práticas preventivas e promotoras de saúde.

Como melhores recursos, podemos citar o percentual de cobertura da ESF, o que facilita no reconhecimento e vínculo com as áreas de abrangência. Além da boa vontade de alguns profissionais de buscarem aprimorar o serviço prestado. Alguns pontos já mudaram após aplicação do questionário como inclusão de sinalização nas salas da UBS, melhora nas buscas ativas as gestantes faltosas e de mulheres com preventivos do câncer de útero e mamografias.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto escrito na segunda semana de ambientação e este relatório, podemos observar que já percebíamos a realidade do município, mas não com tantas informações e dados. Era claro o que necessitávamos ampliar ou até mesmo iniciar, como a puericultura. Mas com a análise, no decorrer das semanas, vimos como sistematizar e o que é prioritário.

A primeira análise era superficial e sem respaldos. Agora com a análise temos como solicitar ao gestor estas mudanças e até mesmo a contratação de profissionais, já que os programas que deveriam existir, não estão implantados. Além disso, percebemos, o quanto nós como profissionais da saúde precisamos nos comprometer para ofertar um serviço digno, de qualidade e humanizado para a população.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

Apesar da diminuição na mortalidade infantil nos últimos anos, ainda não alcançamos a meta de oferecer a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde, já que ainda temos muitas mortes no período neonatal e que poderiam ser evitáveis pelo serviço de atenção a gestante e ao bebê. Para melhorarmos esta condição, o Governo Federal, tem lançado inúmeras estratégias, como exemplo a Rede Cegonha, que em parceria com estados e municípios, traz um conjunto de iniciativas com mudanças no modelo de cuidado a gravidez, ao parto e nascimento, e atenção integral a saúde da criança, focando em especial no período neonatal.

Este programa busca também a qualificação técnica das equipes de atenção básica, com capacitações, que já estão ocorrendo no Estado do Paraná, e no âmbito das maternidades, além da melhoria da ambiência dos serviços de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS e maternidades) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e a humanização do parto e do nascimento.

Outro ponto a salientar é a importância da continuidade dos cuidados, entrando aqui o papel fundamental da Estratégia Saúde da Família, principalmente na primeira semana de vida, com visitas domiciliares e consultas, e continuando até o sexto ano. Esta ação, puericultura, também se faz necessária já que com a mudança demográfica e epidemiológica, a prioridade de saúde pública foram modificadas, com uma diminuição da preocupação da atenção a saúde da criança. Mas, como profissionais da saúde, devemos oferecer serviço de qualidade para todos os ciclos de vida, portanto devemos valorizar a puericultura e a saúde da criança, para que estes sejam adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

A população alvo do foco de intervenção será de crianças de zero a setenta e dois meses, ou seja, de zero a seis anos. Em Itambé-PR, temos 54 crianças até um ano de idade. Em relação à avaliação de saúde bucal apenas 13% das crianças realizaram atendimento com cirurgião-dentista, mas a médica pediatra informou realizar avaliação bucal. Assim, teoricamente os resultados (quantitativamente) estão bons, mas qualitativamente, podemos melhorar. Ainda temos 292 crianças menores de seis anos, estas têm 100% de acompanhamento das ACS e realizam consultas com a médica pediatra, mas

apenas 4% realizaram consulta odontológica. Portanto, temos 346 crianças menores de setenta e dois meses.

A atenção às crianças é desenvolvida apenas pela médica pediatra, o que gera uma grande demanda, pois esta profissional comparece a UBS apenas duas vezes por semana e sempre no período da manhã, o que restringe a acessibilidade dos usuários. Na Unidade, não temos nenhuma ação de promoção em saúde para esta faixa etária, sendo apenas atividades em sua maioria curativas, como as consultas. É oferecido o esquema básico de saúde para todas as crianças do município. Assim como também é realizado o teste do pezinho e a triagem auditiva em 100% das crianças.

Considero a situação da puericultura em Itambé-PR deficitária, principalmente a odontológica. Embora a equipe de saúde bucal realize tratamentos nesta faixa etária, não considero estes uma puericultura, pois são apenas atendimentos de demanda sem um retorno estabelecido, nem acompanhamento. Não temos protocolos, nem arquivo específico para puericultura, desta forma seria recomendável confeccionar um protocolo municipal e criar um arquivo para este fim. Outro ponto falho que eu considero é que não temos grupos de mães de crianças da puericultura. A busca ativa às crianças faltosas não é realizada adequadamente.

Considero que a implementação da ação programática terá um grau de dificuldade moderado, pois necessitará de algumas mudanças, principalmente na questão de atendimentos, que antes eram em sua maioria de demanda agora será programada. O envolvimento da equipe é satisfatório, já que com o conhecimento da situação atual, realizado pela análise situacional, reconhecemos que devemos aprimorar nosso atendimento, só que menciono também a sobrecarga de alguns profissionais como empecilho para realização completa da ação.

No setor de odontologia, um aspecto que dificulta a realização da intervenção é que só possuímos uma cadeira odontológica, impedindo o atendimento de mais de um dentista por turno. Em relação à puericultura médica e de enfermagem ocorre sem um protocolo.

A intervenção sobre a atenção a saúde das crianças menores de setenta e dois meses é importante inicialmente para qualificarmos a cobertura de atendimento, além de fomentar uma cultura de prevenção e promoção de

cuidados, gerando futuros adultos e idosos saudáveis. Como a Unidade só apresenta a puericultura médica, assim se faz necessário que outros profissionais, como a equipe de saúde bucal, realizem esta ação programática, realizando prevenção das doenças que acometem a cavidade bucal e criando ações promotoras de qualidade de vida, que quando iniciadas precocemente possam se tornar hábitos saudáveis no decorrer da vida.

Analisando a aba do Caderno de Ações Programáticas, os resultados nos mostram que é necessário e imediato iniciarmos um trabalho com esta faixa etária (0 a 72 meses), pois realizamos atendimento em apenas 5% desta faixa etária, e estão aparecendo muitos casos de urgência, tornando assim também necessário realizarmos trabalhos educativos. Buscarei criar e implantar um protocolo de puericultura odontológico, para padronizar e dar continuidade para esta intervenção. Também é importante implantar a puericultura odontológica, para que, pensando em um futuro breve, implantemos uma ação de Saúde Bucal do Escolar.

Como percebemos que a população de Itambé está envelhecendo, criando hábitos saudáveis e prevenindo a doença cárie e a doença periodontal, vamos alcançar índices destas patologias próximas do ideal, diminuindo o número de extrações e do uso de próteses futuramente. Visando a atenção da saúde da criança, pretende-se implantar a classificação de risco, para aprimorar o atendimento, além de realizar atendimento ou visitas domiciliares para estas crianças em até sete dias de vida, para que as informações sejam repassadas o mais precoce possível. Na área médica pretende-se aprimorar o atendimento e melhorar os registros.

É consenso que a qualificação da atenção aos hipertensos (HA) e diabéticos (DIA) é necessário na Unidade Básica de Saúde “Dr. Lafayette Grenier” em Itambé, no entanto, intervimos na qualificação da atenção a criança inicialmente, por três motivos. Primeiro, a questão da governabilidade da intervenção. Ações para HA e DIA já foram implantadas no passado, mas a atual gestora colocou barreiras para exames e outros procedimentos e, assim, ficaria difícil ela permitir novamente a implantação do protocolo de atendimento. Um segundo motivo foi a afinidade e a motivação, já que tenho facilidade com crianças e gosto de realizar ações junto a esta faixa etária. Terceiro, coloco que, como a enfermeira da UBS também estava realizando o curso, nós

decidimos em conjunto com a equipe iniciar as qualificações pelas gestantes, puérperas e crianças para depois trabalharmos junto aos outros grupos.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

- Melhorar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Unidade de Saúde “Dr. Lafayette Grenier” em Itambé/PR

2.2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança
- Melhorar a qualidade do atendimento à criança
- Melhorar registros das informações
- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
- Promover a saúde

2.2.3 Metas

Meta 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 95%.

Meta 2 - Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 3 - Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 75% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Meta 4 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Meta 5 - Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 75% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco.

Meta 6 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Meta 7 - Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

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

Meta 9 - Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Meta 10 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 11 - Monitorar 100% das crianças com déficit de peso

Meta 12 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 13 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 14 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 15 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Meta 16 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 17 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 18 - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/odontologia de 100% das crianças que consultam no serviço.

Meta 19 - Realizar avaliação de risco em saúde bucal 100% das crianças cadastradas no programa.

Meta 20 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança

Meta 21 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 22 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 23 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 24 - Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 25 - Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 26 - Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

2.3 Metodologia

Inicialmente foi realizada uma análise situacional das ações programáticas e do serviço prestado pelo Centro de Saúde Dr. Lafayette

Grenier, para isso foram usadas planilha de coleta de dados. De posse das informações e dados podemos analisar áreas programáticas que necessitam de intervenção, sendo este nosso foco de ação. No presente trabalho será a atenção a saúde da criança. Para aprimorar esta ação programática adotamos ações com detalhamento.

2.3.1 Ações

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

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 95%.

Monitoramento e avaliação

A ação será monitorar o número de crianças cadastradas no programa. Pelo monitoramento do número de crianças cadastradas através de criação de arquivo próprio de puericultura odontológica.

Organização e gestão do serviço

As ações serão cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, capacitando e estimulando as ACS nas Visitas Domiciliares (VD), cadastrar todas as crianças de zero e 72 meses da área adstrita. Além de priorizar o atendimento de crianças. Oferecendo porta aberta do serviço à criança e já sairão com retorno agendado.

Engajamento Público

A ação será orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Qualificação da prática clínica

A ação será 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,

Realizando treinamento com a equipe da UBS com temas referentes a acolhimento, Humanização e protocolos de saúde da criança. Também 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, realizando treinamento com a equipe da UBS com informações que serão uteis as mães e à comunidade.

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitoramento e avaliação

A ação será monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, pelo monitoramento do ingresso de crianças cadastradas através da data provável do parto e informações dos nascidos pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

A ação será fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, capacitando ACS para realizar busca ativa das crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Engajamento Público

A ação será informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS), realizar informação sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

Qualificação da prática clínica

A ação será 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, realizando treinamento com a equipe da UBS com temas referentes a acolhimento, Humanização e protocolos de saúde da criança. Além de capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, realizando treinamento com a equipe da UBS com informações que serão úteis às mães e à comunidade.

Meta 3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 75% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Monitoramento e avaliação

A ação será manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadores da creche da área de abrangência da Unidade de saúde, dedicando algumas horas por semana para atualização do cadastro, e buscar informações com a creche sobre modificações.

Organização e gestão do serviço

A ação será capacitar ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade, com treinamento para cadastramento e atualização. E organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde, dedicando algumas horas por semana para atualização do cadastro.

Engajamento Público

A ação será Informar a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS), informar sobre o cadastramento e atualização.

Qualificação da prática clínica

A ação será capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro, através de treinamento para cadastramento e atualização.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Monitoramento e avaliação

A ação será monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica, monitorando através de arquivo odontológico e do cadastro de crianças as que realizaram primeira consulta odontológica.

Organização e gestão do serviço

As ações serão organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, capacitando a equipe de acolhimento e explicar a população como se dará o acolhimento das crianças. Também cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, com capacitação das ACS e equipe para cadastrar todas as crianças. Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, estabelecendo vagas diárias para crianças, além de dias específicos para atendimento desta faixa etária, além de ter retorno agendado. E organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade, estabelecendo vagas diárias para crianças, além de dias específicos para atendimento desta faixa etária, além de ter retorno agendado.

Engajamento Público

A ação será informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares,

além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS). E esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Qualificação da prática clínica

A ação será capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, imprimindo o caderno de saúde da criança e capacitar a equipe de acolhimento. Além de capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, capacitando as ACS e equipe para cadastrar, identificar e encaminhar todas as crianças, através de treinamento. Também capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade, através de treinamento para ACS sobre captação. Devemos 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, realizando reuniões técnica com a outra dentista para criar protocolo sobre a primeira consulta odontológica.

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 75% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco.

Monitoramento e avaliação

A ação será monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica, monitorando através de arquivo odontológico e do cadastro de crianças as que são de alto risco e realizaram primeira consulta odontológica.

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco, estabelecendo vagas diárias para crianças de alto risco, além de dias específicos para atendimento desta faixa etária, além de ter retorno agendado.

Engajamento Público

A ação será esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Qualificação da prática clínica

As ações serão capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis, capacitando a equipe de acolhimento, através de treinamento e explicar a população como se dará o acolhimento das crianças. E capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa, treinando a equipe (principalmente Auxiliar de Saúde Bucal), para cadastrar e agendar as crianças de alto risco.

Objetivo específico 2: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação

As ações serão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), monitorando através da caderneta da criança as que estão com consultas em dia. Além de monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças, através da caderneta da criança as que estão com consultas em dia, vendo a média de consultas. E monitorar as buscas a crianças faltosas, monitorando através da caderneta da criança as que estão com consultas em dia e verificar as que estão com atraso para as ACS realizarem busca ativa.

Organização e gestão do serviço

Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, definindo juntamente com as ACS e enfermeira responsável pela equipe as visitas e orientações para os faltosos. E organizar a agenda para acolher as crianças

provenientes das buscas, deixando vagas disponíveis na agenda para acomodar os faltosos durante a semana.

Engajamento Público

Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança, discutindo no CMS e na Conferência Municipal de Saúde a importância do acompanhamento regular da criança.

Qualificação da prática clínica

A ação será fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, realizando treinamento para ACS sobre identificação de atraso e protocolo de consultas.

Meta 7: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a periodicidade das consultas, definindo em protocolo municipal a periodicidade das consultas, monitorando através de arquivo odontológico e do cadastro de crianças as que estão com suas consultas em dia. Além de monitorar os faltosos, através de arquivo odontológico e do cadastro de crianças as que estão com suas consultas em dia.

Organização e gestão do serviço

Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos, definindo juntamente com as ACS e enfermeira responsável pela equipe as visitas e orientações para os faltosos. E também organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca, deixando vagas disponíveis na agenda para acomodar os faltosos durante a semana.

Engajamento Público

A ação será ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, deixando caixa de sugestão para população de

como melhorar a acessibilidade e o atendimento; criar questionário de avaliação do serviço; discutir no CMS e na Conferencia Municipal de Saúde a acessibilidade e o atendimento odontológico.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal, com um treinamento para equipe sobre a importância da saúde bucal. Capacitar as ACS para realização de buscas as crianças, treinando as ACS sobre captação e buscas as crianças. E

Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e do arquivo odontológico, com treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e do arquivo odontológico.

Objetivo específico 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança, criando relatório sobre ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança e monitorar quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, solicitando ao gestor kits com escova para cada criança e um dentifrício por turma. Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para as crianças da creche da área da unidade de saúde, verificando o número de crianças e o tempo gasto por turma para realizar a escovação, verificando assim quantos turnos serão necessários. Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal, conversando com a direção da creche sobre os melhores horários para

realização de ações coletivas de saúde bucal. Além de elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança, com a ajuda da creche.

Engajamento Público

Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre os turnos de atividades na creche, além de fixar cronograma de atividades na UBS. E sensibilizar cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde, realizando treinamento e capacitação com cuidadores e funcionários.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada, conversando com a direção da creche sobre a necessidade de ambiente adequado e sobre o desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Meta 9: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Monitoramento e avaliação

Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído, monitorando através de arquivo odontológico e do cadastro de crianças as que tiveram tratamento odontológico concluído.

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, analisando a agenda e fornecer as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Também garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico,

solicitando ao gestor o fornecimento de material necessário para o atendimento odontológico.

Engajamento Público

Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico, através de informes na UBS, palestras nas escolas, nas visitas domiciliares, além de informar o Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, participando de curso para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária. Além de realizar reuniões quinzenais para estudar e discutir estes assuntos. Além de capacitar os profissionais para o manejo do paciente infantil, participando de curso sobre o manejo do paciente infantil, além de realizar reuniões quinzenais para estudar e discutir este assunto. E capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico, realizando treinamento sobre o tratamento odontológico, além de mencionar este assunto nas reuniões semanais de equipe.

Meta 10: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, com acompanhamento na caderneta da criança as com avaliação da curva de crescimento.

Organização e gestão do serviço

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), conversando com a gestora para garantir o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) (já possuímos). Ter

versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, imprimindo a versão atualizada do protocolo e deixar disponível para consulta.

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, realizando atividades educativas com os responsáveis. E informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, realizando atividades educativas com os responsáveis.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, com a nutricionista capacitando a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe, com a nutricionista capacitando a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, também com a nutricionista capacitando a equipe sobre o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 11: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com déficit de peso, acompanhando na caderneta da criança as com déficit de peso.

Organização e gestão do serviço

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), conversando com a gestora para garantir o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) (já possuímos). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda

a equipe possa consultar quando necessário, imprimindo a versão atualizada do protocolo e deixar disponível para consulta.

Engajamento Público

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, realizando atividades educativas com os responsáveis. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, realizando atividades educativas com os responsáveis.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, com a nutricionista capacitando a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas, e sobre o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 12: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso

Monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com excesso de peso, com acompanhamento na caderneta da criança as com excesso de peso.

Organização e gestão do serviço

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), conversando com a gestora para garantir o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) (já possuímos). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, imprimindo a versão atualizada do protocolo e deixar disponível para consulta.

Engajamento Público

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social, realizando atividades educativas com os responsáveis. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, realizando atividades educativas com os responsáveis.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, com a nutricionista capacitando a equipe sobre as técnicas adequadas para realização das medidas, e sobre o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 13: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo, através da caderneta da criança as que estão com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

Organização e gestão do serviço

Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, solicitando a gestora garantia de encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Engajamento Público

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

aos pais e responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, realizando atividades educativas com os responsáveis.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, para o preenchimento da ficha de desenvolvimento, com a pediatra realizando capacitação para equipe.

Meta 14: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas e o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura, monitorando através da ficha espelho da vacina.

Organização e gestão do serviço

Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, conversando com a gestora para que sejam disponibilizados as vacinas e materiais necessários para aplicação. Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), com a UBS ter portas abertas e horários alternativos para vacinas. Realizar controle da cadeia de frio, com a equipe de enfermagem realizando o controle conforme protocolo. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina, com a equipe de enfermagem realizando o controle de estoque para não faltar vacina. E realizar controle da data de vencimento do estoque, com a equipe de enfermagem realizando o controle da data de vencimento do estoque.

Engajamento Público

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, com orientação em atividades educativas e em consultas, além das VDs.

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, realizando treinamento com a equipe sobre vacinação.

Meta 15: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, através da caderneta sobre as que receberam suplementação de ferro.

Organização e gestão do serviço

Garantir a dispensação do medicamento (suplemento), conversando com a farmacêutica a garantia da medicação.

Engajamento Público

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, com orientação em atividades educativas e em consultas, além das VDs.

Qualificação da prática clínica

Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, realizando capacitação com a equipe, incluindo médico.

Meta 16: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva, monitorando na caderneta da criança as que realizaram triagem auditiva.

Organização e gestão do serviço

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo, solicitando ao gestor a realização do teste auditivo no hospital de referencia.

Engajamento Público

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, com orientação em atividades educativas e em consultas, além das VDs.

Qualificação da prática clínica

Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, realizando capacitação com a equipe, incluindo médico.

Meta 17: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, através da caderneta da criança as que realizaram teste do pezinho.

Organização e gestão do serviço

Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho, solicitando ao gestor a realização do teste do pezinho no hospital de referencia.

Engajamento Público

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, com orientação em atividades educativas e em consultas, além das VDs.

Qualificação da prática clínica

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

Objetivo específico 4: Melhorar registros das informações

Meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/odontologia de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e avaliação

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, sempre solicitando a caderneta da criança para verificar o acompanhamento da criança na UBS.

Organização e gestão do serviço

Preencher SIAB/folha de acompanhamento, garantindo o preenchimento do SIAB/ folha de acompanhamento juntamente com a enfermeira responsável. Também pactuar com a equipe o registro das informações, realizando treinamento com a equipe para registra corretamente as informações, além de pactuar com a equipe o registro das informações. E definir responsável pelo monitoramento registros, provavelmente o dentista da ESF.

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, nas consultas, nas VD, nas palestras e no CMS sobre seus direitos.

Qualificação da prática clínica

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

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

Meta 19: Realizar avaliação de risco em saúde bucal 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade, classificando as crianças de alto risco existentes e acompanhar com maior frequência. Além de monitorar o número de crianças

de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, informando a ACS as crianças de alto risco com acompanhamento em atraso.

Organização e gestão do serviço

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco, estabelecendo vagas diárias para crianças de alto risco, além de dias específicos para atendimento desta faixa etária, além de ter retorno agendado. Identificar na ficha odontológica as crianças de alto risco, anotando a classificação da criança na ficha odontológica.

Engajamento Público

Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, realizando atividades educativas com a comunidade, além de fornecer estas informações no CMS.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, buscando capacitação junto à médica pediatra para a equipe sobre os fatores de risco.

Objetivo específico 6: Promover a saúde

Meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho, registrando as orientações sobre prevenção de acidentes e pactuar que toda equipe registre.

Organização e gestão do serviço

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

Engajamento Público

Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, criando guia antecipatório e realizando atividades educativas sobre prevenção de acidentes na infância.

Qualificação da prática clínica

Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, realizando treinamento sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, juntamente com a equipe médica.

Meta 21: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto, através da ficha espelho verificar as mães que receberam orientação sobre o assunto. Além de monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1a consulta, observando através da ficha espelho ver o percentual de crianças que foi observado mamando na 1a consulta. Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, realizando VD com o intuito de incentivar o aleitamento materno e realizar campanhas epidemiológicas para saber a duração do AM.

Organização e gestão do serviço

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

Engajamento Público

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, realizando capacitação sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Além de nas VD e nas consultas realizar orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Meta 22: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, registrando as orientações nutricionais e pactuar que toda equipe registre.

Organização e gestão do serviço

Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional, em treinamento.

Engajamento Público

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, realizando atividade educativa em alimentação adequada, realizar treinamento para ACS para que estas orientem as mães nas VD.

Qualificação da prática clínica

Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, através de treinamento, seguindo o protocolo da ENPACS, para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas, verificando o percentual de participantes da atividade educativa coletiva e se as orientações auxiliaram nos cuidados.

Organização e gestão do serviço

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, destinando horas semanais para atividades educativas em grupo na escola. Também identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, confeccionando apresentação com todos os temas essenciais. Além de organizar todo material necessário para essas atividades, solicitando ao gestor e a direção da escola os materiais necessários para as atividades. E organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, confeccionando lista de presença e solicitar para que todos os participantes assinem.

Engajamento Público

Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, conversando com toda a equipe, com a direção da escola, com o Conselho da Criança e do Adolescente (CMDCA), sobre a potencialidade da cooperação nas atividades. Além de promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, realizando um encontro entre membros da comunidade e da escola para que em conjunto com a saúde consigamos definir a organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, enfatizando o Programa Saúde na Escola (PSE). Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, realizando um encontro entre membros da comunidade e da escola para que em conjunto com a saúde realizemos a avaliação e o monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, através das VD das ACS, de atividades educativas, em reuniões do CMC, e nas consultas enfatizarem os cuidados com os dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, realizando treinamento com a equipe para enfatizar as ações de promoção em saúde. Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche, realizando treinamento para os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas individuais, realizando atividades educativas individuais com os responsáveis das crianças e anotar na ficha odontológica.

Organização e gestão do serviço

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, realizando as consultas deixando tempo para orientações.

Engajamento Público

Orientar familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção, com orientações nas VDs das ACS e nas consultas de puericultura. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, através das VD das ACS, de atividades educativas, em reuniões do CMC, e nas consultas enfatizarem os cuidados com os dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária, realizando treinamento com a equipe para enfatizar as ações de orientações em saúde bucal.

Meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas individuais, realizando atividades educativas individuais com os responsáveis das crianças e anotar na ficha odontológica.

Organização e gestão do serviço

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, realizando as consultas deixando tempo para orientações.

Engajamento Público

Orientar familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção, com orientações nas VDs das ACS e nas consultas de puericultura.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, realizando treinamento com a equipe para enfatizar as ações de orientações em saúde bucal.

Meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas, realizar atividades educativas coletivas com os responsáveis das crianças e anotar em lista de presença.

Organização e gestão do serviço

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, deixando horas semanais para realizar atividades educativas em grupo. Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, confeccionando apresentação com todos os temas essenciais. Organizar todo material necessário para essas atividades, solicitando ao gestor e a direção da escola os materiais necessários para as atividades. Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, confeccionando lista de presença e solicitar para que todos os participantes assinem.

Engajamento Público

Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, conversando com toda a equipe, com a direção da escola, com o Conselho da Criança e do Adolescente (CMDCA), sobre a potencialidade da cooperação nas atividades. Também promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, realizando um encontro entre membros da comunidade e da escola para que em conjunto com a saúde consigamos definir a organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, enfatizando o Programa Saúde na Escola (PSE). Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, realizando um encontro entre membros da comunidade e da escola para que em conjunto com a saúde realizemos a avaliação e o monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, através das VD das ACS, de atividades educativas, em reuniões do CMC, e nas consultas enfatizarem os cuidados com os dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade, realizando treinamento com a equipe para enfatizar as ações de promoção em saúde.

2.3.2 Indicadores

Indicador 1 - Proporção de crianças entre zero 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 entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2 - 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 3 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de

abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Indicador 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência.

Indicador 6 - Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicador 7 - Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Indicador 8 - Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 9 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

Indicador 10 - 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 11 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

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

Indicador 12 - 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 13 - 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 14 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

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

Indicador 15 - Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 16 - 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 17 - Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

Indicador 18 - Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro adequado

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

Indicador 19 - 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 20 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Indicador 21 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Indicador 22 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional

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

Indicador 23 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

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

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 24 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 25 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 26 - Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção a Criança será adotada o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança do (Ministério da Saúde, 2012), além do Protocolo Municipal de Saúde Bucal, 2013. Será utilizada a ficha odontológica, a caderneta da criança e a ficha de puericultura odontológica, elaborada pela equipe de saúde bucal para incluir informações que não estavam contempladas nestas fichas. Pretendemos atingir 345 crianças, portanto para realizar o monitoramento da ação será solicitada a gestora local a impressão destas 345 fichas. E para acompanhamento mensal, utilizará uma planilha eletrônica para a coleta de dados. Também será necessário verificar se alguma criança não tem a caderneta, e providenciar.

Para organizar o registro específico do programa, o cirurgião-dentista revisará o arquivo com os registros de puericultura semanalmente com o intuito de verificar quais crianças estão com consultas e vacinas atrasadas.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, será realizada inicialmente a capacitação da equipe para a utilização do Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança e do Protocolo de Saúde Bucal municipal, que será realizado na própria UBS. Será reservado o período

de uma hora e meia no final do expediente, durante o qual a equipe de saúde bucal juntamente com a enfermeira da ESF fará exposição dos temas que irão servir de referencia para as condutas. Durante estas capacitações será estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e pactuar o registro de todas as informações.

Para viabilizar a ação de acolhimento das crianças, a auxiliar de saúde bucal, terá que agendar as crianças que procurarem por problemas agudos. Também terá espaço na agenda dos cirurgiões-dentistas (3 vagas) diárias, mais o dia específico da saúde da criança, portanto as crianças faltosas e que retornaram por busca ativa podem ser agendadas em qualquer vaga. As crianças que forem realizar tratamento na UBS, sairão com a próxima consulta agendada.

Para sensibilizar a comunidade, o cirurgião dentista, enquanto Conselheiro, fará contato com o Conselho Municipal, e também com as associações de bairros, para apresentar o projeto esclarecendo a importância da atenção à saúde da criança e a puericultura odontológica. Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a adesão à puericultura e esclarecer a importância de priorizar este grupo populacional.

Para viabilizar as ações relacionadas à escovação dental supervisionada, inicialmente o Coordenador de Saúde Bucal entrará em contato com a direção da creche e marcará uma reunião, onde vai expor a importância da ação e da colaboração da entidade. Em seguida, solicitará ao gestor um kit contendo uma escova dental por aluno e um creme dental por turma, totalizando 150 kits. Em seguida realizará treinamento com as cuidadoras e professoras da creche, neste local, com duração de 2 horas, deixando espaço para retirar dúvidas, mostrando a importância da ação. Depois iniciará atividades com os alunos, mostrando a importância da escovação e da saúde bucal, estes encontros ocorrerão na escola, com o uso de aparelho multimídia, com grupos de no máximo 30 crianças por vez. Será pedida uma lista de todos os alunos dentro da faixa etária, para realizar uma lista de frequência da atividade e verificar quantos turnos serão necessários para desenvolver esta atividade.

Para monitoramento da ação programática, o cirurgião dentista realizará semanalmente o controle das fichas de retorno, para saber se têm crianças

com consultas atrasadas, as que concluíram tratamento e marcar na agenda para que quando a ACS realizarem a busca ativa já ter a consulta agendada. Ao final de cada mês as informações contidas na ficha de puericultura odontológica serão consolidadas na planilha eletrônica. Também no final do mês serão analisadas as atividades coletivas, vendo a frequência e a quantidade de participantes.

Para cadastramento de todas as crianças da faixa etária e de como realizar busca ativa, a enfermeira realizará capacitação com as ACS durante as reuniões de equipe, que ocorrem semanalmente na UBS, utilizando o manual de atenção à saúde da criança.

Para realização da busca ativa das crianças faltosas, as ACS reservarão dez visitas semanais para realizar busca ativa destas crianças, preferencialmente no começo da semana.

Para atendimento clínico odontológico desta faixa etária, a equipe de saúde bucal, organizará a agenda de forma a deixar um dia específico para atendimento destes na clínica, e um período por semana para realização de procedimentos em pacientes não de risco na creche de intervenção. Também será realizada avaliação de risco na creche foco de intervenção, utilizando uma sala com luz natural e mesas, espátula de madeira, esta ação ocorrerá em dois dias no início da intervenção. Conciliamos um dia da consulta médica, com a consulta da odontologia (terça-feira), para evitar possíveis faltas.

Para atendimento clínico médico, a médica pediatra atenderá em 2 turnos na UBS, oferecendo 20 vagas por período, sendo que estas são agendadas na recepção, e os casos de problemas agudos são encaixados no dia, se não for dia de atendimento da pediatra estas crianças serão atendidas pelo médico da ESF. Durante estas consultas serão realizadas ações de monitoramento de crescimento, desenvolvimento, avaliação de risco e prescrição medicamentosa.

Para vacinar as crianças a UBS deixará as portas abertas para realizar a vacinação, em todos os dias. Será realizada atualização do protocolo vacinal e atualização dos profissionais responsáveis. Esta capacitação ocorrerá junto com a capacitação do manual para os profissionais.

Para garantir o teste do pezinho, triagem auditiva e exames, será solicitado ao gestor para continuar garantindo estes exames, e quando estes

forem realizados no hospital de referencia, conversar para que estes sejam realizados em tempo oportuno.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas desenvolvidas

Inicialmente, começamos a intervenção propriamente dita com a capacitação dos funcionários e dos ACS na primeira semana, apesar da resistência de algumas ACS, foram momentos importantes, pois pactuamos o papel de cada profissional na ação. Um ponto importante foi o apoio da Gestora que fechou a UBS para um momento de discussão com ênfase no acolhimento, orientações dos protocolos e manuais e do registro das informações na ficha espelho, na caderneta da criança e no prontuário.

Assim como também tivemos um encontro entre a equipe de saúde bucal, onde enfatizamos os cuidados e a nova forma de atendimento desta faixa etária. Uma dificuldade que percebemos foi que de principio tínhamos estipulados três turnos de atendimento para a puericultura odontológica, mas como o atendimento da população em geral ficou muito tumultuado disponibilizamos apenas dois turnos (terça-feira de manhã e de tarde). Para o atendimento odontológico destas crianças, priorizamos as creches focos, o que nos auxiliou, já que os funcionários da creche levavam as crianças até a UBS, assim não tínhamos falta destas. Mas no final do ano e começo deste as creches entraram de férias e a partir daí a responsabilidade ficou para os pais, neste momento começaram as faltas. Tivemos que buscar uma estratégia para atender crianças nestes horários vagos e uma solução encontrada foi selecionar crianças que estavam na UBS para atendimento médico e atendê-las. Quanto ao atendimento odontológico, não houve dificuldades maiores, apenas algumas crianças que não deixaram atender, já que disponibilizávamos de material e equipe suficiente. Apenas no início do ano uma cirurgiã-dentista pegou férias.

O contato com o Conselho Municipal de Saúde e com lideranças locais ocorreu primeiramente em uma reunião com o Conselho Municipal, onde foi exposto o intuito da ação programática e sua importância para a população e para os profissionais. Já o encontro com as lideranças comunitárias ocorreu de forma parcial, já que pretendia ter encontrados com estes em mais momentos e também ter momentos com a população, mas por conflito de agendas e por

falta de interesse dos líderes locais só consegui conversar com poucos e em momentos breves. Mas um ponto que me tranquiliza é que por Itambé ser um município pequeno e só ter o Conselho Municipal de Saúde (CMS), muitos dos líderes locais fazem parte do CMS, assim indiretamente já foram abordados sobre o assunto. Só sinto não ter tido momentos com a população em reuniões de bairro, por estas serem no período da noite e neste período tenho outro emprego.

Uma ação que considero importante realizada com tranquilidade foi a conversa com a gestora para que esta desse garantia de que o teste do pezinho, a triagem auditiva e os exames seriam realizados quando necessários. Ocorreu na primeira semana e durante as dezesseis semanas não tivemos dificuldades ou falta do apoio institucional, o que só fortaleceu a puericultura.

O atendimento médico clínico, que já existia, foi remodelado para dar mais importância às consultas agendadas e para que não houvesse falta de consultas para os casos de emergência. Um ponto que apresentou dificuldades foi que a médica, em vários momentos não realizava as anotações precisas nas fichas alegando falta de tempo ou ter muitas consultas, como também no início não realizava em alguns casos a avaliação de risco. Por isso, algumas vezes tivemos uma conversa para reactualizar as anotações e demonstrar a importância destas para o monitoramento da ação. Um ponto positivo foi o início da puericultura de enfermagem, que antes não existia, e agora apesar de estar no início, já ocorre o que ajuda muito no fluxo. Uma dificuldade da puericultura de enfermagem é a sobrecarga destas profissionais.

A imunização das crianças desta faixa etária foi outra ação que conseguíamos realizar sem grandes dificuldades, já que antes possuíamos bons índices de cobertura que foram ampliados através da intervenção. Quanto ao acolhimento destas crianças e de seus pais e responsáveis, foi uma ação que deixou a todos da UBS satisfeitos, pois como instituímos o papel de cada profissional e com o apoio da equipe de enfermagem conseguimos atender em tempo oportuno todas as crianças que necessitavam de atendimento e a população aparentemente também está satisfeito visto que não houve reclamações e que eles entenderam o fluxo de atendimento.

Na primeira semana consegui organizar os materiais que seriam utilizados em atividades educativas e nas outras atividades, mas aí começaram algumas dificuldades, pois percebi certo desinteresse tanto das creches focos como dos pais e responsáveis. Tentei marcar várias vezes um encontro com os pais, mas a creche alegava não ter data e quando conseguimos marcar pouquíssimos pais compareceram, e os pais dos que estão em estado mais crítico não foram. Assim a atividade educativa para os pais e/ou responsáveis não obteve a cobertura que eu desejava. A orientação para as crianças sim foi muito boa, já que as crianças, apesar do medo se mostraram receptivas e abertas para o que era exposto e sabemos que elas reproduzem o que foi conversado em casa, inclusive cobrando dos pais.

Para iniciarmos o atendimento odontológico, primeiramente realizamos uma avaliação de risco, utilizando uma planilha sugerida no fórum de dúvidas clínicas, o que facilitou muito. Assim combinamos com as creches focos que estes enviariam três crianças de alto risco e cinco de baixo risco por turno. Foi um momento importante esta avaliação, pois percebi que realmente era necessário intervir odontologicamente nesta faixa etária, já que percebi a grande quantidade de crianças que nunca tinham ido ao dentista. Uma dificuldade foi que muitas crianças faltaram no dia da avaliação, assim tivemos que destinar mais períodos para a realização. Um ponto importante nesta ação, como também na escovação supervisionada foi o apoio das ACS que estiveram comigo nestes momentos, já que sozinho não conseguiria realizar estas ações. A escovação supervisionada foi uma grata surpresa. A receptividade e a alegria das crianças em realizar a ação me comoveram em vários momentos, o que deu impulso para continuarmos nos dedicando. Tivemos a dificuldade da falta de escovas, mas considero que o estímulo ofertado uma vez na semana com esta ação atinja resultados e motivação importante na escovação ocorrida em casa por eles ou pelos pais.

O cadastramento das crianças até seis anos inicialmente gerou um conflito com algumas ACS, que alegaram aumento do serviço, mas depois se tranquilizou, pois em muitos casos elas foram até parabenizadas pelos pais que ficaram satisfeitos com a ampliação do cuidado. Assim uma vez por mês elas me passavam as crianças que foram inscritas no programa, bem como as que por ultrapassar a faixa etária, tinham saído deste. Como elas já tinham

cadastradas todas as crianças até cinco anos tiveram apenas que cadastrar as que tinham entre cinco e seis anos, o que facilitou. A busca ativa das crianças faltosas foi outra ação que gerou certo conflito, pelo mesmo motivo, mas que as pouco vai se tornando uma prática corriqueira da equipe, principalmente da ACS, dando ênfase no trabalho das enfermeiras que frequentemente conversam com as ACS sobre a importância desta ação.

O monitoramento da intervenção considero ocorrer parcialmente, já que seria importante ter mais pessoas responsáveis pelo monitoramento, que é uma ação complexa e que requer muito tempo, assim ficava destinado as quintas-feiras pela manhã para monitorar a intervenção, as fichas espelhos e realizar uma conversa com a equipe para saber como estava ocorrendo a intervenção. Sinto neste ponto que se tivéssemos uma enfermeira exclusiva para a UBS teríamos um suporte maior.

Um ponto que merece destaque na intervenção foi à cooperação dos profissionais. Um exemplo é o auxílio que as enfermeiras prestaram na ação de orientação individual para pais e/ou responsáveis em saúde bucal. Como são os funcionários da creche que trazem os alunos para atendimento odontológico, não estava conseguindo orientar os pais, assim conversei e orientei as enfermeiras, que passaram a realizar estas informações nos atendimentos de enfermagem o que ampliou um pouco os índices de cobertura.

3.2 Ações previstas não desenvolvidas

Não tivemos ações previstas que não foram desenvolvidas, apenas algumas ações que desenvolvidas de forma parcial, como referido acima.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas e cálculos de indicadores, devo citar que o número elevado de crianças gerou dificuldades. Além disso, muitas vezes as fichas espelhos estavam incompletas ou desorganizadas, fazendo com que eu precisasse conversar novamente com os profissionais envolvidos. Além disso,

o índice que tratava da proporção de crianças de seis a setenta e dois meses classificadas como alto risco de saúde bucal, leva em consideração no denominador apenas as crianças que realizaram primeira consulta, o que gera um dado não real, pois as crianças realizaram um levantamento para saber quais eram de alto risco.

3.4 Viabilidade da incorporação do projeto à rotina da unidade

A ação, puericultura, na faixa etária até seis anos, já está incorporada a prática do dia a dia da UBS, incluindo a odonto. O que vejo que tem que melhorar são as atividades educativas. Enxergo uma possibilidade no momento de espera dos pais e/ou responsáveis para a consulta médica, pois neste dia temos 25 mães/responsáveis que podem ser orientados. Só temos duas dificuldades, o local, pois não temos sala de reuniões, e a outra dificuldade é um profissional para exercer esta ação. Considero esta última mais fácil já que podemos capacitar uma auxiliar ou uma ACS para desempenhar esta função. Uma coisa que ainda podemos melhorar é a questão da puericultura de enfermagem, quando elas tiverem mais uma enfermeira cuidando da UBS.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses. Na área adscrita à UBS existem 372 crianças nesta faixa etária, entretanto a intervenção de saúde bucal nestes quatro meses focalizou os dois Centros Municipais de Educação Infantil que conta com 254 alunos. Entre os alunos 135 alunos realizaram a primeira consulta odontológica programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adscrita de 38,1%.

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 75%.

Indicador 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Resultado:

Nos três primeiros meses atingimos 99,7% das crianças inscritas, já que temos 372 crianças de zero a seis anos e tivemos 371 inscritas. No quarto mês tivemos 100%, ou seja, 372 crianças. As crianças eram acompanhadas através das agentes comunitárias de saúde (ACS), no entanto, nós não tínhamos um controle, já que estas crianças não estavam inscritas. Além disso, só acompanhávamos crianças até cinco anos de idade. O que mais auxiliou na ampliação da cobertura foi o empenho das ACS e da equipe de enfermagem que enfatizaram para as mães a importância de inscrever e acompanhar as crianças. Isto foi bom, pois agora conseguimos acompanhar e monitorar as crianças.

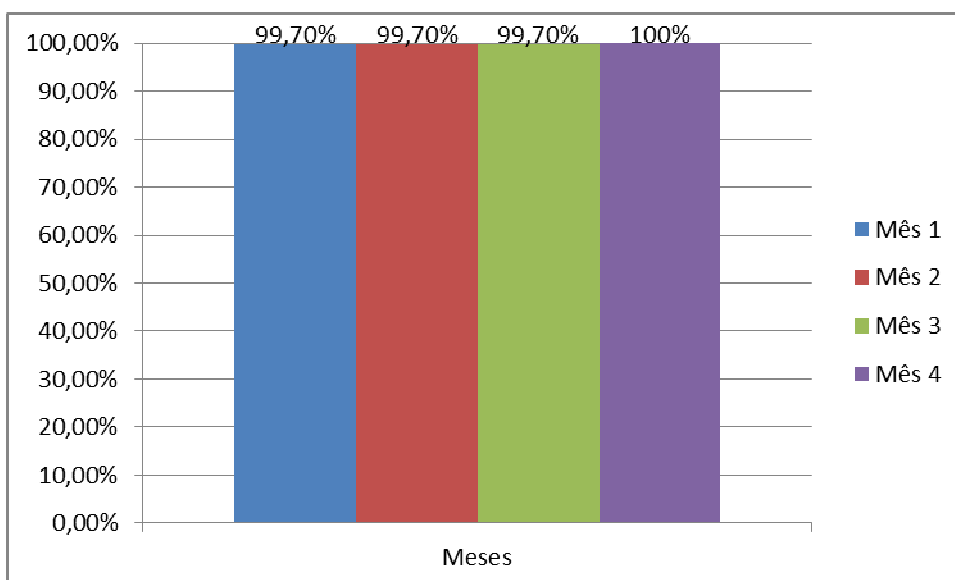


Figura 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Resultado:

Ao iniciar a intervenção não tínhamos controle de quantas crianças tinham realizado a primeira consulta na primeira semana de vida, já que não tínhamos um cadastro destas. No início do primeiro mês conseguimos reunir informações através de visitas domiciliares, prontuário e registramos tudo nas fichas espelhos, trabalho realizado pelas ACS. Nos três primeiros meses atingimos 97,6% das crianças inscritas, já que temos 371 crianças de zero a seis anos e tivemos 362 inscritas com primeira consulta na primeira semana de vida. No quarto mês tivemos 97,3%, ou seja, das 372 crianças, 362 tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida.

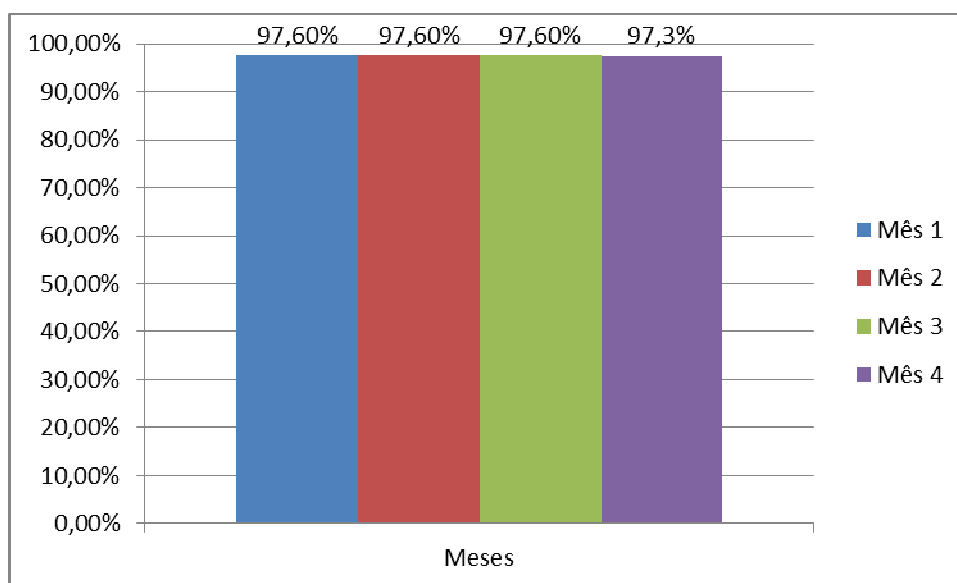


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Fonte: Planilha de Coleta de dados

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

Indicador 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Resultado:

O exame bucal com finalidade epidemiológica ocorreu no primeiro mês da intervenção em dois dias da semana, nas creches focos, nos outros meses

apenas consideramos os alunos que já realizaram a ação no primeiro mês. Esta ação ocorreu com a ajuda de ACS e utilizamos uma planilha para coleta de dados (em anexo). Assim no primeiro mês atingimos 97% das crianças inscritas, já que temos 264 crianças de zero a seis anos nas creches foco e tivemos 256 com exame bucal realizado. Nos outros três meses atingimos 96,9% das crianças, sendo 251 das 259 crianças nos meses 2 e 3 (o numerador ficou menor já que algumas crianças saíram da faixa etária ou mudaram de escola). E 246 de 254 crianças no quarto mês. Antes da intervenção não realizávamos o exame bucal com finalidade epidemiológica nesta faixa etária. Esta ação foi importante, pois conseguimos priorizar o atendimento das crianças de alto risco.

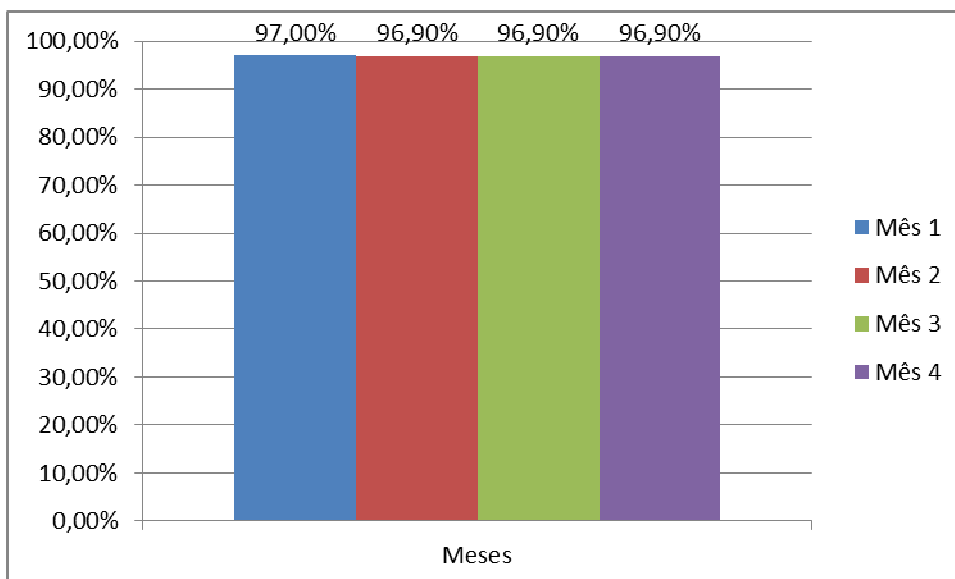


Figura 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 75% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Resultado:

No início da ação tínhamos apenas 5% dos pré-escolares com primeira consulta odontológica. No primeiro mês já conseguimos atingir 21,2% das crianças, ou seja, 73 crianças. No segundo mês 27,2% das crianças (94 crianças), no terceiro mês 31,7% (112 crianças) e no quarto mês 38,1% (135 crianças). Embora não conseguimos atingir a meta de 75% das crianças, considero o resultado satisfatório, já que se mantivermos a média em um ano conseguiremos atingir um valor próximo de 100%. Conseguimos ampliar o acesso ao tratamento que antes em um ano atendemos apenas 23 crianças e em apenas 4 meses atendemos 135 crianças. Além disso, foi importante porque criamos um mecanismo de atendimento juntamente com as creches, que antes não existia.

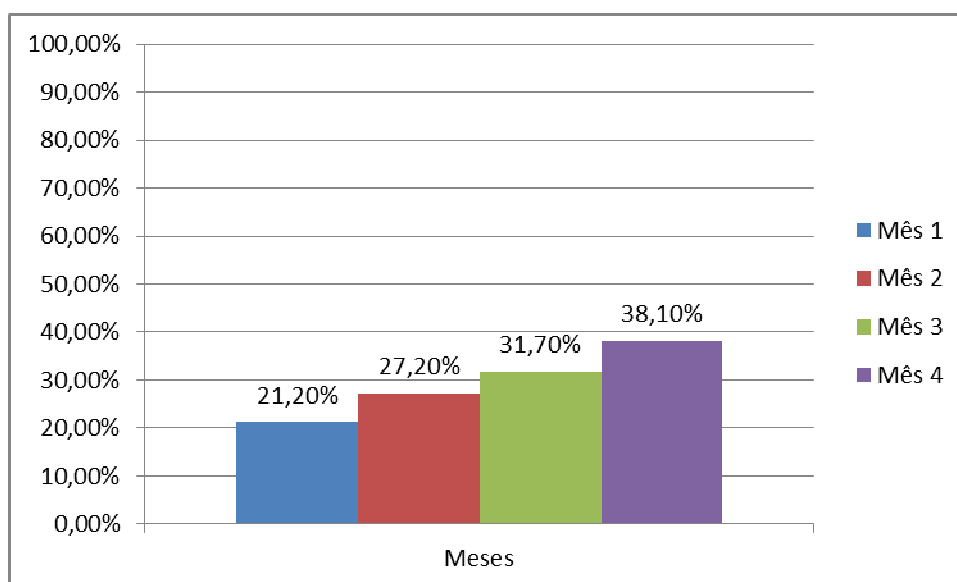


Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 90% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco.

Indicador 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta.

Resultado:

Os resultados apresentados em minha opinião não estão corretos, pois das 51 crianças classificadas como sendo de alto risco, 29 realizaram primeira

consulta, ou seja, 57% (29 crianças) realizaram primeira consulta. Mas os dados fornecidos pelo atual módulo de calculo, que considero incorreto, já que o correto seria o denominador ser o numero de crianças de alto risco que receberam primeira consulta odontológica e não numero total de crianças que receberam primeira consulta odontológica. Outro ponto, é que a classificação de risco foi realizado em um levantamento nas creches focos e não na primeira consulta odontológica. Os resultados encontrados pelo modo de calculo proposto pelo curso são 69,9% (20 crianças) no primeiro mês, 53,2% (23 crianças) no segundo mês, 45,5% (27 crianças) no terceiro mês, e 37% (29 crianças) no ultimo mês. Assim ficamos muito abaixo dos 90%. Esta evolução foi importante, pois antes apenas as crianças de baixo risco apareciam para atendimento, hoje conseguimos pactuar prioridade com as creches. Isto foi importante para os casos mais críticos serem otimizados.

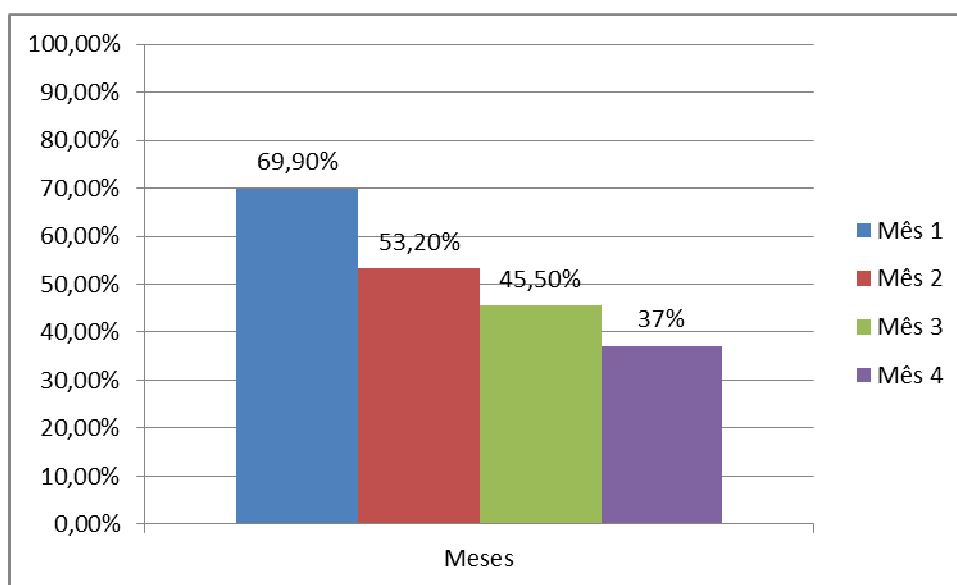


Figura 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta.

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Resultado:

No primeiro mês, tivemos 90%, ou seja, de 10 faltosos, 9 receberam busca ativa, no mês 2 obtivemos das 20 faltas, 17 receberam busca (85%), no mês 3 das 29 crianças que faltaram 25 receberam busca ativa (86,2%) e no mês 4 das 23 faltas 18 receberam busca ativa (78,3%). A busca ativa antes não existia na UBS, e graças ao empenho da equipe de enfermagem e ACS, conseguimos realizar a busca ativa das crianças faltosas, sendo importante para evitar o abandono do acompanhamento.

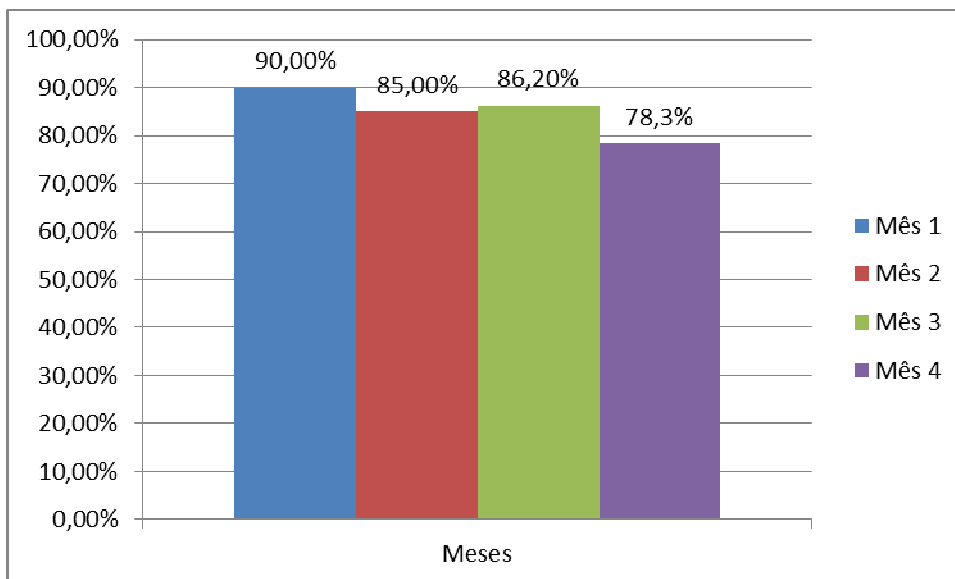


Figura 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 7: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Resultado:

Nos três primeiros meses não tivemos faltas das crianças nas consultas odontológicas, pois a creche trazia estas para consulta. No último mês quando a creche fechou para férias e os pais ficaram responsáveis, houve algumas faltas (3) e realizou apenas uma busca ativa, já que as outras duas crianças eram de áreas onde as ACS estavam de férias, tendo um resultado de 33%. O início da ação de busca ativa na UBS foi importante, pois mostrou para a

equipe que temos um comprometimento com a população, que é nossa responsabilidade também se as crianças comparecem para atendimento.

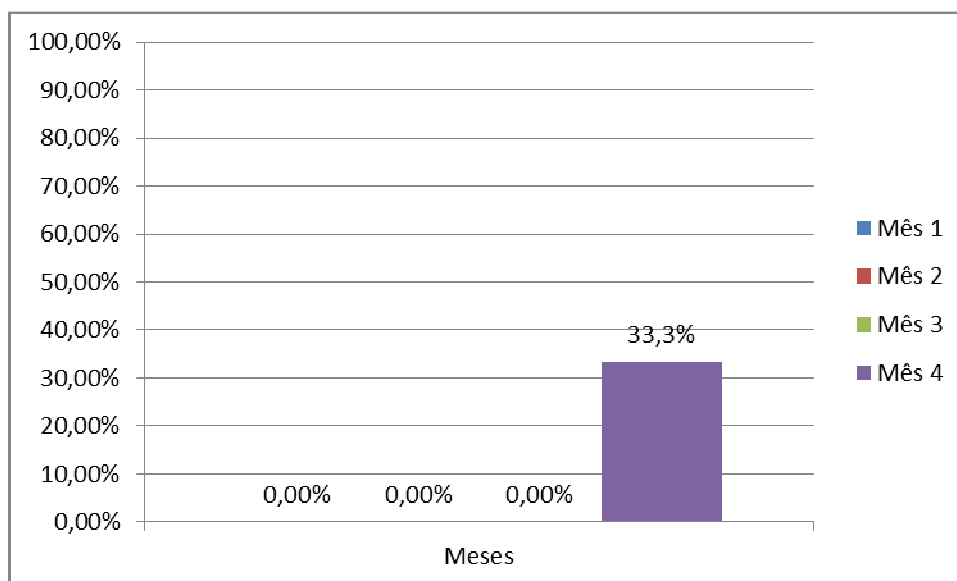


Figura 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Fonte: Planilha de Coleta de dados

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

Indicador 8: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Resultado:

Apresentamos percentuais bons, já que no primeiro mês de um total de 216 crianças, 182 realizaram a escovação (84,3%); no segundo mês das 213 crianças, 170 realizaram a atividade (79,8%); no terceiro mês das 215 crianças, 168 realizaram a atividade (78,1%) e no quarto mês das 213 crianças, 153 realizaram a atividade (73,7%). Como mencionado anteriormente, no indicador 3, o denominador varia mês a mês já que algumas crianças saíram da faixa etária, ou mudaram de escola. Não atingimos a meta de 100%, pois tínhamos crianças faltosas. Mais uma ação que antes não era desenvolvida pela equipe de saúde bucal, e com isso estimulamos e orientamos estas crianças a realizar uma escovação adequada. Observamos também a criação de vínculo com as crianças. Foi uma das ações que mais me deram prazer de ser dentista.

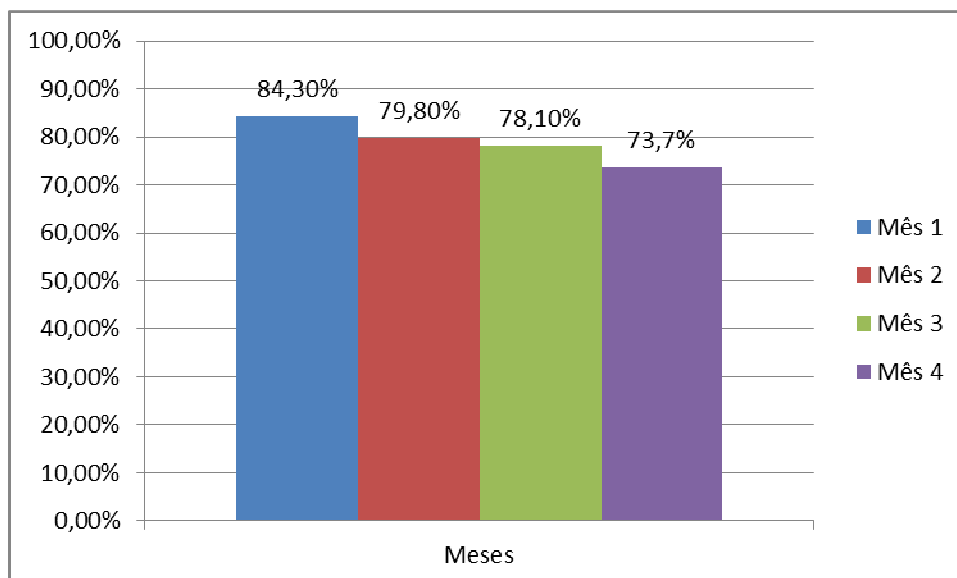


Figura 8: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental

Fonte: Planilha de Coleta de dados

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

Indicador 9: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Resultado:

Apesar de não alcançarmos a meta de 100% nos quatro meses, observamos um avanço nos resultados, sendo que no primeiro mês 38 crianças das 73 que realizaram a primeira consulta tiveram tratamento odontológico concluído (52,1%), no segundo mês 55 crianças das 94 que realizaram a primeira consulta tiveram tratamento odontológico concluído (58,5%); no terceiro mês 71 crianças das 112 que realizaram a primeira consulta tiveram tratamento odontológico concluído (63,4%) e no quarto mês 97 crianças das 135 que realizaram a primeira consulta tiveram tratamento odontológico concluído (71,9%). É importante salientar que no primeiro e segundo mês as crianças de alto risco estavam em tratamento e tinham muitos procedimentos a serem realizados, não conseguindo terminar o tratamento. Tivemos um ponto importante nesta ação já que antes não tínhamos um controle de quantas crianças terminavam o tratamento, e também por o tratamento desta faixa etária ser apenas através da marcação de consultas

pelas mães, às crianças não terminavam o tratamento. Agora conseguimos acabar o tratamento. Muitas das crianças que não terminaram o tratamento são porque ainda estão realizando os procedimentos.

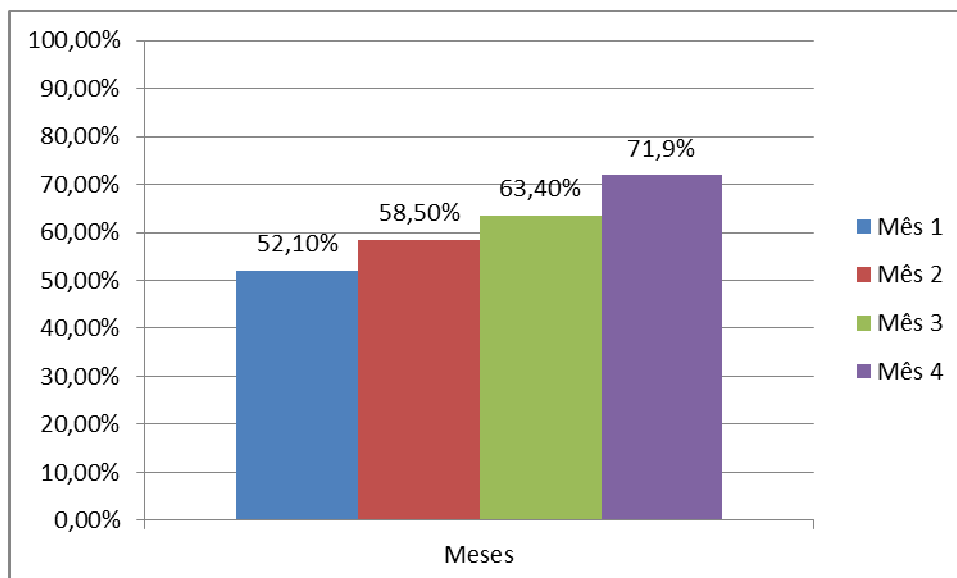


Figura 9: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 10: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 10: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Resultado:

Apesar de não atingirmos a meta, alcançamos bons resultados com 341 de um total de 371 crianças (91,9%) no primeiro mês, e 342 crianças (92%) no segundo, 340 crianças (91,6%) no terceiro e 338 crianças de 372 cadastradas (90,9%) no quarto mês. Uma importante ferramenta que antes não utilizávamos a ficha espelho foi peça fundamental no monitoramento do crescimento das crianças. Além disso, com a pactuação de anotar todos os dados na caderneta da criança também nos auxiliou bastante, agora conseguimos monitorar o crescimento destas crianças.

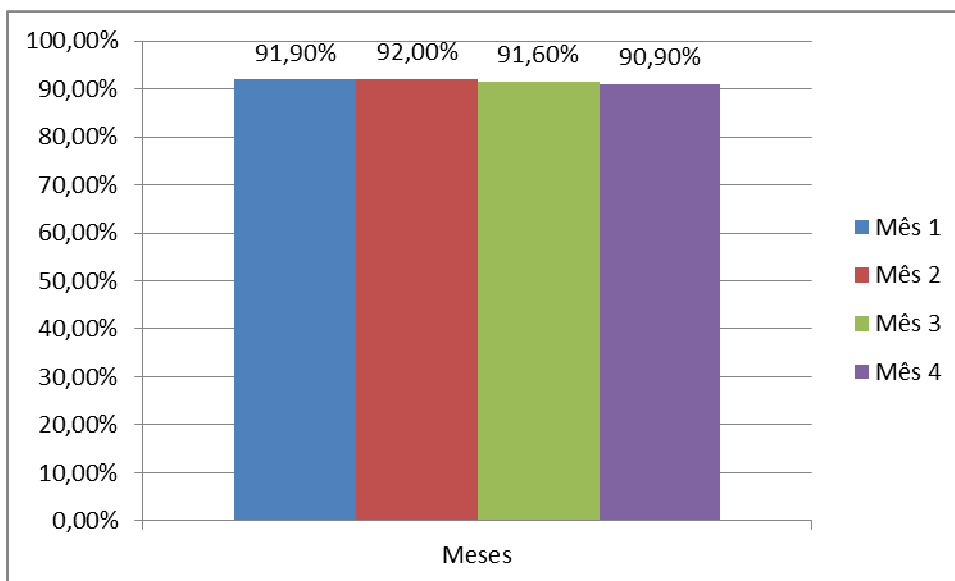


Figura 10: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 11: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 11: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Resultado:

Nos quatro meses não atingimos a meta de 100%, mas a equipe foi se reorganizando e no final dos quatro meses com a ajuda da nutricionista conseguimos alcançar 13 de 14 crianças com déficit de peso monitoradas (92,9%). Inicialmente atingimos 9 das 13 crianças que estavam com déficit de peso (69%) nos dois primeiros meses e 11 de 15 crianças (73%) no terceiro mês. Esta evolução foi importante, pois reduzimos os riscos de complicações com as crianças com déficit de peso, tendo um controle e monitorando, além de dar orientações as famílias para auxiliar no crescimento do peso.

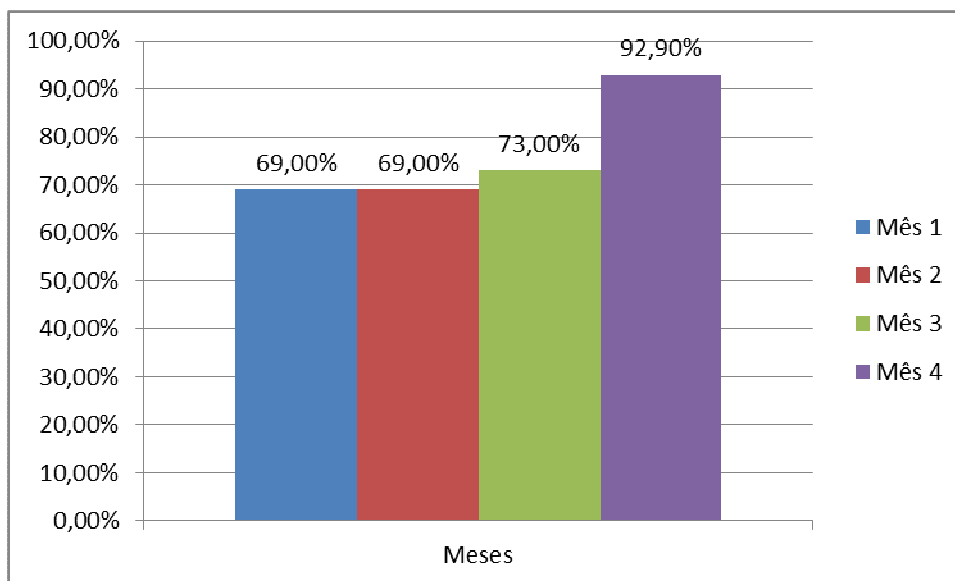


Figura 11: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 12: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 12: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Resultado:

Atingimos a meta em um dos quatro meses, com 13 das 14 crianças com excesso de peso monitoradas (92,9%) no primeiro mês, todas as 14 crianças (100%) no segundo mês, e 12 crianças monitoradas das 14 com excesso de peso (85,7%) no último mês. No terceiro mês não alcançamos a meta, 71,4%, com apenas 10 das 14 crianças monitoradas. O monitoramento das crianças com excesso de peso na atualidade tem gerado preocupações, pelo aumento das crianças com sobrepeso. Na UBS temos uma nutricionista que acompanha estas crianças, neste terceiro mês faltaram algumas crianças, mas no mês seguinte houve busca ativa para melhorar os índices.

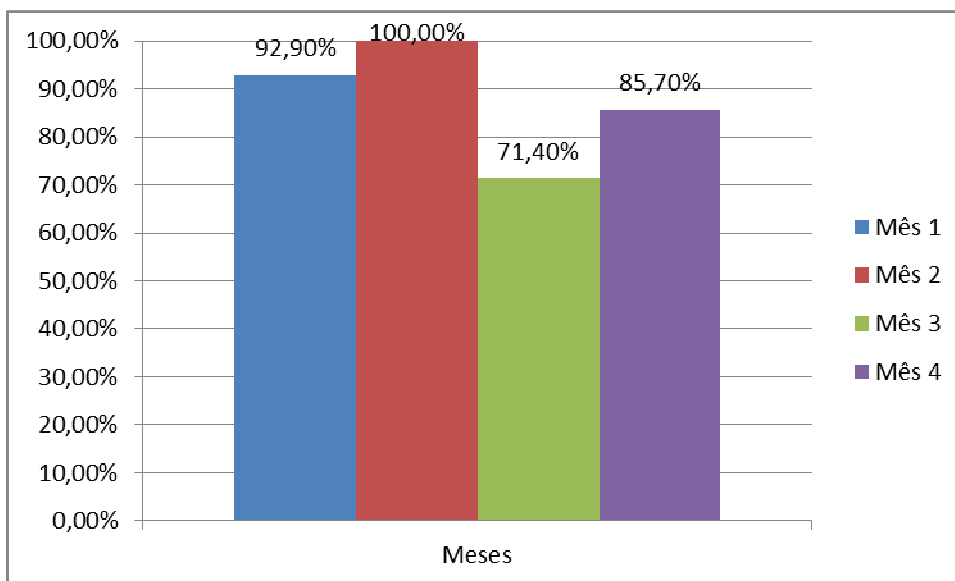


Figura 12: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 13: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 13: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Resultado:

Não atingimos a meta de 100% nos quatro meses, com 96% nos três primeiros meses, ou seja, 356 crianças das 371 cadastradas e 356 crianças monitoradas de 372 cadastradas (95,7%) no quarto mês. Nesta ação temos a participação da medica pediatra e da equipe de enfermagem. Um ponto importante desta ação é que as enfermeiras agora estão realizando a puericultura que antes não faziam.

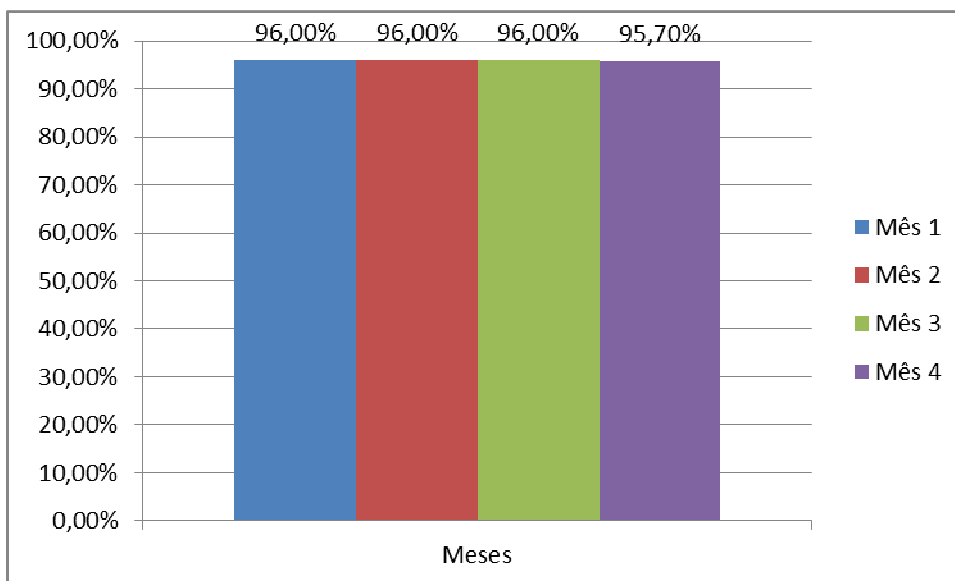


Figura 13: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 14: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 14: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Resultado:

Esta ação teve mais facilidade de executar, apesar de não alcançar a meta de 100%, já que antes estes resultados já ocorriam. No primeiro mês 365 crianças de um total de 371 (98,4%) estavam com vacina em dia, no segundo mês 364 crianças (98,1%), no terceiro mês 362 crianças (97,6%), e no quarto mês 358 crianças (96,2%). Esta ação por estar concretizado dentro da UBS, o que auxiliou a reestruturar as outras ações, mostrando que conseguimos atingir metas adequadas. Com a vacinação em dia, as crianças ficam protegidas das doenças que acometem a idade.

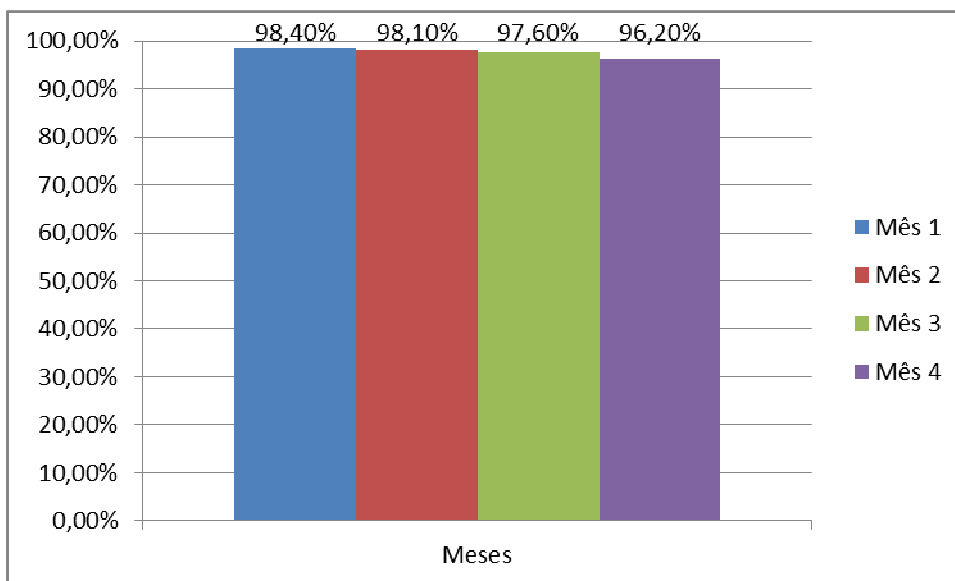


Figura 14: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 15: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 15: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Resultado:

Não atingimos a meta de 100% nos quatro meses, no primeiro mês 91,1%, ou seja, 41 de 45 crianças estavam com suplementação de ferro, no segundo 42 de 47 crianças (89,4%), no terceiro 41 de 48 crianças (85,4%), e no quarto mês 43 de 52 crianças (82,7%) com suplementação. Uma preocupação é que os índices baixaram, mas conversando com as enfermeiras, elas informaram que a suplementação é prescrita, é fornecida, mas as mães e cuidadores não estão dando a suplementação, então já enfatizamos com as ACS que devem conversar com as mães.

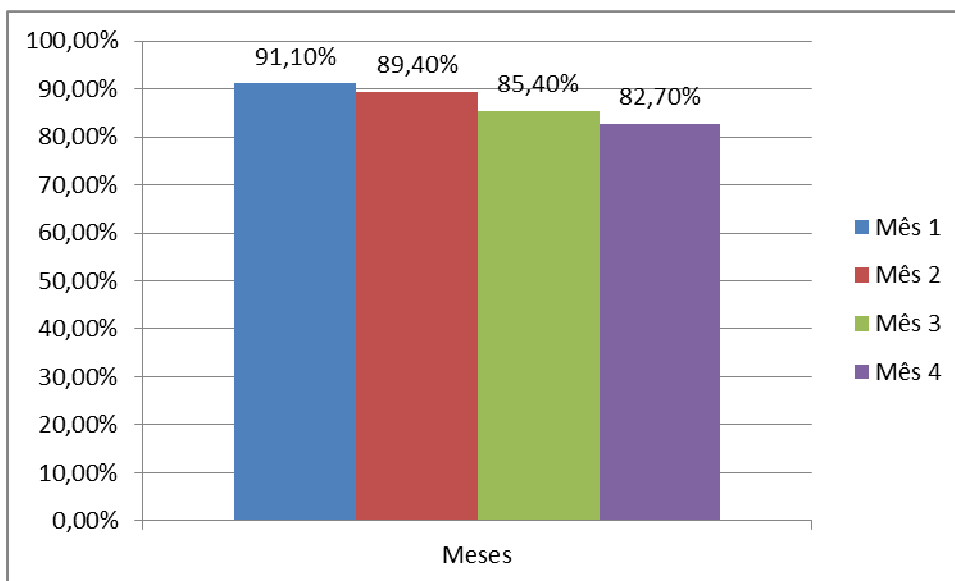


Figura 15: Proporção de crianças com suplementação de ferro

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 16: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 16: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Resultado:

Apesar de não atingirmos a meta de 100% das crianças nos quatro meses, tivemos 97% nos três primeiros meses, ou seja, 360 crianças e 96,5% no último mês, sendo 359 de 372 crianças. A UBS libera o exame, mas algumas mães não foram realizar. Com um alcance de quase 100% das crianças com triagem auditiva realizada, conseguimos prevenir e tratar precocemente as doenças auditivas.

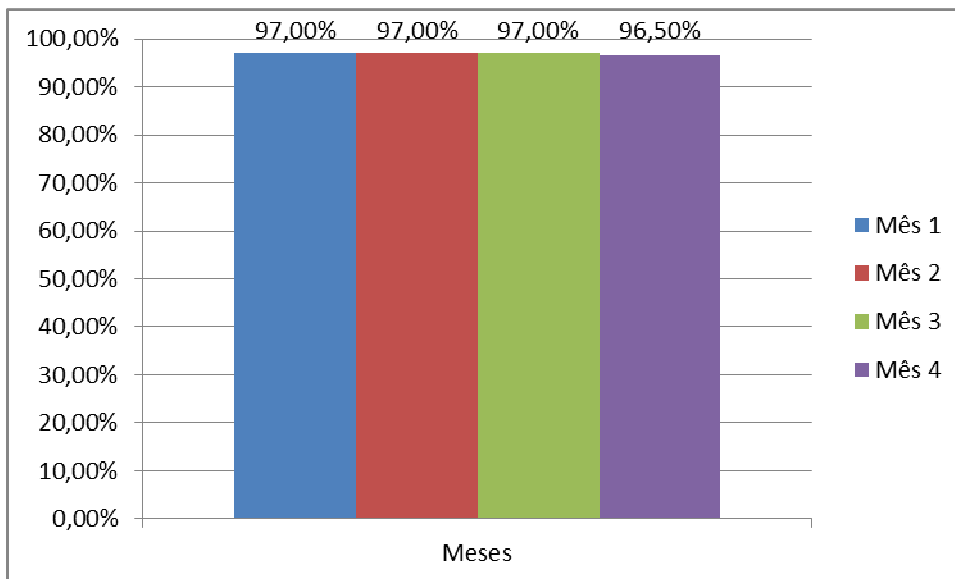


Figura16: Proporção de crianças com triagem auditiva

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 17: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 17: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Resultado:

Não alcançamos a meta de 100% estipulada, mas obtivemos resultados próximo com 98,4% no primeiro mês, ou seja, 365 crianças com realização do teste de um total de 371 crianças cadastradas e 366 testes (98,7%) no demais meses. O teste do pezinho foi salientado para as gestantes, e as crianças que não colocamos como realizado é porque a mãe veio de outro município sem carteirinha da criança, ou não soube informar. Esta ação já era realizada, mas desde o ano passado está sendo realizado em Maringá.

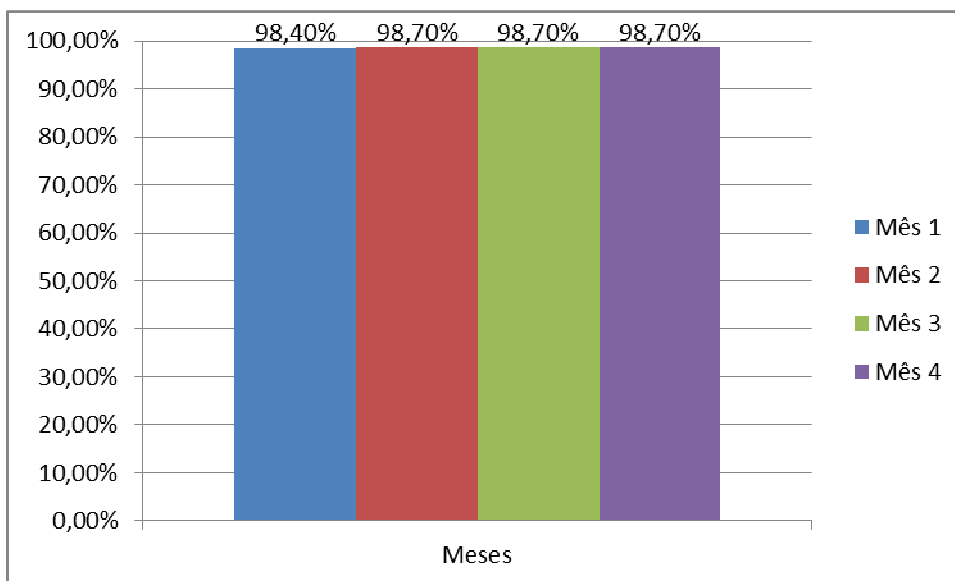


Figura 17: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/odontologia de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 18: Proporção de crianças com registro atualizado.

Resultado:

Não conseguimos manter 100% de registro nas fichas espelhos, pois atingimos 97,6% no primeiro mês, ou seja, 362 crianças com registro atualizado, 359 das 371 crianças (96,8%) no segundo, 354 das 371 (95,4%) no terceiro e 345 das 372 crianças (92,7%) no quarto mês. Apesar de não atingirmos a meta, tivemos uma enorme evolução, já que não tínhamos registro em ficha espelho e nem registrávamos as informações na caderneta da criança. Assim conseguiremos manter um acompanhamento, avaliação e conseguiremos melhorar a atenção à saúde da criança.

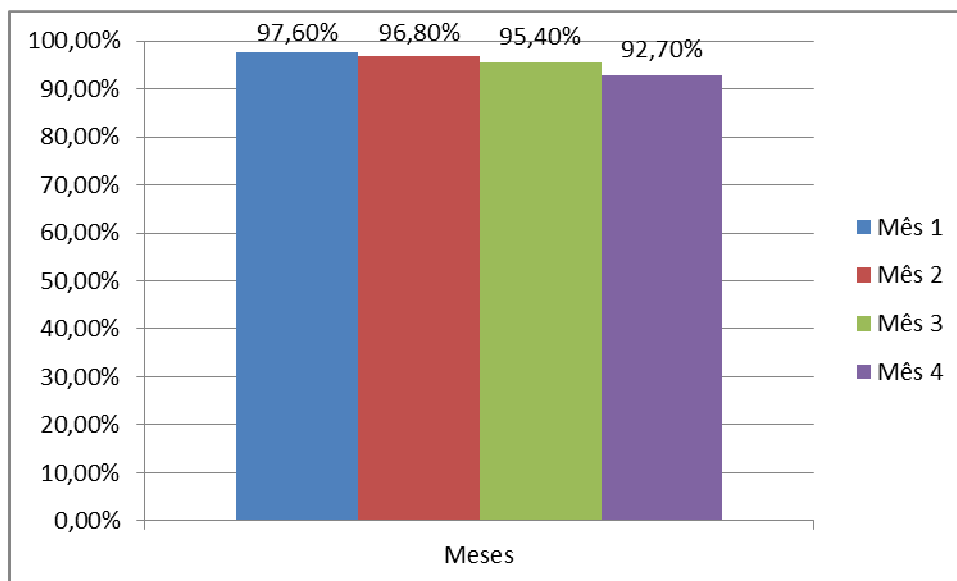


Figura 18: Proporção de crianças com registro atualizado

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 19: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 19: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Resultado:

Não conseguimos atingir a meta de aproximadamente 94% das crianças com classificação de risco. No primeiro, segundo e terceiro mês obtivemos 94,3%, ou seja, 350 das 371 crianças com avaliação de risco e no último mês 350 crianças das 372 cadastradas (94,1%). Na verdade implantamos esta ação, e com muita conversa com a pediatra conseguimos atingir a meta o que nos auxiliou no acompanhamento das crianças com maior risco, dando maior atenção as crianças que mais precisavam.

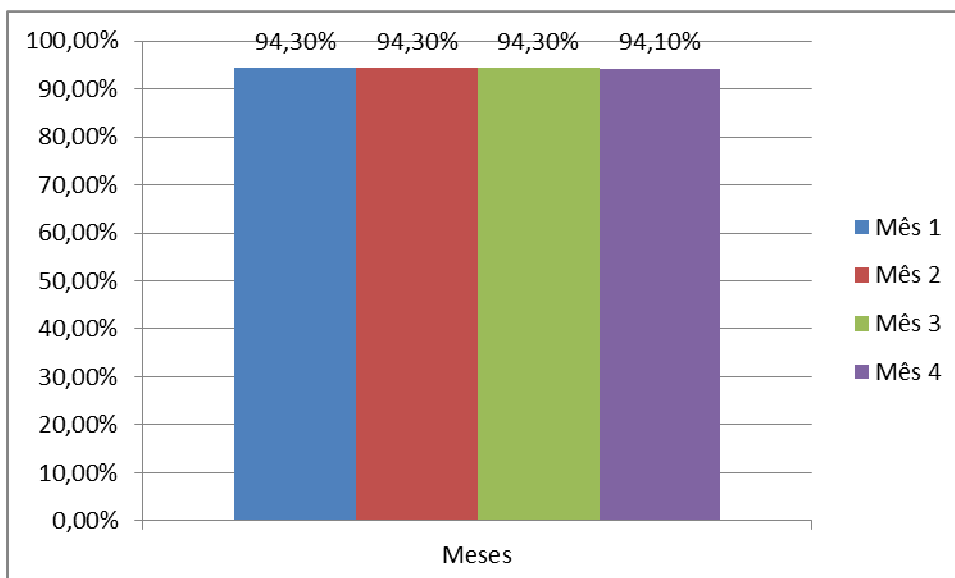


Figura 19: Proporção de crianças com avaliação de risco

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 20: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Resultado:

Não conseguimos atingir a meta, pois no primeiro mês tínhamos 100% das crianças com orientações (371), no segundo e terceiro mês 370 das 371 crianças (99,7%) e no terceiro mês 367 das 372 crianças (98,7%). Com estas orientações percebemos uma queda no número de acidentes na infância, e também um trabalho multidisciplinar já que toda equipe, incluindo médicos, dentista, ACS e enfermeiras orientavam.

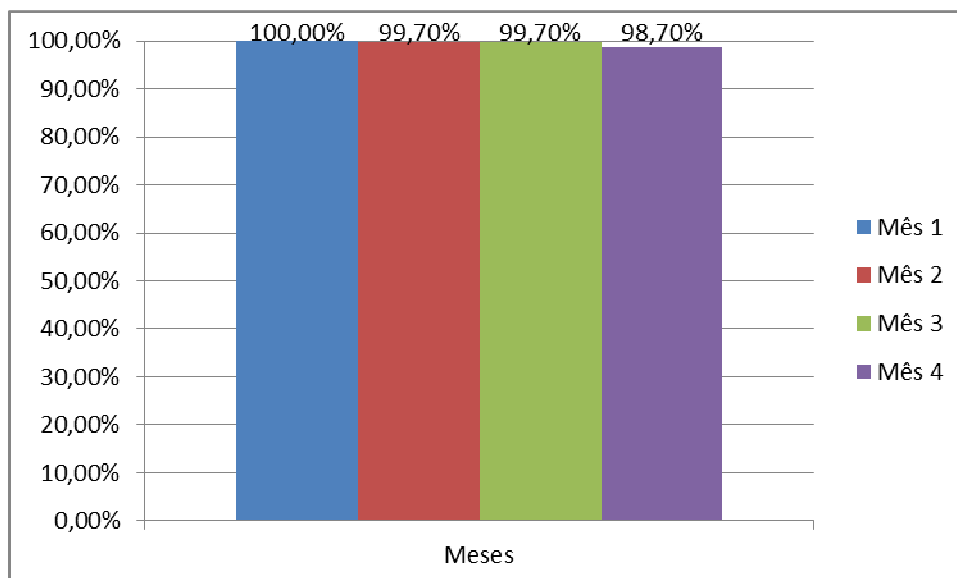


Figura 20: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 21: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 21: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Resultado:

Não conseguimos atingir a meta em nenhum dos quatro meses. Com resultados de 66,6% (247 das 371 crianças) no primeiro mês, 66% no segundo (245 das 371 crianças), 66,3% no terceiro (246 das 371 crianças) e 66,1% no quarto mês (246 das 372 crianças). Estes resultados também são reflexos das ações antes da intervenção, pois agora todas as crianças são colocadas para mamar na primeira consulta de enfermagem e/ou médica. Com o aumento das crianças que mamam na primeira consulta percebemos que as mães tem prolongado o período de amamentação, pois recebem orientações da pega correta, e de demais orientações.

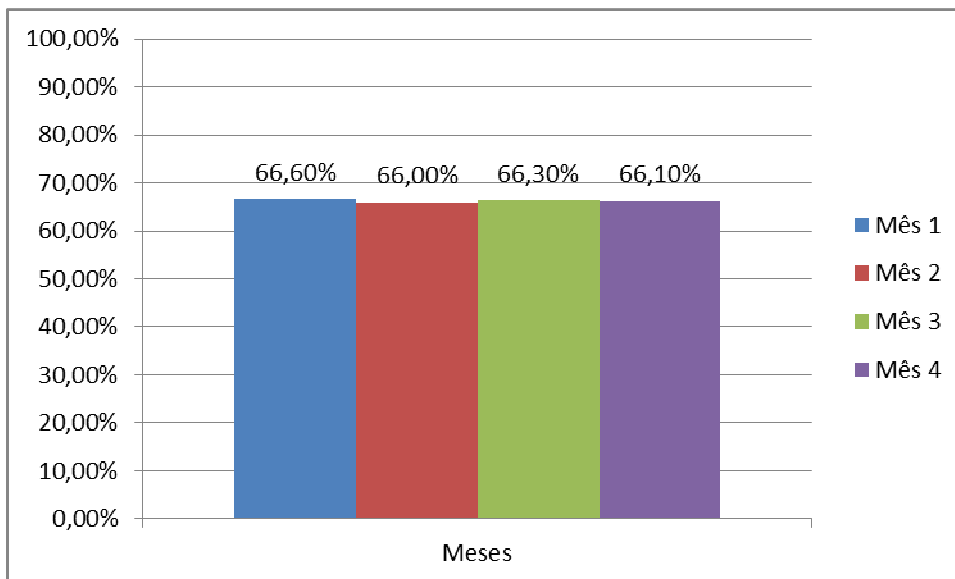


Figura 21: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 22: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Resultado:

Obtivemos êxito nesta ação com resultados de 100% no primeiro mês (371 crianças), 99,7% no segundo (370 crianças) e terceiro mês e 99,2% (369 crianças) no quarto mês. Isto se deve ao fato de termos uma equipe treinada em alimentação saudável pela nutricionista, portanto toda equipe esta realizando as orientações. Percebemos uma queda do numero de crianças com baixo peso, que eram acompanhadas antes pelo Programa do Leite. Além disso, como vou à escola vejo que as crianças falam que estão comendo mais alimentos saudáveis.

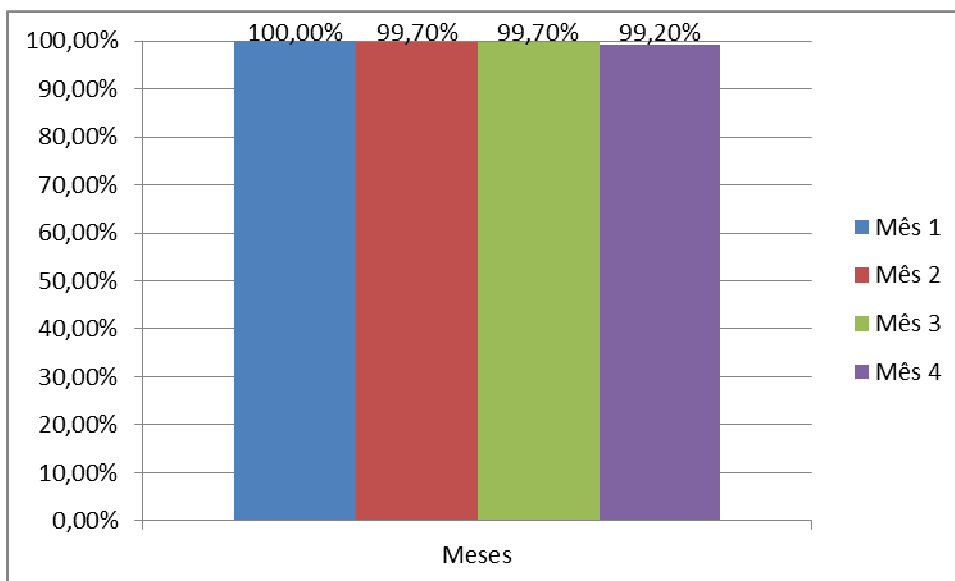


Figura 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção.

Indicador 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Resultado:

A meta não foi atingida em nenhum mês, pois no primeiro mês alcançamos 9,4%, ou seja, 25 orientações de 265 crianças; no segundo 33 de 259 (12,7%), no terceiro 52 de 259 crianças (20,1%) e no quarto mês 50 de 254 (19,7%). Atribuo estes resultados a falta de um horário noturno para realização das palestras e falta de interesse dos pais. Por ser uma ação inédita, mesmo que resultados foram baixos acredito que já sirva para ajudar a prevenir patologias bucais.

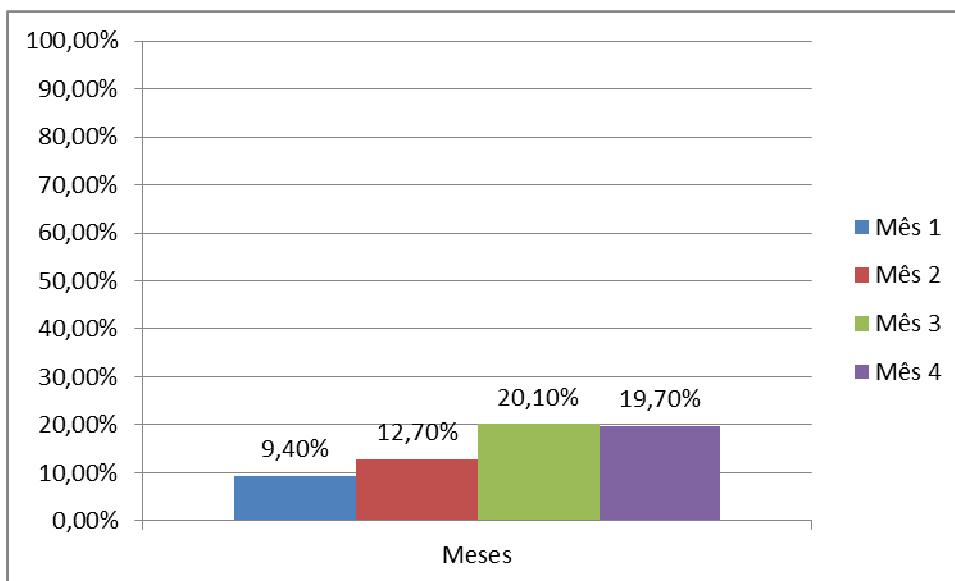


Figura 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção.

Resultado:

A meta ficou bem longe de ser atingida, já que apenas duas das 371 (0,5%) dos pais tiveram orientação no primeiro mês; 31 das 371 (8,4%) no segundo, 48 mães com orientações (12,9%) no terceiro mês e 84 mães com orientações (22,6%) no quarto mês. Esta ação propiciou uma estratégia diferente, já que as crianças não vinham na UBS com seus pais e sim com as professoras da creche foco, unimos força com as enfermeiras que orientavam os pais nas consultas de puericultura.

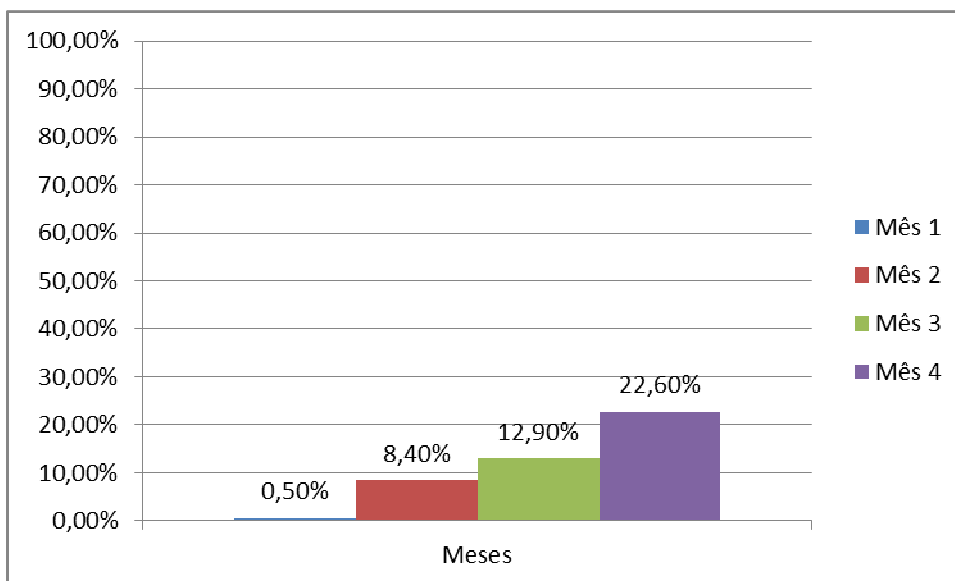


Figura 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa.

Indicador 25: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Resultado:

A meta ficou bem longe de ser atingida, já que apenas 0,5% dos pais tiveram orientação no primeiro mês, ou seja, apenas duas mães das 371 receberam orientações, e no segundo mês 24 mães foram orientadas (6,5%), no terceiro mês 41 mães já tinham sido orientadas (11,1%) e 20,7% no quarto mês, ou 77 mães. Esta ação propiciou uma estratégia diferente, já que as crianças não vinham na UBS com seus pais e sim com as professoras da creche foco, unimos força com as enfermeiras que orientavam os pais nas consultas de puericultura.

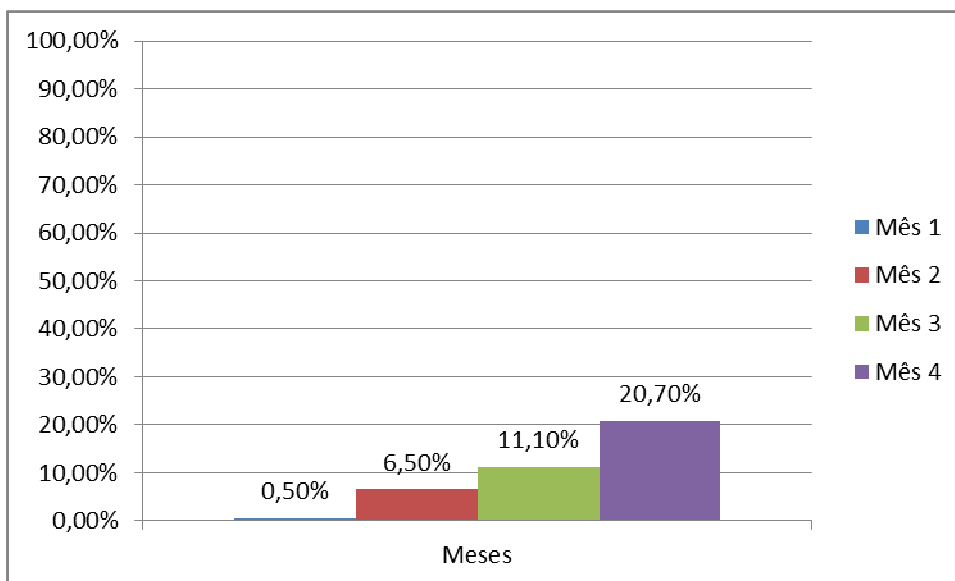


Figura 25: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias

Fonte: Planilha de Coleta de dados

Meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 26: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Resultado:

A meta não foi atingida em nenhum mês, pois no primeiro mês alcançamos 25 mães com orientações nutricionais (9,4%), no segundo 26 (12,7%), no terceiro 52 mães (20,1%) e no quarto mês 50 mães (19,7%). Atribuo estes resultados a falta de um horário noturno para realização das palestras e falta de interesse dos pais. Por ser uma ação inédita, mesmo que resultados foram baixos acredito que já sirva para ajudar a prevenir patologias bucais.

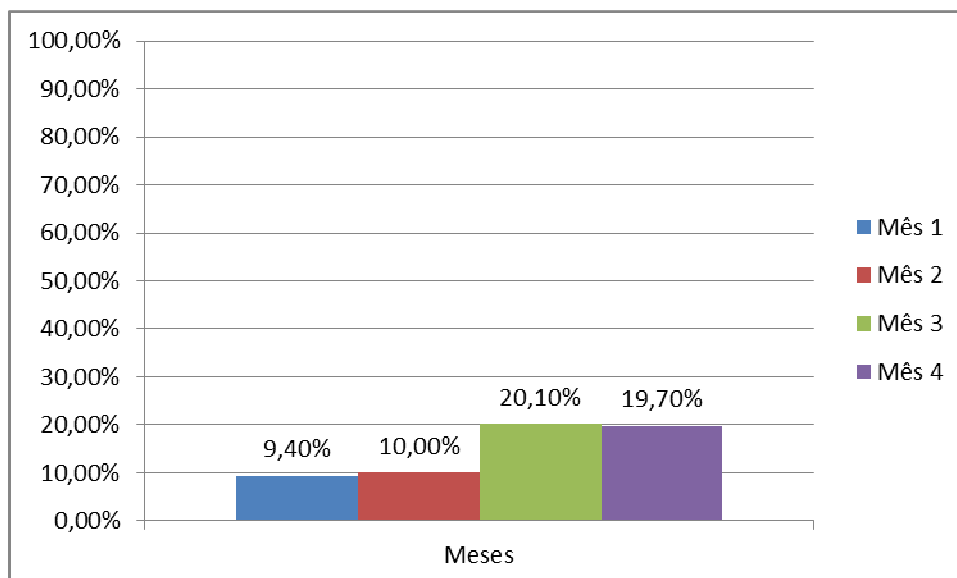


Figura 26: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais

Fonte: Planilha de Coleta de dados

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da criança, com o aumento da faixa etária de acompanhamento para seis anos, à melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a implantação da puericultura odontológica e de enfermagem, além de atividades preventivas como a escovação supervisionada.

Para a equipe esta intervenção foi muito importante, já que a princípio exigiu que nos capacitássemos para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cadastramento, acompanhamento e orientações da saúde da criança. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda equipe, desde a recepção que ficou responsável por acolher e organizar as fichas espelhos, passando pelas ACS que realizaram a inscrição de todas as crianças até os seis anos no programa, preencheram a ficha espelho das crianças de sua microárea e acompanhar. Além da equipe de enfermagem que realiza a consulta de puericultura, a coordenação da busca ativa, o monitoramento do crescimento e do peso juntamente com a nutricionista. Também teve papel importante na ação à médica pediatra que já atendia na unidade, mas que

agora registra melhor os dados realiza classificação de risco, e orienta as mães de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. A equipe de saúde bucal também se capacitou no acolhimento, no atendimento e no monitoramento das ações. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como o pré-natal que sistematizou o programa, além das atividades educativas desenvolvidas pela saúde bucal.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde da criança eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento das crianças viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além disso, a classificação de risco tanto médico como odontológico tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é percebido pela população, mesmo que as mudanças da parte médica foram poucas. Os pais e/ou responsáveis demonstram satisfação pela prioridade e pela reorganização da agenda. No entanto no início, como deixamos três períodos por semana para atendimento das crianças, gerou um pouco de reclamação dos demais pacientes, pois assim a remarcação destes demorava um pouco, desta forma, diminuimos para dois períodos. Apesar desta intervenção ainda temos muitas crianças sem primeira consulta odontológica. Também notamos satisfação pela ampliação do acompanhamento que foi estendido para os seis anos. Além disso, muitos pais que trabalham o dia todo não conseguiam trazer os filhos para atendimento odontológico, agora estão mais satisfeitos que a creche esta levando seus filhos.

A intervenção poderia ser diferente se desde o início tivesse pactuado com a equipe de enfermagem e com a médica sobre realizar as orientações referentes a saúde bucal. Além disso, acredito que se tivesse realizado mais conversas nos bairros talvez não gerasse conflito da priorização das crianças.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço. Para fomentar esta ação vamos ampliar a conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção as crianças até seis anos, em especial as de alto risco. Percebi que a falta de registro das informações, principalmente médica, dificultou o monitoramento, principalmente referente à classificação de

risco. Vamos repactuar o registro das informações para aperfeiçoar a atenção à criança.

A partir deste mês, quando as creches focos retornaram as atividades, já vamos agendar datas coincidindo com as reuniões com os pais, para realizar as atividades coletivas de saúde bucal. Além disso, providenciamos kits de escova e pasta de dente para que os monitores realizem diariamente escovação, pois estaremos oferecendo treinamento para os monitores e professores, já que agora no início do ano letivo temos mais datas disponíveis. Acredito que no segundo semestre estaremos implantando o programa das crianças de 6 a 10 anos, para dar continuidade ao acompanhamento.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Caros gestores,

Inicialmente queria agradecer o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção que se dedicou a aprimorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, que totaliza 371 crianças, ou seja, 5% da população de Itambé.

Primeiro, queria enfatizar que foi de suma importância o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção, fechando a UBS e fornecendo materiais audiovisuais. Assim podemos nos aprofundar no caderno de atenção à saúde da criança fornecida pelo Ministério da Saúde e pactuarmos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

Sabendo que os cuidados na infância são cruciais para desenvolver padrões de vida no futuro, a intervenção primariamente buscou ampliar a cobertura das crianças inscritas no programa. Antes da intervenção apenas as crianças até os sessenta meses eram acompanhadas pela Equipe de Saúde, hoje esta faixa etária foi expandida para os setenta e dois meses, ampliando assim a satisfação dos usuários que ficaram satisfeitos com esta melhora na cobertura. Estipulamos 95% (352) das crianças inscritas no programa, mas com muita satisfação e orgulho da equipe, principalmente de enfermagem e ACS, obtivemos 100% (371) das crianças do município inscritas no programa e mesmo as crianças que realizam consultas em médicos particulares, recebem

acompanhamento e monitoramento pelo Sistema Único de Saúde, além de usufruir de serviços como vacinas.

Buscando a qualificação do atendimento e mantermos a mortalidade infantil em zero estamos realizando o acompanhamento e o monitoramento do crescimento e do peso das crianças, e as que se encontram com déficit ou excesso de peso tem um acompanhamento especializado, criando alternativas para solução deste problema. Desta ação enfatizamos o resultado que foi de quase 90% (341) das crianças acompanhadas, o que com certeza diminuirá as mortes evitáveis e futuras complicações sistêmicas, como a hipertensão arterial.

Com o apoio da gestão municipal, conseguimos ofertar o teste do pezinho e a triagem auditiva para aproximadamente 97% (366) das crianças, sendo que estes testes são essenciais para verificar patologias, é essencial que a gestão continue dando suporte financeiro e técnico para sua execução.

Um aspecto negativo foram às questões educativas, já que a intervenção iniciou no final do ano letivo e as creches foco já tinham realizadas as reuniões com pais, assim tivemos que marcar outras datas, mas não houve um comparecimento ideal, e apenas 20% (50) dos pais e/ou responsáveis receberam as orientações desejadas. Neste ano já entramos em contato com as instituições para marcar as palestras junto com suas datas programadas no calendário escolar.

No que tange a odontologia, onde temos implantada a puericultura odontológica, inexistente antes da intervenção, conseguimos resultados incipientes, mas considero-os expressivos. Antes da intervenção, apenas 5% (23) das crianças em idade pré-escolar tinham realizado a primeira consulta odontológica, hoje 38% (138), já passaram pela clinica odontológica e receberam esta primeira consulta. Pode parecer pouco, mas em quatro meses atingimos quase 40% e seguirmos esta intervenção da forma que vem ocorrendo conseguiremos atingir quase 100% em um ano, que seria muito satisfatório. Outro aspecto a mencionar é a realização da ação coletiva de exame bucal onde avaliamos 96% (256) das crianças das creches foco, podendo assim verificar as maiores vulnerabilidades e priorizar o atendimento pela classificação de risco, não deixando de lado os casos das crianças com baixo risco. Ampliamos a cobertura das crianças que recebem escovação

supervisionada, pois anteriormente apenas crianças acima de seis anos realizavam esta ação semanalmente. Com esta ação de escovação supervisionada conseguiremos num futuro próximo diminuirmos os índices de carie dentária e doença periodontal.

E, para finalizar, queria ressaltar a importância da continuação do apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos que conseguirmos agir preventivamente conseguiremos resultados expressivos num futuro breve, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Comunidade de Itambé,

Primeiro queria informar que este trabalho se iniciou em Março de 2013, quando realizei um estudo das condições da UBS e de como era o serviço prestado para a comunidade, tanto a quantidade como a qualidade. Assim, optei por realizar uma ação que atingisse crianças de zero a seis anos de idade, já que percebi que para esta idade o atendimento ficava restrito as consultas com a médica pediatra. Reunimos a equipe toda, estudamos e nos preparamos para melhorar o atendimento das crianças de Itambé. Estabelecemos metas para alcançarmos e definimos ações para alcançá-las. Esta ação durou quatro meses, mas ela vai continuar ocorrendo na UBS. Primeiro, definimos que tínhamos que ter pelo menos 75% das 372 crianças que temos em Itambé inscrita no programa de atenção a criança. Neste item tivemos um bom resultado, pois nos quatro meses tivemos quase 100% das crianças inscritas e acompanhadas, mesmo as que realizam consultas com médicos particulares, foram inscritas e acompanhadas pela equipe da ESF.

Na parte de saúde bucal, realizamos ações que antes não ocorriam, como um levantamento para definir quais eram as crianças com mais risco, isto é importante para tirar estas crianças da situação de perigo, como uma infecção. Mas também realizamos atendimento as outras crianças. Realizamos uma parceria com as creches, onde estas traziam as crianças para receber atendimento. Inicialmente tínhamos deixado três períodos para atender estas

crianças, mas os outros atendimentos ficaram prejudicados e resolvemos deixar só dois períodos. Mesmo assim avançamos muito, pois antes tínhamos apenas 5% destas crianças com primeira consulta, agora já temos 38%, desta forma até o final do ano, se conseguir manter a situação atual, conseguiremos atender quase todas as crianças, por isso é importante o apoio de vocês, comunidade, para que possamos dar continuidade ao atendimento destas crianças e torná-las jovens mais saudáveis.

Outra ação que iniciamos com este trabalho foram às buscas ativas as crianças faltosas as consultas médicas e odontológicas. Esta ação não ocorria na UBS e ela é importante para termos um acompanhamento e não haver desistência ou atraso no tratamento.

Devemos dar destaque à outra ação, é que agora melhoramos nosso acompanhamento e monitoramento das crianças em relação ao seu crescimento e peso, tanto para crianças desnutridas, como crianças com excesso de peso. Tivemos ajuda da nutricionista da Unidade e das enfermeiras que agora realizam o atendimento destas crianças, o que antes não era ofertado na UBS.

Além destas atividades também conseguimos vacinar quase 100% das vacinas preconizadas para esta faixa de idade, e oferecemos o teste do pezinho, triagem auditiva e oferecemos suplementação de ferro para as crianças. O que previne muitas complicações futuras.

Um ponto a mencionar com vocês é que agora temos o registro de todos os atendimentos em uma ficha para cada criança e conseguimos ter um controle de como está a condição de cada criança. Além disso, podemos avaliar se nossas ações como profissional estão atingindo o que queremos.

Queremos a ajuda da comunidade nas questões educativas como realizar palestras, pois os resultados foram muito abaixo do esperado. Esta ação é muito importante, pois a informação ajuda as pessoas a tomarem atitudes corretas para melhorar a qualidade de vida.

Para encerrar, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho para crianças de zero a setenta e dois meses, e que ele continuará ocorrendo na Unidade e que para isto a comunidade tem que apoiar as ações e compreender que as crianças com maior risco terão uma atenção

especial. E que todos os profissionais estão felizes e satisfeitos de terem trabalhado nestas atividades.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A partir da proposta pedagógica do curso que consistia em propiciar a nós estudantes oportunidades para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde da família, de forma prática, com objetivo claramente definido e através de aprendizagem autorreferida, isto é, aprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade do serviço em que o estudante atua (Guia do especializando, 2013), acreditei que seria um processo interessante, mas complexo, mas com o decorrer do curso, descobri uma metodologia de trabalho nova e eficiente, já que realizamos de forma gradual um projeto completo, o que facilitou muito nossa intervenção. Outro ponto importante que saliento é o apoio constante e qualificado da orientadora e dos professores, incluindo nos fins de semanas, maior do que em cursos presenciais, sendo este apoio essencial para nosso desenvolvimento. Destaco a melhora na minha prática clínica, o que foi facilitada pelos casos bem elaborados e de acordo com nossa realidade, e pelos estudos desenvolvidos, que a princípio na minha visão seriam cansativos, mas se mostraram muito enriquecedores. Hoje posso dizer que voltei a estudar assuntos odontológicos diversos após dez anos de fim de graduação.

O curso ofereceu uma troca de experiência e de saberes entre os colegas e orientadores, além de um excelente material pedagógico, como literatura recomendada e planilhas eletrônicas, o que foi de suma importância para nosso crescimento profissional.

O diagnóstico situacional foi de extrema relevância dentro da intervenção e para o crescimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da equipe, pois a partir deste ponto conseguimos visualizar nossas carências, pontos a melhorar e também as nossas virtudes. Este diagnóstico possibilitou o planejamento e a implementação das ações conforme nossas necessidades e possibilidades.

Um aspecto que devo mencionar foi à ampliação do trabalho multidisciplinar e intersetorial, qualificando o serviço prestado para comunidade e não gerando duplicação de ações. Além disso, aumentou o vínculo e a cumplicidade de todos os profissionais da UBS, pois os mesmos se viram úteis para a comunidade.

Menciono também a questão do protagonismo profissional, ou empoderamento, porque a partir de um aspecto apontado na análise situacional, nós profissionais desenvolvemos planos de ações e os colocamos em prática, parando de responsabilizar gestores. Isto mostrou que somos corresponsáveis pela atual situação de saúde e deixando claro que podemos intervir nas diversas áreas de saúde, até mesmo no engajamento público.

Perante isso, percebi que pude auxiliar na melhora significativa da puericultura de crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Doutor Lafayette Grenier e torná-la uma intervenção contínua e espero que permanente, apenas melhorando, dentro da nossa realidade.

Considero que o monitoramento constante foi muito importante, já que nossas atividades foram refletidas em números e agora temos registros destas ações, os quais nos auxiliam para monitorar, planejar e executar ações benéficas para a comunidade, melhorando assim a condição de vida destes cidadãos.

Cabe mencionar a importância da intervenção para a odontologia, onde as escovações supervisionadas para esta faixa etária mostraram para mim o prazer de ser cirurgião-dentista e trouxe muita felicidade com a execução da atividade. Além disso, conseguimos melhorar os índices de cobertura e de qualidade de serviço, fornecendo um trabalho realmente útil para a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Cadernos de Atenção Básica, nº 33 – Brasília, 2012. 272 p.

ITAMBÉ. Secretaria de Saúde. Departamento de Odontologia. Protocolo de Saúde Bucal. Itambé, 2013.

Apêndices

APÊNDICE B - Fotos de Ações Desenvolvidas





Anexos

ANEXO B – Ficha Espelho da Saúde Bucal

FICHA ESPELHO SAUDE BUCAL PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA

SAUDE BUCAL									
Data									
Participação de ação coletiva de exame bucal: sim ou não									
Primeira Consulta									
Data da próxima consulta									
Classificação de risco de saúde bucal: baixo, médio ou alto									
Busca ativa para as faltas nas consultas									
Participação escovação supervisionada									
Trat. Concluído: sim ou não									
Responsável com orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia, prevenção de cárie e nutricional									
Responsável com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia, prevenção de cárie, sucção e prevenção de oclusopatias									

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPPEL

