



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 04

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES, NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) FÉLIX TOMAZ, JACOBINA/BA**

EMANOELLA VIEIRA PEREIRA

**Pelotas, RS
2014**

EMANOELLA VIEIRA PEREIRA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES, NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) FÉLIX TOMAZ, JACOBINA/BA**

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

Orientadora: Simone Gomes Dias de Oliveira

**Pelotas, RS
2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P436m Pereira, Emanoella Vieira

Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses, na Unidade de Saúde da Família (USF) Félix Tomaz, Jacobina/BA / Emanoella Vieira Pereira ; Simone Gomes Dias de Oliveira, orientadora. — Pelotas, 2014.
126 f.

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. Oliveira, Simone Gomes Dias de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a todas as pessoas da comunidade que trabalhei, em especial às crianças e seus genitores, que participaram do projeto de intervenção.

A todos os profissionais da equipe Estratégia de Saúde da Família Félix Tomaz.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus - santo e fiel, pelas infinitas bênçãos, fidelidade, amor e cuidado e a Virgem Santíssima por toda intercessão e proteção.

Aos meus amados e abençoados pais por me apoiarem e incentivarem neste sonho de ser especialista em Saúde da Família.

Ao meu marido lindo e maravilhoso por todo apoio, compreensão e incentivo.

À minha orientadora Simone, pela paciência e dedicação, sempre presente, atenciosa e simpática em todos os momentos.

À equipe de trabalho, em especial as agentes comunitárias de saúde, que prontamente colaborou com o meu projeto.

Meu muito obrigada.

“E sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito.”

(Rom 8, 28)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013	86
Figura 2 - Primeira consulta na primeira semana de vida, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	88
Figura 4 - Cobertura de primeira consulta odontológica das crianças de 6 a 72 meses de idade, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	90
Figura 5 - Cobertura de primeira consulta odontológica das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	91
Figura 11 - Vacinação das crianças de acordo com a idade, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	96
Figura 12 - Suplementação de ferro, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	97
Figura 13 - Teste do pezinho das crianças até 07 dias de vida, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	98
Figura 14 - Proporção de triagem auditiva, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	99
Figura 20 - Proporção de crianças que mamaram durante a primeira consulta, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	103
Figura 24 - Proporção quanto a orientação às mães sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APAE - Associação de pais e amigos dos excepcionais de Jacobina
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DM – Diabetes Mellitus
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública
MS - Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RN – Recém-nascido
SUS – Sistema Único de Saúde
UB - Unidade Básica
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNEB – Universidade do Estado da Bahia
US – Unidade de Saúde
USG - Ultrassonografias

Sumário

1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	20
1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS.....	20
1.2 Relatório da análise situacional.....	20
1.3 Comentário comparativo sobre texto inicial e relatório análise situacional.....	30
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos.....	33
2.2.1 Foco de intervenção: Saúde da criança.....	33
2.2.2 Objetivo Geral.....	33
2.2.3 Objetivos Específicos.....	33
2.2.4 Metas.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 Ações.....	36
3.2 Indicadores	66
3.3 Logística.....	73
4 CRONOGRAMA.....	76
5 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	77
5.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	77
5.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	80
5.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	82
5.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	82
6 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	83

6.1 Resultados.....	83
6.2 Discussão.....	105
6.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	107
6.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	110
7 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	112
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXO.....	116
APÊNDICES.....	121

Resumo

PEREIRA, Emanoella Vieira. OLIVEIRA, Simone Gomes Dias. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Unidade de Saúde da Família (USF), Jacobina, BA.** 2014. 128f. Trabalho Acadêmico (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas.

Nas últimas décadas o Brasil passou por mudanças demográficas e epidemiológicas interferindo diretamente na diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Desse modo, a necessidade de valorização da Puericultura e da atenção à saúde da criança são condições necessárias para que se tenha adultos e idosos mais saudáveis. Neste sentido, o programa Saúde da Criança é muito importante em uma Unidade Básica de Saúde, pois ele é a continuidade dos cuidados iniciados no pré-natal, proporciona uma melhor qualidade de vida à criança e contribui na redução da mortalidade infantil, a qual vem diminuindo progressivamente no âmbito nacional. Este trabalho tem como objetivo geral melhorar a atenção às crianças, compreendidas na faixa etária de 0 a 72 meses da ESF Félix Tomaz, do município de Jacobina-Bahia. A intervenção aconteceu no período de setembro a dezembro de 2013. A metodologia aplicada foi à análise situacional do território detectando as fragilidades que poderiam ser melhoradas, a qual foi alicerçada em quatro eixos: avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica para o alcance das metas propostas. Alguns dos resultados obtidos foram: ações de educação em saúde para as crianças; aumento do número de crianças frequentadoras do programa, de 21 crianças para 50 após a intervenção; orientações quanto à prevenção de acidentes, cáries, consulta odontológica, teste auditivo e do pezinho em tempo hábil. Por fim, a intervenção foi importante para todos os segmentos – comunidade, serviço e equipe. Na comunidade, a intervenção foi significativa, pois muitos genitores não tinham a informação sobre a importância da consulta de acompanhamento e desenvolvimento da criança com o profissional enfermeiro. No serviço propiciou a ampliação da cobertura da atenção em saúde das crianças acompanhadas na UBS, a melhoria dos registros, o aumento da busca das crianças faltosas, uma atenção especial às vacinas e o aumento da faixa etária frequentadora do programa. Entre a equipe houve uma interação maior entre os profissionais, além de que a grande parte teve capacitação sobre saúde da criança.

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

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção às crianças, compreendidas na faixa etária de 0 a 72 meses da ESF Félix, por meio do programa de puericultura.

A intervenção evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais da equipe de saúde, pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento das ações realizadas com as crianças acompanhadas pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo, está apresentada a análise situacional, apresentando-se o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, está descrita a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores, metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, está apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

No quinto capítulo está apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 - ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS

A Unidade em que atuo é denominada Félix Tomaz, localiza-se na área urbana da cidade e tem como modelo de atenção a ESF. A vinculação desta com o SUS ocorre por meio da Prefeitura. Possui uma boa organização e estrutura, dispõe de alguns recursos materiais fixos, como televisão, computadores, telefone, orelhão dentro da Unidade, balança digital, ar condicionado. Há 04 consultórios (médico, enfermeiro/técnico e dentista); salas: de vacina, de esterilização, de curativo e de agentes de endemias; farmácia; recepção; cozinha; almoxarifado; dispensa; 03 banheiros, porém não dispomos de uma sala de reunião. A equipe é empenhada e comprometida, mas também tem a exceção. Há 01 enfermeira; 01 médica; 01 dentista; 02 técnicas de enfermagem, sendo 01 destas, a vacinadora; 01 ASB; 02 higienizadores (01 de licença médica); 09 ACS (02 de licença médica); 01 recepcionista; 10 agentes de endemias; e 01 nutricionista que atende uma vez na semana. Há falta de compromisso de alguns, como: o higienizador não permanece na Unidade durante todo o período, às vezes quando se mais precisa ele não está; os ACS, em torno de 02 não exercem a sua função como deveria, pois é comum receber queixas dos pacientes. Possui parceria com as instituições de ensino municipal pertencente à área adstrita: uma creche e um Colégio, onde são realizadas as ações educativas, além de ser campo de estágio para estudantes do curso de Enfermagem da UNEB, do município de Senhor do Bonfim.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Jacobina, conhecido também como Cidade do Ouro, pertence ao Estado da Bahia, tem aproximadamente, 79.285 habitantes, segundo dados do IBGE, 2010. É composto por 04 distritos e 23 povoados. Tem como principal fonte de renda o comércio, a extração de ouro, lojas de roupas, autopeças, postos de combustível, hotéis, restaurantes e fábricas no setor de calçados.

Atualmente, há 06 UBS tradicionais, 17 ESF tradicionais; 01 NASF - em implementação; 02 equipes do PACS; 01 CEO; 01 CAPS AD e 01 CAPS II; 01 unidade móvel de saúde (o qual se encontra em manutenção); 01 CEREST, com serviços médicos e de fisioterapia; 01 Centro Municipal de Reabilitação, na sede, com serviços de radiologia e fisioterapia; 01 clínica municipal de Radiodiagnóstico, com realização de mamografia, exame eletrocardiográfico por telemedicina, este último com serviço terceirizado; 01 farmácia municipal e 01 Farmácia Popular do Brasil de Jacobina; e 01 APAE.

Além destas UBS há 01 hospital particular de média complexidade; 01 hospital municipal que atende a demanda interna e as cidades vizinhas; 01 hospital filantrópico que não está recebendo verbas do SUS ficando o atendimento restrito a meio particular ou plano de saúde; clínicas particulares com algumas especialidades, tais como: clínico geral, cardiologia, odontologia, angiologia, obstetrícia, oftalmologia, dermatologia, ginecologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista, terapia ocupacional, otorrinolaringologia, pediatra, psicologia, psiquiatria, neurologia e radiologia; no nível municipal há todos estes atendimentos; há 04 laboratórios de análises clínicas particulares ou por convênio e 01 laboratório municipal. Quanto aos exames: raio X, USG, exames laboratoriais de rotina e sorologias, as quais são encaminhadas ao LACEN que fica localizado no município de Salvador.

O município também conta com a Central Municipal de Regulação, onde são realizadas marcações de consultas e exames, com dias específicos da semana para a marcação à cada especialidade médica.

Quanto à estrutura física, a Unidade da Félix Tomaz tem cinco anos de funcionamento, a princípio era uma creche sendo posteriormente, adaptada para uma UBS. Tal característica causou restrições de alguns pontos, como por exemplo, consultórios com sanitários; sala de reuniões e educação em saúde; sala para os ACS; sala de recepção, lavagem e descontaminação de material; escovário; expurgo e depósito para o lixo não contaminado. Além disso, não há corrimãos dentro e nem fora da Unidade deixando o paciente exposto a quedas, porém há rampa de acesso. O espaço que mais sinto necessidade é a sala para reuniões e educação em saúde,

pois interfere diretamente nas atividades realizadas dentro da Unidade, nas reuniões de equipe e principalmente para a implantação dos grupos de idosos, crianças, mulheres, gestantes. Em contrapartida, tem quatro consultórios bem climatizados, com manutenção adequada dos ares-condicionados; balança digital, que agiliza o processo de trabalho; sala de vacina adequada à demanda; sanitários para ambos os sexos e adaptados para pessoas com deficiência e uma farmácia— pequena e organizada, mas infelizmente não há funcionário específico para a mesma, sendo considerado um problema importante. As portas são largas e permitem a passagem de cadeiras de rodas; as cadeiras da sala de espera, na grande maioria das vezes, não supre a demanda dos pacientes; os equipamentos estão em bom estado, apesar da pouca manutenção; há material para o atendimento, porém nem sempre o temos em grande quantidade. As paredes estão conservadas e a pintura preservada. A ventilação é insuficiente, visto que o ar condicionado e o ventilador são os únicos meios de amenizar a temperatura elevada do ambiente.

Dessa forma, mesmo diante dos problemas citados o atendimento não deixa de acontecer e para isso são utilizadas algumas estratégias, como o revezamento de técnicas de enfermagem e a enfermeira para suprir a necessidade da farmácia; as reuniões com a equipe são realizadas no consultório que realizo os meus atendimentos e quando não há paciente na Unidade são feitas na sala de espera. Em relação aos grupos, que a equipe pretende implantar a partir do mês de setembro de 2013. Está sendo analisado o espaço, que provavelmente será no consultório utilizado pela médica, no dia de sua folga.

O gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento é feito, praticamente por todos os profissionais, exceto a médica e os ACS. A médica é muito procurada para soluções de problemas que só ela pode realizar, dentre elas consulta médica e prescrição medicamentosa. A enfermeira é bastante solicitada, pois além de realizar seus atendimentos diários tem de solucionar os demais problemas da Unidade.

A Secretaria de Saúde sempre que possível promove capacitação/treinamento para alguns membros da equipe (médico, ACS e

enfermeiro, mais frequentemente), isso nos permite qualificar o atendimento e atualizar o nosso conhecimento.

Não temos Conselho Local de Saúde, porém o incentivo ao controle social ocorre por meio da disponibilidade do número da Ouvidoria de fácil acesso e visibilidade dentro da Unidade para reclamações e sugestões, inclusive já é perceptível o seu efeito. Algumas reclamações foram feitas por parte dos usuários, quando isso acontece, o gestor exige um ofício relatando as medidas tomadas em prol do que foi denunciado.

A área adstrita da Unidade tem aproximadamente, 5329 habitantes (de acordo com o SIAB), cabe ressaltar que estamos em processo de recadastramento e atualização das famílias e com certeza o número ultrapassa este citado. Percebe-se uma diferença discreta no total de residentes do sexo feminino (2865, o que totaliza 51%) e do sexo masculino (2464, o que totaliza 48,9%). Detalhando-os temos: menores de 1 ano – não foi encontrado no SIAB; 1 a 4 anos – feminino: 61 e masculino: 77; 5 a 6 anos – 84:83; 7 a 9 anos – 105:136; 10 a 14 anos – 291:279; 15 a 19 anos – 256:239; 20 a 39 anos – 1038:816; 40 a 49 anos – 414:349; 50 a 59 anos – 280:225; e maiores de 60 anos – 336:260.

Na UBS pode-se observar que a mulher procura a Unidade com mais frequência, enquanto o homem é mais visto nas consultas médicas e em casos de "urgência". É evidente que uma única equipe não dá conta de toda a população e muitas vezes os serviços acabam ficando sobrecarregados, principalmente a médica, onde a procura e a demanda para este profissional é acima do programado. Para suprir esta necessidade ampliamos o acesso, por meio do número de vagas disponibilizadas para as consultas médicas, de preventivo, pré-natal e puericultura, além da livre demanda a sala de vacina.

Em relação à demanda espontânea, o acolhimento, ou seja, a acolhida do paciente à Unidade é feita primeiramente na recepção, em seguida, de acordo com a sua necessidade ele é encaminhado a profissional - médica ou enfermeira ou dentista ou técnica de enfermagem, as quais também exercem este papel, nos seus respectivos consultórios. Infelizmente não temos uma modelagem específica, mas o

atendimento tem como objetivo principal satisfazer e trazer resolutividade às queixas do paciente, quando cabíveis.

No entanto, foi realizada há pouco tempo uma capacitação para toda a equipe, pela enfermeira e suas estagiárias sobre o acolhimento na UBS, a fim de incentivar e esclarecer alguns aspectos, como o comportamento do profissional no serviço, o cumprimento ao usuário na sala de espera, a forma como atender ao telefone, as informações como devem ser transmitidas. Pude constatar que este momento foi enriquecedor para todos os funcionários e conseqüentemente, ao serviço que nós prestamos.

Atualmente, as marcações de consultas para médico se dá de maneira espontânea, porém organizada, com vagas delimitadas por turno, pois sempre há problemas de saúde agudos que necessitam do atendimento no dia. As marcações podem ser agendadas pelo ACS, familiar de paciente e o próprio paciente. Além das consultas médicas, há marcação para os seguintes programas: puericultura, pré-natal, planejamento familiar, Programa de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), preventivo e visita domiciliar. Essa experiência tem nos mostrado bons resultados e satisfação por parte da maioria dos usuários.

Portanto, a dificuldade maior é a própria demanda que abrange a Unidade, já que na mesma há apenas uma equipe. O número de atendimento agendado para consulta médica é de 25 consultas por dia, sendo 15 no turno matutino e 10 no vespertino. Na maioria das vezes, a demanda é maior do que o número estabelecido e nestes casos há uma avaliação pela enfermeira ou da equipe de enfermagem para encaminhar ao atendimento médico, porém há casos em que ocorrem o encaminhamento ao serviço especializado e ao hospital de referência da Unidade.

As ações de atenção à saúde da criança eram voltadas apenas para as crianças até dois anos de idade representando 21 crianças no total. Após conhecer e estudar o Manual, as consultas foram ampliadas e ocorre o atendimento de 0 a 72 meses. Hoje, a cobertura de crianças cadastradas é de 61% e como indicadores temos: teste do pezinho até 07 dias - 100%, consultas em dia de acordo com o protocolo do MS - 34%, vacinas em dia - 64% e orientação para aleitamento materno exclusivo - 34%, dentre outros. Anterior a esta ação, o manual não era utilizado e

não há protocolo específico na unidade. Porém, já utilizávamos um livro para o registro dos atendimentos. A educação em saúde era frequente para os adolescentes, apenas uma atividade foi realizada para os menores.

As ações de puericultura realizadas são: prescrição de sulfato ferroso, mensuração e o acompanhamento da altura/comprimento, do peso e do perímetro cefálico na escala preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com as devidas orientações e encaminhamentos a médica ou nutricionista, quando necessário; orientações quanto ao aleitamento exclusivo, vacinação, higiene bucal, higiene corporal e acidentes. Além disso, a primeira consulta de puericultura ao recém-nascido até o seu 10º dia de vida está ocorrendo no domicílio com reforço das orientações supracitadas.

Entretanto, estas ações não estão estruturadas de forma programática, mas procuramos seguir o recomendado pelo MS, inclusive foi implantado recentemente um livro de cadastro ao Programa e outro de registro para as consultas com alguns indicadores expostos no Caderno das Ações Programáticas. O monitoramento deste se dará conforme os registros e anotações, os quais permitirão um melhor acompanhamento.

As dificuldades encontradas são a falta de comprometimento dos pais às consultas apazadas, a falta de registros anteriores, bem como de um protocolo específico para o mesmo e a inexistência de atividades educativas voltadas para as crianças e seus pais. Apesar destas dificuldades, alguns aspectos positivos podem ser observados, como as consultas de novas crianças de 0 a 72 meses, que até então não eram acompanhadas, assim como, as atividades de educação em saúde e de orientações às mães na sala de vacina, na recepção e no corredor da Unidade.

O programa Pré-Natal acontece uma vez na semana, durante os dois turnos, porém a primeira consulta é realizada no momento em que a paciente procura o serviço para fazer o acompanhamento. A cobertura, atualmente é de 38% e apresenta alguns indicadores, como: consultas em dia de acordo com o calendário do MS - 83%, exames de laboratório solicitados na primeira consulta - 100%, vacina antitetânica conforme protocolo - 83% e orientação para aleitamento exclusivo - 100%, dentro outros. Neste primeiro encontro são solicitados todos os exames

laboratoriais, o cartão de vacina para acompanhamento do esquema vacinal e prescrito o ácido fólico, a depender da Idade Gestacional (IG), o sulfato ferroso conforme preconizado pelo MS. Durante a consulta são realizadas as orientações a respeito do aleitamento materno exclusivo, prática regular de atividade física sem esforços, hábito alimentar saudável, vida sexual e o cadastro por meio da ficha de acompanhamento da gestante disponibilizada pelo MS (dando continuidade nas consultas subsequentes). Além disso, são avaliados o peso, a pressão arterial (PA), a IG, os sinais e os sintomas e as demais dúvidas que a paciente refere. Após cada atendimento a paciente sai da consulta com a sua data de retorno.

Até o presente momento, não há um protocolo direcionado a este atendimento, porém foi implantado um livro de registro/consulta, como se fosse o cartão espelho da gestante, com alguns dados importantes, como: nome da gestante e da mãe, data de nascimento, idade, idade gestacional, movimentos fetais, altura uterina, batimentos cardíofetais, peso, altura, pressão arterial e o ACS que acompanha esta gestante para facilitar a busca ativa, quando necessário. Na Unidade já existia o livro de cadastro de Pré-Natal, bem como uma pasta específica para os prontuários das gestantes, o que facilita o monitoramento dos atendimentos e o retorno destas pacientes.

Em contrapartida, não temos um grupo de gestantes e a educação em saúde fica limitada a palestras esporádicas, de pouca frequência. Porém, está sendo planejado a implantação destes grupos com a atuação e o apoio do ACS na disseminação do conhecimento.

As microáreas descobertas, por falta de ACS, ficam em déficit quando as gestantes não comparecem na Unidade no dia da consulta agendada sendo necessária a busca ativa por contato telefônico, reforçando a importância do comparecimento ao pré-natal.

Os programas de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama apresentou uma cobertura de acompanhamento, 113% e 111%, respectivamente. Infelizmente este valor não condiz com a realidade, embora a planilha tenha gerado uma quantidade estimada de mulheres residentes na área com idade de 25-64 anos de 1386 e a ficha do SIAB me relate um atendimento de

1562 mulheres na prevenção do câncer de colo uterino, bem como estima 442 mulheres residentes de 50-69 anos e um atendimento para 492 mulheres na prevenção do câncer de mama. Tal acontecimento gerou esse percentual extremo e irreal.

O atendimento acontece em um único dia da semana e um turno. A coleta do material para o exame citopatológico é realizada apenas pela enfermeira. Após a coleta é feito o exame clínico das mamas, em caso de anormalidade quanto a palpação de nódulos irregulares é realizado o encaminhamento a médica, em seguida são dadas algumas orientações sobre DST, uso de preservativo e higiene íntima.

A requisição para a mamografia, no município de Jacobina, só pode ser dada pela médica, após anamnese e consulta. Este fator é um impasse a sua realização, pois o enfermeiro durante o preventivo e na possibilidade de um achado não pode dar essa guia a fim de agilizar a marcação.

As ações mais uma vez não estão estruturadas de forma programática, porém há um livro de cadastro de preventivo, um livro para registro/consulta e um destinado a registrar os resultados dos exames. Não há nada específico para o controle do câncer de mama e percebo que por não realizarmos o exame na Unidade não temos o controle dos pedidos e resultados, inviabilizando o seu monitoramento.

Com a presença das estagiárias na Unidade, estão sendo realizadas semanalmente salas de espera sobre a importância e necessidade do preventivo regular. Em uma oportunidade foi feita uma palestra pela enfermeira no auditório de uma escola voltada ao público feminino sobre a importância do controle e prevenção destes cânceres. Há uma boa adesão e procura por parte das pacientes. Porém, ainda há uma falha no monitoramento das ações, principalmente por termos uma grande quantidade de mulheres na área, mas sempre incentivamos as ACSs a fazerem busca ativa destas mulheres que não estejam com o exame em dia, conforme orientações do MS.

Outro programa acompanhado pela equipe e de relevância na ESF é o HIPERDIA, com 36% de acompanhamento dos hipertensos e 38% dos diabéticos. Alguns indicadores de qualidade dos hipertensos são: exames complementares

periódicos em dia - 49% orientação sobre prática regular de atividade física e orientação nutricional de alimentação saudável - 73%. Para os diabéticos temos os indicadores: exames complementares periódicos em dia - 82%; orientação sobre prática regular de atividade física e orientação nutricional de alimentação saudável - 82% e avaliação de saúde bucal - 12%, dentre outros.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus apresentam altos índices de incidência e prevalência na população brasileira e em larga escala, mundial. É cada vez mais frequente o acometimento destas doenças em crianças, adolescentes e adultos jovens. O programa acontece na Unidade em um único dia da semana, nos dois turnos, porém é constante a presença do paciente em dias alternados para acompanhamento. A consulta com a médica é muito procurada para troca de receita de medicação e solicitação de exames. Ainda assim, temos muitos pacientes que atrasam o acompanhamento mensal, no qual aferimos PA, peso, circunferência abdominal, glicemia; e outros que ignoram o tratamento medicamentoso, dieta hipossódica e hipocalórica e a prática regular de atividade física.

A primeira consulta é feita com a médica, a qual solicita o rastreamento semanal da PA para avaliar possíveis alterações ou anormalidades e alguns exames complementares, como os laboratoriais e eletrocardiograma. Após a finalização do diagnóstico pela médica para hipertensão, é realizado o cadastro no HIPERDIA e o paciente é acompanhado, mensalmente para aferição de PA, glicemia, peso e circunferência abdominal. Após três meses da consulta médica, o hipertenso é atendido em consulta de enfermagem para validação das orientações quanto às medicações, hábitos alimentares, atividade física, dentre outras.

Vale ressaltar que um dificultador da implementação do Programa até então é o desconhecimento da importância e necessidade desta consulta por parte dos pacientes, pois percebe-se que os hipertensos e diabéticos não tem o hábito de ter a consulta com a enfermeira para as avaliações e orientações quanto aos hábitos de vida, uso de medicação, fumo e álcool, refletindo no serviço e sua qualidade. Na verdade, a equipe ainda está se habituando a este modelo e requer tempo e colaboração de todos os outros profissionais no encaminhamento a consulta de enfermagem.

Atualmente, o município implantou um novo programa denominado Medicamento em Casa voltado aos hipertensos e diabéticos ou com as duas patologias associadas e ainda abrange o planejamento familiar (contraceptivo oral). Os medicamentos são os padronizados pelo MS e o paciente é cadastrado primeiramente pela médica onde vai avaliar a possibilidade de receber o medicamento em casa, conforme assiduidade ao HIPERDIA, uso regular da medicação, comparecimento à Unidade para aferição da PA e glicemia. Após três meses o paciente retorna a unidade e esta consulta pode ser realizada tanto pela médica quanto pela enfermeira. A medicação é entregue ao paciente em sua própria residência numa caixa contendo os medicamentos suficientes para os três meses que é justamente o período que ele retorna para a troca de receita; em relação ao contraceptivo oral o paciente recebe por seis meses. Infelizmente, ainda não há um livro específico de registro/consulta para o HIPERDIA, apenas o livro de cadastro. Porém, está sendo planejado a implantação deste livro para monitoramento do programa, e até mesmo a busca ativa dos faltosos. Os indicadores que constarão neste livro serão: PA, altura, peso, circunferência abdominal, idade, HAS e/ou DM, consulta médica em dia, consulta odontológica e medicação em uso, com a finalidade de facilitar o monitoramento e avaliação. Para este programa não há planejamento específico, educação em saúde com pouca frequência, mas se acreditava realizar um bom atendimento, porém muitas ações precisam ser implementadas.

Em relação à saúde dos idosos, na ESF não há um Programa específico direcionado a eles, o vínculo é feito por meio do HIPERDIA, onde os registros são feitos no próprio cartão do paciente e quando há consulta médica ou de enfermagem, no prontuário clínico e no prontuário odontológico. A cobertura de acompanhamento é em torno de 94% e como indicadores temos: acompanhamento em dia - 72%, com HAS - 67%, com DM - 18%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular - 18%, dentre outros.

Para ampliação em relação à saúde dos idosos faz-se necessário propostas de implantação de um Programa específico para estes com a possibilidade de

ampliar a cobertura e melhorar a atenção a esta população. Acredito, que durante as consultas do HIPERDIA podem ser realizadas a avaliação global do idoso atentando para a alimentação, o sedentarismo, o uso do álcool ou tabaco, o risco para quedas, investigação de violência doméstica, imunização e entre outras. Um desafio importante à implantação deste recurso é a adesão e a participação do idoso às consultas, aos grupos voltados a esta faixa etária, pois devido à idade é um público com limitações. De fato, este programa precisa fazer parte da nossa rotina, pois o público-alvo é grande na área adstrita.

Os maiores desafios que a UBS apresenta são uma única equipe para atender toda a demanda; as áreas descobertas por licença dos ACS; a falta de insumos suficientes para a realização dos procedimentos; a falta de um profissional na Farmácia; e a falta de atualização quanto aos programas do MS.

Em contrapartida os melhores recursos que possuímos são o comprometimento que toda a equipe tem com o seu público; os programas já instalados e aqueles que estamos implantando e implementando; a união da equipe multiprofissional; a busca de capacitação e atualização por parte dos membros integrantes da equipe; a realização de busca ativa e notificações rápidas; a oferta de algumas medicações em quantidade razoável a demanda; a parceria com a escola e a creche municipais para as atividades de educação em saúde e demais instituições.

1.3 Comentário comparativo sobre texto inicial e relatório análise situacional

Comparando o primeiro texto realizado e o relatório da análise situacional, pode-se perceber que o processo de trabalho entre a equipe e os programas de atendimento da unidade tiveram uma melhora significativa. Através do estudo foi constatado a necessidade de se ter dados confiáveis e rotina nos registros dos mesmos para conseguir realizar a avaliação e monitoramento para o planejamento das ações no território, prática até então não realizada pela equipe. Na recepção, houve mudança do aspecto visual com as cadeiras/longarinas consertadas, informes quanto ao funcionamento e os programas exercidos na unidade. Além disso, ampliou-se o acesso aos atendimentos de puericultura, pré-natal, preventivo e

hiperdia, bem como a mudança da marcação de consulta para médico, a qual se dava em um único dia da semana e passou a ser de maneira espontânea e organizada.

Outra mudança que ainda está em andamento é o corrimão na entrada da unidade, o qual foi solicitado através de um ofício ao setor de obras e a medição já foi realizada para a providência do material.

Estas atividades proporcionaram uma grande evolução e muitas mudanças já aconteceram e estão sendo adotadas para a melhoria do atendimento da população.

Portanto, cabe mencionar a relevância da Especialização em Saúde da Família com a qualidade dos materiais e ferramentas de trabalho que tem proporcionado o nosso conhecimento e a melhoria do processo de trabalho.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas o Brasil passou por mudanças demográficas e epidemiológicas interferindo diretamente na diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Desse modo, a necessidade de valorização da Puericultura e da atenção à saúde da criança são condições necessárias para que se tenha adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2002).

Neste sentido, o programa Saúde da Criança é muito importante em uma US, pois ele é a continuidade dos cuidados iniciados no pré-natal, proporciona uma melhor qualidade de vida a criança e contribui na redução da mortalidade infantil, a qual vem diminuindo progressivamente no âmbito nacional.

A população do município de Jacobina é de 79.285 habitantes, segundo dados do IBGE (2010), enquanto a população adstrita, ou seja, pertencente a ESF Félix Tomaz é em torno de 5.329 habitantes. Destes a grande maioria é de baixa renda e são usuários dos serviços prestados na unidade, inclusive as crianças, embora nem todas a frequente, com uma estimativa aproximada de 300 crianças.

Infelizmente, apenas 21 frequentam as consultas de puericultura, através desta intervenção espera-se um aumento importante.

Apesar da Puericultura já acontecer na Unidade, não são considerados prioridade de atendimento nesse programa as crianças acima dos dois anos, infelizmente as consultas não têm continuidade. A maioria das crianças possui baixa renda e são usuárias do SUS dependentes tão quanto os familiares. Atualmente, percebe-se essa ampliação e procura por parte dos familiares, com o reforço e incentivo dos ACS e toda a equipe nas consultas com crianças acima de dois anos até 6 anos. Assim como aumentou o número de crianças, há um preparo maior da equipe para acolher a criança e a sua família na Unidade, principalmente por parte da enfermeira que possui um contato e vínculo maiores com estes. É rotina na UBS pesar, medir comprimento e perímetro cefálico, observar imunização, realizar exame físico e prescrever suplementação de sulfato ferroso e incentivar o uso da vitamina A. A adesão inicial por parte da comunidade tem um número pequeno, porém significativa. A frequência é mais perceptível em famílias menos favorecidas, de baixa renda social e econômica.

Por fim, esta intervenção é necessária, pois auxilia no combate as inúmeras doenças que as crianças estão sujeitas, principalmente promovendo hábitos de vida saudáveis desde o nascimento, que influenciará no futuro próximo, diminuindo os elevados índices de doenças crônicas, não transmissíveis, tão comuns na fase adulta e hoje, infantil. Os aspectos positivos deste Programa é o apoio da equipe para a realização do mesmo, o apoio e a cobrança benéfica da Secretaria de Saúde na realização deste, o reconhecimento por parte de alguns familiares durante as consultas e também, o desejo de implementar uma ação que proporcione e beneficie tantas crianças. Sendo assim, o Programa nos leva a promover saúde e a reduzir a mortalidade infantil, os casos comuns de diarreia, desidratação, resfriados, acometimento do aparelho respiratório, até mesmo patologias mais complexas, como um retardo mental, por exemplo.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1. Foco de intervenção: Saúde da criança

2.2.2 Objetivo Geral

Melhorar a atenção às crianças, compreendidas na faixa etária de 0 a 72 meses da ESF Félix Tomaz do município de Jacobina-Bahia.

2.2.3 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses;
2. Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa de Puericultura;
3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, pertencentes a faixa etária de 0 a 72 meses;
6. Promoção da saúde às crianças.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

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 100% 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 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa de Puericultura

Meta 1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Meta 2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

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

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.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, pertencentes a faixa etária de 0 a 72 meses

Meta1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Relativas ao objetivo 6: Promoção da saúde às crianças

Meta 1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 4: Fornecer orientação coletiva 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 5: Fornecer orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães na unidade de saúde.

Meta 6: Fornecer orientação as mães de 100% das crianças sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Meta 7: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

3 METODOLOGIA

Pretende-se realizar a intervenção da atenção à Saúde da Criança, durante quatro meses, na Unidade de Saúde Félix Tomaz, localizada no município de Jacobina-Bahia. Para realização será adotado como protocolo o Manual do Ministério da Saúde – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (2002).

Utilizaremos o livro de registro de atendimentos e os prontuários para o acompanhamento. Será criado em anexo aos prontuários, a ficha espelho, para acrescentar informações relacionadas às atividades que serão desenvolvidas e que

alimentarão a planilha de coleta de dados. Esses registros serão competência da enfermeira. Pretende-se, através destes registros, fazer o monitoramento, avaliação e gerenciamento das ações em saúde da criança.

3.1 Ações

Para contemplar os objetivos propostos e as metas assumidas serão desenvolvidas ações em quatro eixos centrais: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o número de crianças já cadastradas no programa através da planilha de Saúde da Criança e do livro de registro.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Todas as atividades serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico, bem como as atividades coletivas educativas que a criança participou, dentre elas as de saúde bucal. Haverá também o acompanhamento dos registros realizados nas consultas, destacando-se as orientações quanto a prevenção de acidentes e aleitamento materno. Deste modo, as ações poderão ser constantemente monitoradas ao longo da intervenção. Serão monitorados o número médio de consultas realizadas e a busca ativa imediata dos faltosos.

2. Organização e gestão do serviço:

2.2 Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, principalmente ampliando o acesso a faixa etária acima dos 24 meses através do livro de cadastro e da ficha-espelho.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Todas as atividades serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico, bem como as atividades coletivas educativas que a criança participou, dentre elas as de saúde bucal.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a comunidade, principalmente pais e outros familiares sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios através de orientações na sala de espera e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento das ações: Os pais e professores serão orientados em relação à importância do trabalho que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas. A recepcionista da US estará orientada a como proceder na forma de acolher este público, e informar corretamente a comunidade em relação ao dia de atendimento a estas crianças. A equipe enfatizará a importância das consultas de puericultura, o atendimento prioritário a consulta odontológica e a frequência regular a estes serviços convencendo o familiar destas ações.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A recepcionista da US estará orientada a como proceder na forma de acolher este público, e informar corretamente a comunidade em relação ao dia de atendimento a estas crianças. A equipe enfatizará a importância das consultas de puericultura, o atendimento prioritário a consulta odontológica e a

frequência regular a estes serviços convencendo o familiar destas ações. Ensiná-lo durante a consulta, como ler as curvas disponibilizadas na caderneta, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como seguir corretamente todo o esquema vacinal atentando-se também às campanhas anuais. Incentivar a suplementação de ferro, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, o uso de alimentos adequados conforme a faixa etária e a higiene bucal para a prevenção de cáries.

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

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida através da planilha e do livro de cadastro de Puericultura.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Semanalmente será monitorado o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida através da planilha e do livro de cadastro de Puericultura.

2. Organização e gestão do serviço:

2.2 Fazer busca ativa de crianças nascidas até o sétimo dia para receber visita domiciliar com consulta de Puericultura com o enfermeiro e a ACS correspondente.

Detalhamento de ações: Serão monitorados os prontuários e fichas clínicas das crianças observando se há alguma ausência. Se caso houver, os ACS serão orientados a fazer busca dessas crianças.

3. Engajamento público:

3.1 Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança durante as salas de espera, visita a sala de vacina e a própria consulta de Puericultura.

Detalhamento das ações: Serão realizados momentos em sala de espera e outros para informar as mães sobre a intervenção.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A recepcionista da US estará orientada a como proceder na forma de acolher este público, e informar corretamente a comunidade em relação ao dia de atendimento a estas crianças. A equipe enfatizará a importância das consultas de puericultura, o atendimento prioritário a consulta odontológica e a frequência regular a estes serviços convencendo o familiar destas ações. Ensiná-lo durante a consulta, como ler as curvas disponibilizadas na caderneta, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como seguir corretamente todo o esquema vacinal atentando-se também às campanhas anuais. Incentivar a suplementação de ferro, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, o uso de alimentos adequados conforme a faixa etária e a higiene bucal para a prevenção de cáries.

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 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade que pertencem a área adstrita, no livro de cadastro de Puericultura.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas

as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Todas as atividades serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico, bem como as atividades coletivas educativas que a criança participou, dentre elas as de saúde bucal.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Capacitar ACS e a técnica de enfermagem para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade.

2.2 Organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde, mensalmente, conforme o livro de cadastro e prontuário/ficha-espelho.

Detalhamento das ações: Capacitar as ACSs e a técnica de enfermagem para o cadastramento e atualização de cadastro das crianças pertencentes a área e registro das informações, se necessário. Será disponibilizado um dia na semana, compreendendo os dois turnos, para atendimento clínico e planejamento das ações com a enfermeira.

3. Engajamento público:

3.1 Informar a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente através da sala de espera, consulta de Puericultura e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento das ações: A população será informada por toda a equipe em todos os momentos que forem possíveis sobre o cadastramento das crianças e a necessidade do mesmo.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro.

Detalhamento das ações: Nas reuniões da unidade, será utilizada pelo menos uma sexta ao mês para informar e orientar aos membros da equipe sobre a manutenção e atualização do cadastro das crianças.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica, as quais poderão ser encaminhadas após consulta de Puericultura através do prontuário odontológico.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Haverá o acompanhamento dos registros realizados nas consultas. Deste modo, as ações poderão ser constantemente monitoradas ao longo da intervenção. Serão monitorados o número médio de consultas realizadas e a busca ativa imediata dos faltosos.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, através de capacitação com a equipe.

2.2 Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde classificando-as como prioridade na agenda.

2.3 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade com o auxílio da dentista e sua ASB.

Detalhamento de ações: O agendamento das crianças será feito na recepção da Unidade, por meio do responsável ou ACS após esclarecimentos sobre a consulta de Puericultura e sua importância durante as visitas domiciliares pelos ACS ou em qualquer oportunidade que a enfermeira encontrar para falar sobre o mesmo, enfatizando as consultas aos maiores de 24 meses, as quais não acontecem. Atentar para as crianças recém-nascidas receberem sua primeira consulta até a primeira semana de vida e realizarem teste do pezinho gratuito dentro deste período, dispor de sulfato ferroso suficiente para todas as crianças e vacinas conforme preconiza o MS, observando sempre o prazo de validade.

3. Engajamento público:

3.1 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 na sala de espera, consulta de Puericultura e visita domiciliar das ACS.

3.2 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos durante as consultas de Puericultura.

Detalhamento das ações: A comunidade será orientada em relação à importância do trabalho que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas. A equipe enfatizará a importância das consultas de puericultura, o atendimento prioritário a consulta odontológica e a frequência regular a estes serviços convencendo o familiar destas ações.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico durante visita domiciliar das ACS.

4.2 Capacitar e incentivar as ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade durante as visitas domiciliares.

4.3 Capacitar a dentista para a realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento das ações: Nas reuniões da unidade, será utilizada pelo menos uma sexta ao mês para informar e orientar aos membros da equipe sobre o manual que será utilizado, bem como a situação da intervenção. Também nesta mesma ocasião será feita a capacitação das agentes de saúde quanto a importância do programa; manutenção do livro de cadastro; captação de criança; agendamento das consultas; busca ativa daquelas que foram agendadas e não compareceram; e treinamento para a medição correta, seu registro e interpretação. Orientar as ACSs quanto o esquema vacinal incentivando sempre o cumprimento do prazo estabelecido; sobre os acidentes mais comuns na infância; aleitamento materno, atentando para a pega correta e sobre a prevenção de cáries e higiene bucal a fim de que mais informações

sejam disseminadas entre a comunidade. Desse modo, capacitar a dentista para realizar a primeira consulta odontológica às crianças pertencentes da área e atividades de escovação supervisionada nas creches.

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar número de crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica através do prontuário clínico e ficha-espelho.

Detalhamento das ações: Todas as crianças de alto risco serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico. Haverá o acompanhamento dos registros realizados nas consultas. As ações poderão ser constantemente monitoradas ao longo da intervenção.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Auxiliar a dentista a organizar a sua agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco.

Detalhamento das ações: Durante as reuniões com a equipe serão discutidas as melhores formas de priorizar o atendimento das crianças de alto risco.

3. Engajamento público:

3.1 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco através de sala de espera e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento das ações: Pais e responsáveis serão instruídos pela equipe sobre a necessidade de priorização do tratamento odontológico. Isso será abordado durante as consultas, ações coletivas e sala de espera

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para realizar cadastramento e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.

Detalhamento das ações: Durante as reuniões com a equipe, que se realizarão uma vez por mês, a equipe será capacitada a cadastrar e agendar as crianças de alto risco.

Objetivo 2: Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa de Puericultura.

Meta 1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através do prontuário clínico e ficha-espelho.

1.2 Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças através do prontuário clínico e ficha-espelho.

1.3 Monitorar as buscas a crianças faltosas através do prontuário clínico e da agenda de marcação de consulta.

Detalhamento das ações: Todas as crianças serão cadastradas no Programa Puericultura e as que já utilizam o serviço terão seu cadastro atualizado com todas as devidas informações sobre sua saúde geral e saúde bucal. Todas as atividades serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico, bem como as atividades coletivas educativas que a criança participou, dentre elas as de saúde bucal. Haverá também o acompanhamento dos registros realizados nas consultas. Serão monitorados o número médio de consultas realizadas e a busca ativa imediata dos faltosos.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e a partir daí agendar a consulta de retorno na Unidade.

Detalhamento de ações: A partir do monitoramento dos prontuários clínicos serão identificadas as crianças faltosas as consultas e os ACS serão orientados a fazer a busca ativa de cada criança.

3. Engajamento público:

3.1 Informar e convencer à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança durante as consultas de Puericultura.

Detalhamento das ações: Os pais e professores serão orientados em relação à importância do trabalho que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e incentivar o agendamento de consulta de retorno à Unidade.

Detalhamento de ações: Capacitar as ACSs e a técnica de enfermagem para o cadastramento e atualização de cadastro das crianças pertencentes a área e registro das informações, se necessário. Será disponibilizado um dia na semana, compreendendo os dois turnos, para atendimento clínico e planejamento das ações com a enfermeira.

Meta 2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar a periodicidade das consultas através do prontuário clínico e ficha-espelho.

1.2 Monitorar os faltosos através do prontuário clínico e agenda de marcação de consulta.

Detalhamento das ações: Todas as atividades serão registradas na ficha-espelho individual e prontuário clínico, bem como as atividades coletivas educativas que a criança participou, dentre elas as de saúde bucal. Haverá também o

acompanhamento dos registros realizados nas consultas, serão monitorados o número médio de consultas realizadas e a busca ativa imediata dos faltosos.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos pelas ACS e se necessário, pelo enfermeiro.

2.2 Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca ativa.

Detalhamento de ações: O agendamento das crianças será feito na recepção da Unidade, por meio do responsável ou ACS após esclarecimentos sobre a consulta de Puericultura e sua importância durante as visitas domiciliares pelos ACS ou em qualquer oportunidade que a enfermeira encontrar para falar sobre o mesmo, enfatizando as consultas aos maiores de 24 meses, as quais não acontecem. Atentar para as crianças recém-nascidas receberem sua primeira consulta até a primeira semana de vida e realizarem teste do pezinho gratuito dentro deste período, dispor de sulfato ferroso suficiente para todas as crianças e vacinas conforme preconiza o MS, observando sempre o prazo de validade.

3. Engajamento público:

3.1 Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento durante consulta de Puericultura, sala de espera e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento de ações: A equipe será treinada a sempre ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento de puericultura, bem como as atividades coletivas.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal.

4.2 Capacitar as ACS para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico.

Detalhamento de ações: Nas reuniões da unidade, será utilizada pelo menos uma sexta ao mês para informar e orientar aos membros da equipe sobre para a pega

correta e sobre a prevenção de cáries e higiene bucal a fim de que mais informações sejam disseminadas entre a comunidade. Desse modo, capacitar a dentista para realizar a primeira consulta odontológica às crianças pertencentes da área e atividades de escovação supervisionada nas creches.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhados a curva de crescimento das crianças que fazem parte do programa. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

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

2.2 Ter a versão atualizada do Manual Saúde da Criança do Ministério da Saúde disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento das ações: Possuir o Manual Saúde da Criança dentro da unidade e disponível a toda a equipe, além de garantir material adequado para as ACSs e a técnica de enfermagem para realizarem as medidas antropométricas. Promover atividades educativas nas creches com escovação supervisionada.

3. Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Os pais e professores serão orientados em relação à importância do trabalho que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas. A equipe ensinará, durante a

consulta, como ler as curvas disponibilizadas na caderneta, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como seguir corretamente todo o esquema vacinal atentando-se também às campanhas anuais.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

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

Detalhamento das ações: A equipe será devidamente capacitada nas reuniões para a realização das medidas, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar as crianças com déficit de peso através da mensuração e escala da OMS.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças com déficit de peso que fazem parte do programa. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) solicitando previamente ao almoxarifado.

2.2 Ter a versão atualizada do Manual Saúde da Criança do Ministério da Saúde disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento das ações: Possuir o Manual Saúde da Criança dentro da unidade e disponível a toda a equipe, além de garantir material adequado para as ACSs e a técnica de enfermagem para realizarem as medidas antropométricas.

3. Engajamento público:

3.1 Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade durante as consultas de Puericultura.

Detalhamento das ações: Os pais e professores serão orientados em como ler as curvas disponibilizadas na caderneta, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas durante a capacitação da equipe e quando necessário.

4.2 Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança durante a capacitação da equipe e quando necessário.

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada nas reuniões sobre as técnicas, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar as crianças com excesso de peso através da mensuração e escala da OMS.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças com excesso de peso que fazem parte do programa. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) solicitando previamente ao almoxarifado.

2.2 Ter a versão atualizada do Manual Saúde da Criança do Ministério da Saúde disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento das ações: Possuir o Manual Saúde da Criança dentro da unidade e

disponível a toda a equipe, além de garantir material adequado para as ACSs e a técnica de enfermagem para realizarem as medidas antropométricas.

3. Engajamento público:

3.1 Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade durante as consultas de Puericultura.

Detalhamento de ações: Os pais e professores serão orientados em como ler as curvas disponibilizadas na caderneta, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como seguir corretamente todo o esquema vacinal atentando-se também às campanhas anuais.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas durante a capacitação da equipe e quando necessário.

4.2 Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança durante a capacitação da equipe e quando necessário.

Detalhamento de ações: a equipe será capacitada para a realização das medidas, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento das crianças.

Meta 4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças, que fazem parte do programa, em relação ao desenvolvimento neurocognitivo. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, após avaliação da pediatra da Unidade.

Detalhamento das ações: No monitoramento dos prontuários e fichas clínicas serão identificadas as crianças com atraso no desenvolvimento e encaminhadas para avaliação da pediatria.

3. Engajamento público:

3.1 Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária durante a consulta de Puericultura.

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada para informar os pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento de ações: A equipe será capacitada durante as reuniões para realizar o monitoramento do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Meta 5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas conforme a caderneta de vacinação.

1.2 Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura através da caderneta de vacinação.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento da caderneta de vacinação das crianças cadastradas no programa. Através disso, será possível monitorar as crianças com vacinas atrasadas e incompletas. Esse monitoramento será feito periodicamente nas consultas.

2. Organização e gestão do serviço:

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

2.2 Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina durante o pedido dos imunobiológicos.

2.3 Realizar controle da data de vencimento do estoque durante o pedido e encaminhamento dos mapas mensais.

Detalhamento das ações: Orientar as ACSs quanto o esquema vacinal incentivando sempre o cumprimento do prazo estabelecido e controlar o estoque de vacinas durante o pedido e encaminhamento dos mapas mensais.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar pais e responsáveis sobre a importância do calendário vacinal da criança completo e a participação das Campanhas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde durante as consultas de Puericultura e visitas domiciliares das ACS.

Detalhamento das ações: Os pais e professores serão orientados em relação à importância do trabalho que está sendo realizado e da necessidade de sua colaboração para que se atinjam as metas propostas. A equipe orientará os pais em como seguir corretamente todo o esquema vacinal atentando-se também às campanhas anuais.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A equipe vai ser capacitada quanto a leitura do cartão da criança e quanto a como orientar os pais e responsáveis sobre a interpretação do mesmo.

Meta 6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro através da ficha-espelho e prontuário clínico.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças que receberam suplementação de ferro. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Garantir a dispensação do medicamento (suplemento) na farmácia da US.

Detalhamento das ações: Os estoques serão monitorados mensalmente pela enfermeira e quando necessário será feita a solicitação de medicamentos.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro durante as consultas de Puericultura e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento das ações: Os pais e responsáveis serão orientados em todos os momentos possíveis sobre a suplementação de ferro.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento de ações: O médico, e a equipe, serão capacitados para a recomendação e indicação de sulfato ferroso.

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

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida através do exame do teste do pezinho.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de

vida, reforçando-se a importância do mesmo. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Será feita uma reunião com o gestor para a apresentação da intervenção onde será aproveitado a oportunidade para garantir e solicitar a realização do teste do pezinho.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida durante as consultas de pré-natal e primeira visita domiciliar da puérpera e do RN.

Detalhamento das ações: Os pais e responsáveis serão informados sobre a importância de realizar o teste do pezinho em todas as crianças.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Encaminhar a puérpera com o recém-nascido para realizar o teste do pezinho na Unidade de referência do município.

Detalhamento das ações: Todas as puérperas serão encaminhadas para realizar o teste do pezinho em seus recém nascidos alertando-se para importância do mesmo.

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.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança durante as consultas de Puericultura.

Detalhamento das ações: Todas as ações coletivas serão registradas em registros específicos sendo assim possível o monitoramento e acompanhamento da evolução do alcance dessas ações.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades e solicita-las ao almoxarifado juntamente com a dentista.

2.2 Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.

2.3 Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança.

Detalhamento das ações: As ações coletivas serão planejadas previamente prevendo-se os materiais necessários, os horários para as realizações das mesmas e o monitoramento dessas ações.

3. Engajamento público:

3.1 Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde durante as consultas de Puericultura.

3.2 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.

Detalhamento das ações: Através de uma conversa a comunidade será informada e sensibilizada quanto aos turnos de atividades nas creches. Cuidadores e funcionários poderão assistir as ações e opinarem sobre a dinâmica das atividades.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada para realizar e desenvolver ações coletivas de escovação dental supervisionada pela odontóloga.

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

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e que tem o tratamento odontológico concluído de acordo com o prontuário clínico e agenda de consulta.

Detalhamento das ações: Através dos prontuários e registros específicos serão acompanhadas as crianças que acessaram o serviço odontológico e que tem o tratamento odontológico concluído de acordo com o prontuário clínico e agenda de consulta. Esta avaliação será feita periodicamente.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

2.2 Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Organizar junto com a equipe de odontologia a agenda para que as consultas necessárias para a conclusão do tratamento seja realizada. Em reunião com o gestor, será pedido o fornecimento de material necessário para o atendimento odontológico.

3. Engajamento público:

3.1 Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico durante as consultas de Puericultura e agendamento.

Detalhamento das ações: Pais, responsáveis e comunidades em geral serão esclarecidos durante as consultas e ações coletivas sobre a importância da conclusão do atendimento odontológico.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária durante as consultas de enfermagem, médica e visitas domiciliares das ACS.

4.2 Capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Detalhamento das ações: A odontóloga terá um espaço nas reuniões onde capacitara e conversara com a equipe sobre traumatismo dentário, oclusopatias e carie dentaria.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde através de prontuário clínico e ficha-espelho.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento do prontuário clínico e ficha-espelho para posterior monitoramento das ações e avanços dentro da intervenção.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Preencher livro de atendimento após as consultas, tanto o enfermeiro quanto o técnico de enfermagem o podem realizar.

2.2 Implementar ficha-espelho (da caderneta da criança).

2.3 Pactuar com a equipe o registro das informações verificando através dos prontuários.

2.4 Definir responsável pelo monitoramento dos registros durante a capacitação da equipe.

Detalhamento das ações: Capacitar as ACSs e a técnica de enfermagem para o cadastramento e atualização de cadastro das crianças pertencentes a área e

registro das informações, se necessário. Será disponibilizado um dia na semana, compreendendo os dois turnos, para atendimento clínico e planejamento das ações com a enfermeira.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas durante as consultas de Puericultura e visita domiciliar das ACS.

Detalhamento das ações: A comunidade será esclarecida quanto aos direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas durante as consultas de Puericultura e visita domiciliar das ACS. Isso será feito nas consultas e sala de espera.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A equipe será treinada para o correto preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência pertencentes a faixa etária de 0 a 72 meses.

Meta 1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade constatadas durante consulta médica, pediátrica ou de puericultura.

1.2 Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso através do prontuário e agenda de marcação de consulta.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento dos prontuários e fichas clínicas das crianças e através disso, será possível monitorar as crianças de alto risco quanto a sua situação, falta nas consultas e realização de busca ativa.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

2.2 Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco através de alguma sinalização para facilitar a compreensão entre os profissionais.

Detalhamento de ações: O agendamento das crianças será feito na recepção da Unidade, por meio do responsável ou ACS após esclarecimentos sobre a consulta de Puericultura e sua importância durante as visitas domiciliares pelos ACS ou em qualquer oportunidade que a enfermeira encontrar para falar sobre o mesmo, enfatizando as consultas aos maiores de 24 meses, as quais não acontecem. Atentar para as crianças recém-nascidas receberem sua primeira consulta até a primeira semana de vida e realizarem teste do pezinho gratuito dentro deste período, dispor de sulfato ferroso suficiente para todas as crianças e vacinas conforme preconiza o MS, observando sempre o prazo de validade.

3. Engajamento público:

3.1 Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância durante consulta de puericultura e visita domiciliar.

Detalhamento das ações: Os ACS serão treinados a fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância durante consulta de puericultura e visita domiciliar.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Objetivo 6: Promoção da saúde às crianças.

Meta 1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância durante a capacitação.

Detalhamento das ações: Durante as reuniões da equipe serão definidos o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância durante a capacitação.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância durante consulta de puericultura e visita domiciliar das ACS.

Detalhamentos das ações: Pais, responsáveis e comunidades serão informados quanto formas de prevenção de acidentes na infância durante consulta de puericultura e visita domiciliar das ACS.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamentos das ações: A equipe será capacitada sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Meta 2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

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

1.2 Monitorar o percentual de crianças que foi observada mamando na 1ª consulta conforme registro em prontuário.

1.3 Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos de acordo com a ficha-espelho e prontuário.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento e monitoramento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno durante a capacitação.

Detalhamento das ações: Serão discutidos com a equipe o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno durante a capacitação.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal durante as consultas de pré-natal e de puerpério.

Detalhamento das ações: Serão discutidos com a equipe maneiras de orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal durante as consultas de pré-natal e de puerpério.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada durante as reuniões sobre o aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada.

Meta 3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho e fazer encaminhamento para a nutricionista, conforme curva de peso.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento e monitoramento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas. Quando identificado, através do monitoramento, as crianças serão encaminhadas para acompanhamento nutricional.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional durante capacitação.

Detalhamento das ações: Serão discutidos com a equipe o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional e importância da mesma.

3. Engajamento público:

3.1 Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças durante a consulta de pré-natal e de puericultura.

Detalhamento de ações: pais e responsáveis serão orientados pela equipe. Previamente capacitada, sobre alimentação adequada para a criança. Isso será feito durante a consulta de pré-natal e puerpério.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento de ações: Será realizado uma reunião onde com o apoio de uma nutricionista serão abordados temas sobre a orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Meta 4: Fornecer orientação coletiva 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.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar as atividades educativas coletivas através do livro ata de palestras e de atividades educativas.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento e monitoramento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola reservando um turno para estas atividades.

2.2 Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas com o apoio da equipe.

2.3 Organizar todo material necessário para essas atividades, previamente.

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

Detalhamento das ações: Todas as atividades educativas serão planejadas referentes a sua logística previamente. Será organizada uma agenda onde será possível estabelecer atividades educativas em grupo na escola. Serão selecionados previamente, em reunião com a equipe, temas e conteúdos para a atividade bem como o material necessário.

3. Engajamento público:

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

3.2 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos durante a consulta de puericultura e com a dentista.

Detalhamento das ações: os membros das escolas serão sempre incentivados a participar da organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças durante a intervenção. A comunidade também será esclarecida quanto as ações.

4. Qualificação da prática clínica:

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

4.2 Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento das ações: A equipe será devidamente capacitada, previamente, para a realização das ações de promoção em saúde e será instruída para capacitar os responsáveis sobre o cuidado da criança.

Meta 5: Fornecer orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães na unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar as atividades educativas individuais conforme o relato dos genitores ou responsáveis e registro em prontuário.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento e monitoramento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual durante as consultas de puericultura.

Detalhamento das ações: Será pactuado com a equipe uma agenda com o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual durante as consultas de puericultura.

3. Engajamento público:

3.1 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 durante as consultas de puericultura.

Detalhamento das ações: Através de uma capacitação a equipe será capaz de oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1 Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Detalhamento das ações: Através de uma capacitação a equipe será capaz de oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Meta 6: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1 Monitorar as atividades educativas coletivas através do livro ata de palestras e de atividades educativas.

Detalhamento das ações: Será incentivado o correto preenchimento e monitoramento dos prontuários e fichas espelho onde serão inseridas todas as informações referentes as ações individuais e coletivas.

2. Organização e gestão do serviço:

2.1 Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola reservando um turno para estas atividades.

2.2 Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas com o apoio da equipe.

2.3 Organizar todo material necessário para essas atividades, previamente.

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

Detalhamento das ações: Pactuar junto com a equipe e organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola reservando um turno para estas atividades. Ainda junto da equipe identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

3. Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Os membros da escola serão sempre incentivados a participar da organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

4. Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada por meio de uma reunião para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade.

3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

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.

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

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

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

Meta 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 60% 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.

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.

Meta4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% 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.

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.

Meta5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

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.

Objetivo 2: Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa de Puericultura.

Meta1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 1: 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.

Meta2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador2: 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.

Objetivo 3:Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 1:Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

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

Meta 2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2: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.

Meta 3:Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 3: 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.

Meta 4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 4: 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.

Meta5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador5: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.

Meta 6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 6: 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.

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

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

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

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

Meta 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.

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.

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.

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.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 1: 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.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência pertencentes a faixa etária de 0 a 72 meses.

Meta 1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promoção da saúde às crianças.

Meta 1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Meta 2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Meta 3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 3: 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.

Meta 4: Fornecer orientação coletiva 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.

Indicador 4: 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.

Meta 5: Fornecer orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães na unidade de saúde.

Indicador 5: 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.

Meta 6: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6: 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.

3.3 Logística

Uma vez realizada a análise situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) juntamente com os demais membros da equipe e definida a área de intervenção – saúde da criança com saúde bucal. Será adotado como principal referência para as ações de intervenção o Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da Saúde, 2012. Para o registro

específico serão utilizados a caderneta de saúde da criança, livros de registros, ficha espelho (Anexo) e planilha de coleta de dados (anexo 03) disponibilizados pelo curso de especialização e o próprio prontuário clínico, de responsabilidade da enfermeira e técnica de enfermagem preenchidos com as informações pertinentes e ao final do expediente de trabalho. Esses materiais necessários serão solicitados ao almoxarifado e Secretaria de Saúde e acondicionados na sala do almoxarifado da Unidade. A revisão será feita semanalmente pela enfermeira tomando por base os dados registrados a fim de explorarem todas as anotações e melhorarem as que não alcançaram êxito e não cumpriram com os indicadores. Estima-se alcançar com a intervenção, aproximadamente 150 crianças entre 0 a 72 meses na Unidade.

Na organização do registro específico, os dados serão anotados pela enfermeira nos respectivos livros de anotação. À medida que as informações são registradas, observações e comentários serão feitos nos próprios livros para chamar atenção para algumas condições, tais como atraso de vacinas ou exames complementares e falta de alguma avaliação específica – para risco de morbimortalidade, por exemplo.

Tomando o Caderno de Atenção Básica nº 33 e outros materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, serão apresentados e discutidos os temas e assuntos das ações de intervenção. Nesse processo de capacitação, que acontecerá no horário de expediente do trabalho e na própria Unidade de saúde, durante duas horas, será discutido o tema - Saúde das Crianças pela enfermeira e participação ativa por todos os profissionais. Estão incluídos aí os preceitos de medidas antropométricas (peso, comprimento, altura), calendário de vacinação, suplementação de vitamina A e sulfato ferroso, avaliação bucal, etc.

A atualização do cadastramento das crianças da área de cobertura será de responsabilidade da enfermeira e da técnica de enfermagem. Ela será feita quinzenalmente, por meio da revisão dos prontuários clínicos e livros de registro e trabalho de campo das ACS. Será analisado o livro de registro já disponível na Unidade para avaliação das informações necessárias e atualizadas.

As visitas domiciliares serão planejadas pelas ACS's e a enfermeira durante as reuniões de equipe, executadas por ambas conforme o caso.

Na primeira semana de intervenção a enfermeira verificará os materiais necessários na UBS para o acompanhamento da avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança, qualificando as técnicas de Enfermagem para a correta aferição e registro dos dados. A falta de insumos adequados será comunicada à gestão local e será solicitada sua reposição/aquisição no pedido mensal.

Na primeira semana de intervenção a dentista verificará a disponibilidade de materiais necessários para a assistência odontológica as crianças, com solicitação junto à Secretaria Municipal de Saúde daqueles que precisam ser repostos ou adquiridos.

Informações e orientações sobre o funcionamento e acesso ao programa, será divulgado na Unidade por meio de cartazes informativos. As ACS também divulgarão essas informações às pessoas de sua área de abrangência, sendo capacitadas nas reuniões de equipe pela enfermeira.

Para as crianças faltosas ou sem acompanhamento, será feito levantamento semanal pela enfermeira durante a análise dos dados registrados da assistência. As ACSs serão capacitadas para a busca ativa. A enfermeira reorganizará a agenda de consultas e visitas, dando prioridade.

A caderneta de saúde da criança será solicitada junto ao gestor local e será distribuída às crianças durante sua primeira visita a sala de vacina ou consulta com médica ou enfermeira. A enfermeira capacitará os demais profissionais da equipe para sua utilização, na primeira reunião mensal de equipe.

Portanto, cabe mencionar a relevância da Especialização em Saúde da Família com a qualidade dos materiais e ferramentas de trabalho que tem proporcionado o nosso conhecimento e a melhoria do processo de trabalho.

5.RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

A intervenção realizada foi no programa Saúde da Criança e teve início no dia 26 de setembro de 2013, após a realização da capacitação dos profissionais da ESF Félix Tomaz. Infelizmente, não tive condições de executar as 16 semanas como programado, então neste relatório constarão as intervenções apenas das 11 semanas, pois a partir da 12ª semana eu já não estava mais na Unidade, pois me casei e fui morar em outro estado.

A intervenção começou com algumas adequações na rotina da unidade, como o estabelecimento do manual do Ministério da Saúde que foi apresentado aos profissionais que trabalham na equipe, durante a reunião da unidade. Essa capacitação da equipe, tomando por base o mesmo, ajudou a melhorar a qualidade do atendimento e a identificação precoce de riscos.

Com o intuito de organizar o registro específico da ação programática, as fichas-espelhos foram anexadas junto aos prontuários dos pacientes, sendo preenchidas pela enfermeira, as quais apresentaram inicialmente, uma dificuldade branda, principalmente no quesito vacinas e teste do pezinho, no entanto, após as primeiras consultas seu uso facilitou o atendimento clínico de puericultura. Hoje, podemos perceber que o registro que a mesma agrega traz a possibilidade de um monitoramento e avaliação mais adequada e completa das ações desenvolvidas, o que certamente qualifica a atenção ofertada as crianças da unidade.

5.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

O estudo de intervenção foi realizado na UBS Félix Tomaz, localizado no município de Jacobina. Em números aproximados temos 300 crianças na área, contando com a estimativa da área descoberta, destas foi pautado desde a I Unidade que tentaríamos atingir 150 crianças, uma meta aparentemente ambiciosa.

De acordo com a planilha, os cadastros diminuíram significativamente no terceiro mês, totalizando apenas 50 crianças inscritas no programa e mesmo com

busca ativa, incentivo pela enfermeira e apoio das ACS não obtivemos resultados almejados desde o princípio, em contrapartida o esforço para implementar e melhorar esse atendimento justifica o nosso trabalho. A consulta de puericultura ainda é temida por muitas famílias, que não compreendem a importância deste acompanhamento. É frequente e perceptível a resistência por parte de muitos. Entretanto, caso houvesse uma palestra sobre a saúde da criança pela enfermeira na área esse preconceito iria ser desmitificado e provavelmente aumentaríamos mais o nosso índice.

Fazendo a análise do que foi ou não realizado integralmente, no eixo de monitoramento e avaliação, houve a atualização e o cadastro das crianças das microáreas; o monitoramento dos registros e indicadores de acompanhamento do programa saúde da criança; e a busca ativa frequente pelas ACS. Aconteceram parcialmente, o acompanhamento das crianças que estão sendo avaliadas pela dentista. Ficou em déficit pelo fato de termos pouquíssimas crianças acompanhadas por ela por dificuldades do próprio serviço (era muito frequente a falta de algum insumo, aparelho quebrado, etc) e de como lidar com a criança, já que a mesma possui resistência, é inquieta, e às vezes não obedece a comandos, no entanto após algumas reuniões com a dentista, as crianças tiveram prioridade na marcação (aconteceu já no final do período que estava na unidade) e algumas vezes, a depender da sua agenda era atendida após a identificação de alguma alteração pela enfermeira (consulta de puericultura). As alterações mais comuns eram tártaro, cárie e higiene bucal inadequada.

No eixo qualificação da prática clínica, foi realizada a avaliação do atendimento clínico às crianças; e aquelas que realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida. Aconteceram de forma parcial, a capacitação com a equipe (ACS; dentista e ACD que se ausentaram em um determinado período; e a médica que estava em atendimento) sobre o Manual Saúde da Criança, na ocasião foi entregue instrumentos de trabalho, como um modelo da ficha-espelho e a fita métrica para os ACS; e as reuniões de equipe em que eram mais frequentes com as ACS.

Constituindo o eixo organização e gestão do serviço, houve a verificação da disponibilidade de insumos; discussão e planejamento da assistência odontológica das crianças com a dentista e sua ACD, as quais ocorriam durante algum intervalo dos atendimentos e principalmente após as consultas de puericultura, na qual percebia que o responsável não trazia a criança.

No eixo engajamento público, foram realizadas duas ações educativas, como previsto no cronograma do projeto, na Creche Municipal Tia Maria pertencente a área adstrita. As crianças, compreendidas na faixa etária de 03 a 07 anos, muitas destas, frequentadoras da UBS e uma parcela baixa pertencente ao programa puericultura. A creche funcionava integralmente, então muitas mães referiram a inviabilidade de realizar as consultas. As atividades foram desenvolvidas pela enfermeira, dentista e ACS, as quais trabalharam os seguintes temas – higiene bucal e corporal; e alimentação saudável, ambos com participação maciça das crianças.

Em relação ao objetivo geral ocorreu uma melhora significativa na atenção às crianças, compreendidas na faixa etária de 0 a 72 meses, principalmente no que diz respeito ao conhecimento do programa por parte da comunidade e as consultas com crianças acima de 24 meses, porém se deu de forma parcial, visto que não atingiu toda a população infantil, apenas uma minoria. Tínhamos 7% de cobertura, após esta ação alcançamos 16,7%. O baixo percentual pode estar relacionado a presença de uma pediatra na UBS, por muitas mães acreditarem que a criança só deve comparecer em uma unidade quando está doente ou para pesagem do bolsa família e/ou SISVAN, muitos familiares não compreendem a importância do acompanhamento e avaliação do crescimento e desenvolvimento, rotineiramente; a pouca colaboração de alguns ACS que não informam claramente sobre o funcionamento do programa; e muito bem visível o pouco interesse do responsável em comparecer a consulta ou agendá-la, principalmente quando o menor não apresenta doenças, disfunções, etc. Quanto aos objetivos específicos todos eles foram atingidos, embora não tenham sido exorbitantes e tenham sofrido os mesmos problemas já supracitados, porém foram concretizados mesmo com um baixo percentual. Acredito que o programa já tenha uma repercussão positiva, porém

maiores investimentos devem ser realizados tanto externamente, na comunidade, quanto internamente, na própria UBS, como salas de espera, encaminhamentos por parte da enfermeira, técnica de enfermagem, vacinadora, dentista, auxiliar de saúde bucal, médico, recepcionista enfim, para que cada vez mais os familiares se interessem e aprendam a valorizar o programa disponível na UBS, dedicado a saúde infantil. Esses encaminhamentos devem, na verdade, ser ampliados, pois já começamos a divulgar na recepção, sala de vacina, sala de peso/triagem e nas microáreas.

Os profissionais que mais contribuíram a realização da intervenção foram alguns ACS que não mediam esforços para convocar, convencer, remarcar novas consultas. Eles abraçaram a causa e ajudaram muito na divulgação do programa em suas respectivas microáreas, ainda assim muitos responsáveis e cuidadores desconheciam esta atividade exercida pelo enfermeiro, pois a UBS apresentava muitas microáreas “descobertas” - ACS afastados sem previsão de retorno, outro exonerado, outra em licença médica, enfim. Após insistente pedido na Secretaria de Saúde foi providenciado um ACS para substituir o exonerado. Além desse problema persistente havia reuniões da diretoria da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica (VIEP); campanhas, treinamentos e capacitações, os quais nos tornavam dotados de conhecimento e atualidades. Em meio a tanta cobrança e compromissos do próprio trabalho, a intervenção, principalmente os cadastros, apresentaram um índice muito aquém do proposto no projeto. Em contrapartida, há uma satisfação no que foi realizado e deixado na Unidade, visto que diante da quantidade pequena de cadastros dos pacientes, havia o retorno por parte destes, e a assiduidade era significativa e prazerosa mesmo que estes pacientes não fossem planejados.

5.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas

A ação que não foi contemplada como prevista inicialmente foi o acompanhamento das crianças que estão sendo avaliadas pela dentista, as quais

deveriam acontecer semanalmente. Infelizmente, não foi realizada, tanto pela falta de adesão dos responsáveis, quanto pela ausência do serviço durante alguns dias devido a equipamentos quebrados, sem manutenção e indispensáveis ao atendimento.

A procura por este atendimento aumentará após o incentivo e encaminhamento realizados pela equipe, porém serão percebidos ao longo do tempo. Em todas as consultas de puericultura havia a orientação e o encaminhamento para que as crianças frequentassem o consultório odontológico, preferencialmente a partir da primeira dentição.

Para alcançar esta meta a enfermeira e a dentista poderiam ter realizado atividades educativas para as mães sobre a importância da consulta odontológica a partir da primeira dentição da criança e proporcionar uma maior facilidade no acesso ao agendamento, que considero ter sido um dos maiores problemas. Porém, de todas as ações e indicadores previstos a triagem auditiva continua em déficit visto que ainda não está disponibilizada pelo SUS, mas novas modalidades de atividades estão em expansão no município e acredito que em breve a teremos na UBS.

O serviço de pediatria na unidade permitiu o acesso mais rápido e fácil da criança a este profissional, embora muitas mães optassem apenas por este atendimento. Em contrapartida foi uma felicidade ter esta especialidade, visto que não é comum as demais unidades e facilitou para os pais que não precisavam mais se deslocar para uma área mais distante.

As reuniões de equipe nunca constavam todos os membros, eram mais comuns entre a enfermeira e as ACS.

Levando em consideração a não totalidade da intervenção, por motivos pessoais, algumas ações ficaram incompletas, tais como: a reunião dos profissionais da equipe para discussão e avaliação da assistência oferecida no programa Saúde da Criança, a atividade de grupo com as crianças em creches da área adstrita, e a discussão e planejamento da assistência odontológica das crianças com a dentista e sua ASB. Estas aconteciam em um intervalo de tempo maior.

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

É interessante observar como nas primeiras duas semanas as dúvidas eram fortes e presentes a todo instante. Dúvidas quanto ao preenchimento da ficha-espelho, “medo” das metas estabelecidas não serem alcançadas, dos insumos serem insuficientes, da falta de compromisso dos responsáveis, do “cansaço” dos ACS, felizmente conforme as semanas passaram e as consultas iam se concretizando as dúvidas foram sendo sanadas e o que era difícil foi se tornando fácil e prático de aplicar, como o preenchimento da ficha-espelho, a qual foi acolhida pela equipe, embora quem mais a utilizasse fosse a enfermeira. Durante a capacitação ela foi demonstrada e as dúvidas encontradas foram sanadas.

A maior dificuldade encontrada foi quando me deparava com a ausência das crianças, mesmo com um agendamento prévio, algumas não compareciam. Percebia que não teria novos registros e nem muito o que contar nos meus diários de intervenção, além de não realizar o atendimento do dia.

Inicialmente, a coleta dos dados causou uma certa dificuldade, a falta de habilidade e prática contribuíram na demora, lentidão nas consultas e cansaço ocorridos no princípio da intervenção, o que foi melhorando no decorrer das semanas. É gratificante fazer o preenchimento dos dados na planilha principalmente quando já sabemos. Um número a mais faz toda a diferença nos resultados e na porcentagem dos indicadores, preencher as planilhas exige muita atenção, bem como realizar a soma/divisão dos indicadores. Todo esse conjunto de dificuldade e aprendizagem auxiliou na sistematização dos dados, tornando-a rica e concreta.

5.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Sem dúvida alguma, através desta intervenção conseguimos ampliar a faixa etária do programa puericultura, até então não muito difundido nas microáreas, principalmente para maiores de dois anos, melhoramos nosso atendimento e rotina

voltados para este público, bem como familiares e responsáveis, ampliamos a agenda e o número de consultas ofertadas por dia. Apesar de não ter dado continuidade a intervenção, todos os profissionais perceberam a mudança positiva que ela causou, a procura e a demanda aumentaram mesmo que lentamente. Tive a oportunidade de contribuir no incentivo a estas consultas e acompanhamento abrindo fronteiras para que outros colegas apoiem este vínculo e cuidado.

A primeira consulta na primeira semana de vida será cada vez mais incentivada para que o recém-nascido e a sua mãe tenham uma assistência imediata e qualificada; como já parte da rotina da unidade a busca ativa em relação aos faltosos será intensificada, quando necessário com a presença da enfermeira; outra ação passível de modificação a fim de alcançarmos maiores índices é a ampliação do uso do sulfato ferroso, pois sempre temos em grande quantidade na farmácia, mas a adesão por parte dos responsáveis ainda é baixa.

Sinto muito, muito mesmo de não poder ter dado continuidade as intervenções e até mesmo persistir após ela com o que já tinha sido realizado e planejado. Porém, fico feliz de participar e de independente de não estar mais na Unidade, poder implantar onde quer que eu esteja ações que qualifiquem os programas oferecidos nas UBS.

6 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

6.1 Resultados

O desenvolvimento das ações durante a intervenção objetivou melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses da ESF Félix Tomaz/BA e foi alicerçada conforme preconiza o manual do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica -Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (2012).

Na área de abrangência da UBS, no início da intervenção, existiam 300 crianças, aproximadamente, na faixa etária de 0 a 72 meses. Destas, apenas 21 crianças frequentavam a unidade, o que representa 7% do total. Durante a

intervenção, a cobertura de puericultura duplicou, mas ainda assim mantivemos um número baixo, infelizmente.

Objetivo1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade de saúde para 80%

Durante os 03 meses da intervenção, foi realizada a ampliação da cobertura de puericultura para 27 crianças (9%) em setembro/outubro, 43 (14,3%) outubro/novembro e 50 (16,7%) novembro/dezembro, como ilustrado na figura 1, infelizmente muito abaixo da meta estipulada de 80%. Apesar do aumento do número de consultas, a meta não alcançada reflete, além de outros fatores, no comportamento da grande parte dos responsáveis/genitores que não compreendem a importância e a necessidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Com a oferta do serviço de pediatria na unidade muitas mães se satisfizeram com a consulta esporádica, na verdade, de quando a criança se encontrava doente ou aparentemente com alguma alteração, sem falar que nesta consulta há prescrição medicamentosa. Durante a intervenção houve convocação das mães tanto pelos ACS nas visitas domiciliares quanto pela autora e técnicos de enfermagem nas salas de espera e de vacinação; cartazes falando da consulta de puericultura foram espalhados internamente e externamente à unidade. A cobertura proposta não foi alcançada, porém o pequeno aumento que houve foi significativo, pois pudemos acompanhar o desenvolvimento das crianças promovendo saúde e prevenindo agravos.

A fim de alcançarmos uma maior porcentagem poderíamos ter investido em divulgação, palestras nas creches e salões do bairro para conversar sobre o programa, convocar e atrair novas crianças e genitores; espalhar cartazes pelo bairro e fixá-los nas creches; e organizar grupo de educação em saúde para crianças e genitores. Estas ações, influenciariam positivamente neste percentual.

A cobertura da atenção à saúde da criança é muito importante para o serviço e comunidade uma vez que seus benefícios são incontáveis e perceptíveis a curto e

longo prazos. Todas as ações realizadas durante a consulta e as demais, extra-muro são essenciais para a prevenção de doenças, agravos, surtos e o mais benéfico, promove saúde e qualidade de vida, além de aumentar o vínculo e a confiança entre a família e equipe.

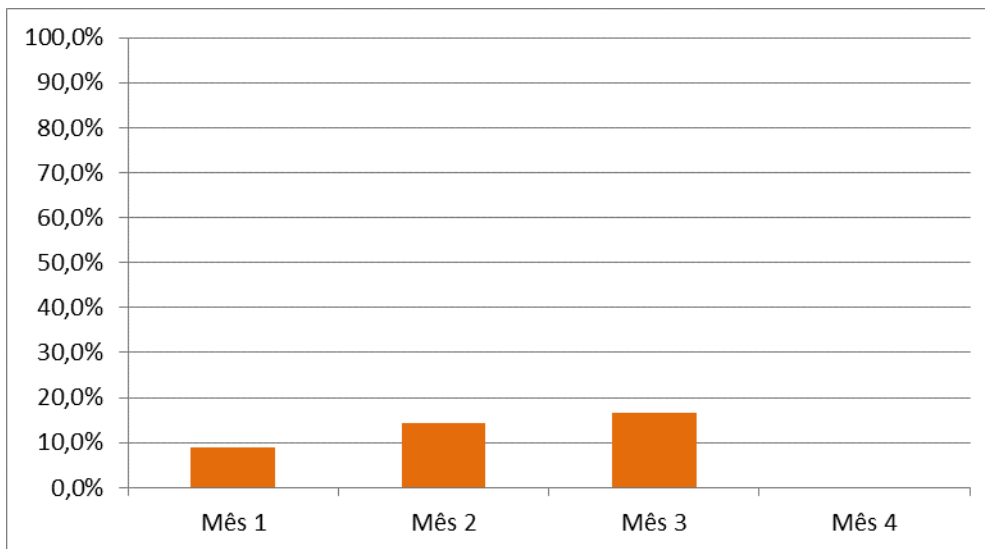


Figura 1 – Crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta1.2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas

Durante os 03 meses de intervenção foi realizada a primeira consulta na primeira semana de vida para 05 recém-nascidos (18,5%) em setembro/outubro, 08 (18,6%) em outubro/novembro e 09 (18%) em novembro/dezembro, como ilustrado na figura 2, ficando aquém do estipulado de 80%. Não foi alcançada a meta pactuada de 80%, porém tornou-se rotina da unidade fazer esta consulta o mais breve possível, a qual já estava sendo incentivada desde as consultas de pré-natal. A baixa porcentagem justifica-se também, pelo fato de que houve atividades inerentes ao serviço (reuniões, falta de funcionário, ACS de férias) que inviabilizaram a visita dentro do prazo de 07 dias, o que não quer dizer que não houve a visita domiciliar a família nos dias seguintes. Essa meta é de suma importância, pois o

profissional tem a oportunidade de instruir a família sobre alguns aspectos que são um diferencial na saúde do recém-nascido e que será refletido também na fase adulta. Pode-se incentivar a amamentação exclusiva; orientar quanto a limpeza do coto umbilical, a prevenção de acidentes; e observar o comportamento da puérpera, descartando a depressão pós-parto. Nos primeiros dois meses de vida de uma criança podem ocorrer infecções graves que podem levar ao óbito.

Pode-se inferir que o índice foi muito deficiente devido o denominador considerar todas as crianças atendidas no mês, além deste fato alguns outros são relevantes como: deficiência do serviço ou falta de conhecimento acerca desta recomendação pelo MS, particularmente não a conhecia, então não a realizava na unidade, só descobri após estudar o manual. Infelizmente, nunca tinha sido instruída sobre isso, nem discutido com as colegas enfermeiras e não era rotina da minha unidade quando assumi o trabalho.

Levando em consideração a importância desta meta na vida da criança e puérpera poderíamos ter promovido ações como: organizado uma agenda constando a DPP (data provável de parto) de todas as gestantes, em especial da área descoberta, com número de telefone, a qual deveria ser revisada toda semana; após confirmação do nascimento da criança, solicitar carro da secretaria de saúde para a visita domiciliar; reforçar sempre durante as consultas finais de pré-natal para que algum familiar avise a equipe de saúde sobre a ocorrência do parto; e orientar as ACS para que elas realizem a primeira visita o quanto antes acompanhadas de um profissional médico ou enfermeiro.

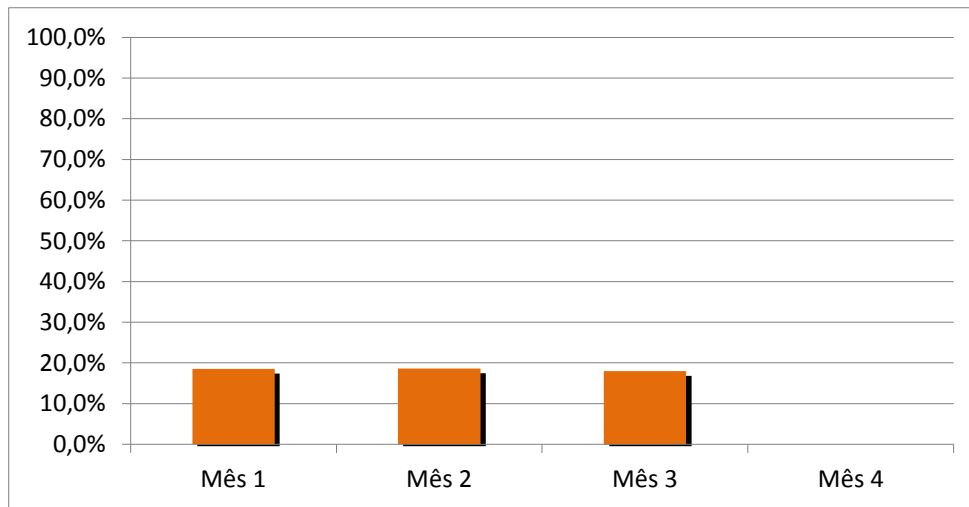


Figura 2 –Crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta1.3: 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 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência

Durante a intervenção pude perceber que pouquíssimas crianças frequentavam a creche, algumas genitoras referiram dificuldade no acesso à matrícula, além disso, é válido mencionar que a média da faixa etária citada anteriormente não se enquadra, muitas das vezes, na idade preconizada pela instituição. Nos 3 meses de intervenção de todas as 50 crianças atendidas, apenas duas frequentavam a creche local e informaram ter participado de atividade de exame bucal, possibilitando o alcance da meta traçada. A maioria das crianças atendidas não frequentam creche, embora a dentista tenha realizado neste local, algumas atividades ao longo do ano de 2013. Essa meta é relevante, pois a educação em saúde permite redução de danos e agravos, principalmente relacionados à cárie dentária o precursor de algumas doenças e até do baixo peso, contribuindo no aumento da frequência ao dentista.

Objetivo1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses**Meta1.4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.**

Em setembro/outubro nenhuma criança realizou sua primeira consulta odontológica, em outubro/novembro, 02 (8%) e em novembro/dezembro, 02 (6,9%), como ilustrado na figura 4. A meta traçada inicialmente de 60% não foi alcançada apesar de em todas as consultas haver o incentivo e o encaminhamento para a dentista, principalmente na presença do primeiro dente, em contrapartida era muito comum a reação de espanto das mães quando se falava desse serviço para as crianças. Nos meses seguintes houve uma discreta demanda, com o encaminhamento da consulta de puericultura após observar tártaro importante e cárie dentária.

Muitas mães se questionavam e ficavam impressionadas quando fazia o encaminhamento da criança para a dentista. Durante a intervenção alguns problemas técnicos aconteceram na sala dos serviços odontológicos inviabilizando também a realização da consulta nas crianças. O serviço odontológico ainda é visto, pela grande maioria, quando o indivíduo tem a necessidade urgente devido a dor ou qualquer alteração anormal, por isso apesar dos esclarecimentos, incentivo e encaminhamento muitos responsáveis não procuravam o serviço, tornando a meta deficiente. Portanto, diante de alguma alteração bucal a dentista era chamada na sala e ela confirmava a necessidade da consulta, nestes casos ela mesma já fazia o agendamento da criança tornando o acesso muito mais rápido.

A primeira consulta odontológica é muito importante nesta faixa etária haja vista que o profissional pode orientar quanto à escovação e limpeza bucal; esclarecer angústias dos genitores caso o dente não tenha despontado e explicar sobre a formação e constituição da arcada dentária.

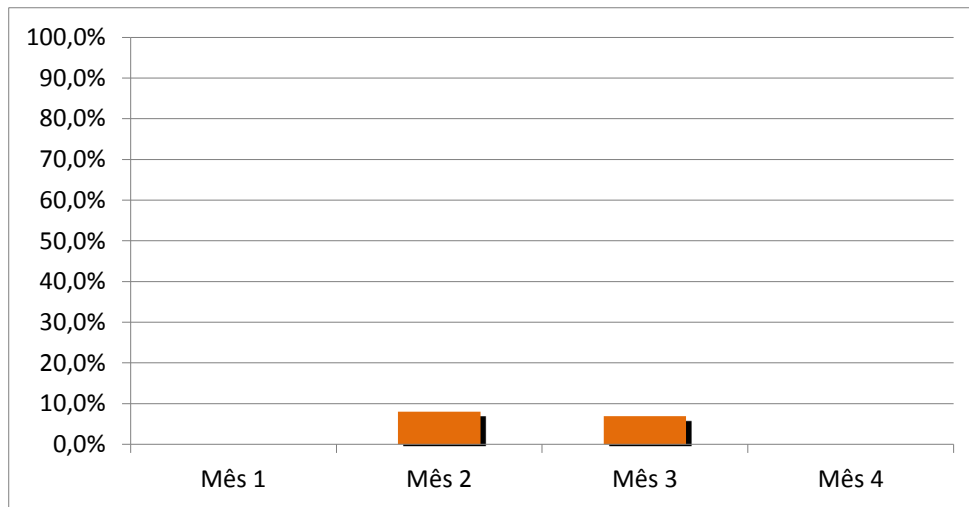


Figura 04 – Crianças de 06 a 72 meses com primeira consulta odontológica, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo1: Ampliar a cobertura à crianças de 0 a 72 meses

Meta 1.5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

Durante os 03 meses de intervenção quase não foi encontrada alterações na mucosa bucal e arcada dentária que as classificasse como alto risco, as quais podem estar associadas ao baixo número de atendimentos. daquelas duas crianças registradas nos meses de outubro, novembro e dezembro (50%), como ilustrado na figura 5, uma apresentou dentição prejudicada, provavelmente pela escovação inadequada ou até mesmo à sua falta, por parte do responsável. A meta mais uma vez não foi alcançada. Haja vista, os mesmos fatores supracitados se repetem mais uma vez. No primeiro mês não houve atendimento, pois não foi identificada nenhuma criança com alto risco para doença bucal.

Durante a intervenção pouco se foi feito para que melhorássemos o indicador, principalmente porque durante as consultas de puericultura quase não foi identificado alterações com risco para doenças bucais. Entretanto, esta ação poderia ser melhorada se houvesse um maior engajamento por parte dos genitores no

compromisso de levar a criança a consulta odontológica e se a equipe de saúde bucal se propusesse a atender crianças de todas as idades, sem receios.

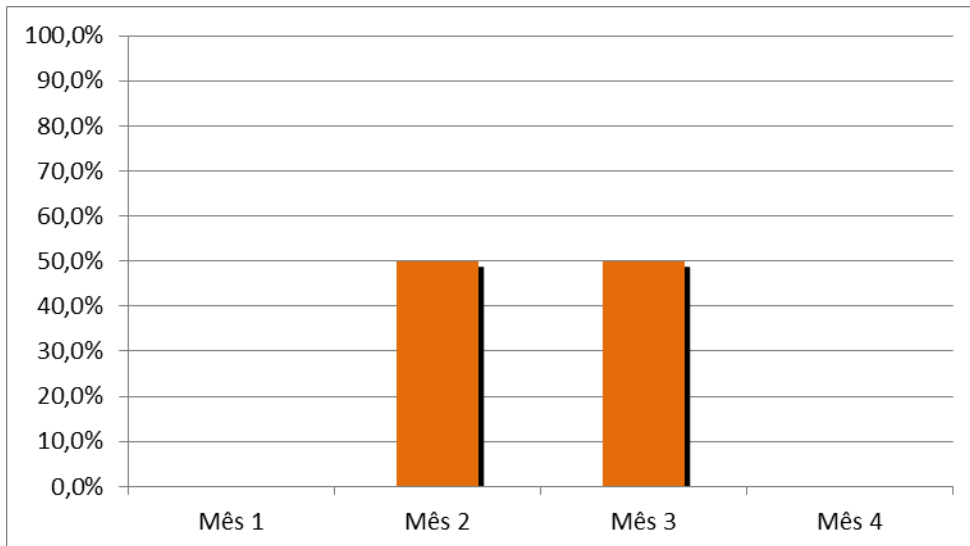


Figura 05 - Crianças de 06 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo2: Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa

Meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas

Após cada atendimento era feita a avaliação da agenda de marcação para verificar se havia alguma criança faltosa, caso existisse, no dia seguinte a ACS era avisada para visitar a família, procurar o motivo da falta e levar a nova data de agendamento. Foi realizada a busca ativa de 05 crianças faltosas (100%) em setembro/outubro, 08 (100%) em outubro/novembro e 13 (100%) em novembro/dezembro resultando no alcance da meta de 100%.

A meta foi alcançada devido a ação conjunta dos ACS e da equipe de enfermagem. Portanto, que este compromisso de buscar todas as crianças faltosas seja preservado a fim de que tenhamos cada vez mais números reduzidos de ausentes e conquiste o interesse e o compromisso dos familiares em acompanhar o desenvolvimento e o crescimento de suas crianças em prol da qualidade de vida destas. Esta ação torna o serviço eficiente e permite o aumento do vínculo e confiança entre equipe e comunidade.

Objetivo2: Melhorar a adesão da criança e o seu responsável ao programa**Meta2.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas**

Essa meta não foi alcançada, pois em nenhum momento houve a busca ativa dos faltosos às consultas odontológicas já que não houve o agendamento das crianças por parte dos responsáveis, mesmo após encaminhamento na consulta de puericultura. A meta, infelizmente não foi alcançada. Pode-se inferir que tanto houve a falha no agendamento da consulta por parte dos responsáveis quanto da equipe de odontologia que no início não promoveu um acesso mais fácil para o mesmo. Quando houve o atendimento demonstrado em outra meta foi graças ao apoio da dentista que se sensibilizou com a situação e já deixou agendada a consulta. Na ausência dos problemas bucais os genitores não procuraram o serviço, talvez porque durante as consultas de puericultura havia a orientação quanto a higienização da boca. Caso na unidade já existisse uma conscientização e educação em saúde para a comunidade voltada ao atendimento bucal a procura por este serviço seria maior e menos resistente. A busca ativa dos faltosos demonstra o interesse da equipe em ofertar aquele serviço que se traduz em redução de riscos e adoecimentos. Considerando que a UBS apresenta o vínculo direto e constante com a família, isso gera respeito, engajamento e confiança por parte desta.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde**Meta 3.1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças**

Durante os 03 meses de intervenção o monitoramento de crescimento aconteceu integralmente, ou seja 100%, conforme a estimativa idealizada. Em setembro/outubro foram feitos 27 (100%), em outubro/novembro 43 (100%) e em novembro/dezembro 50 (100%) monitoramentos. Estes aconteciam durante as consultas de puericultura através da análise da escala preconizada pela OMS, disponibilizada na caderneta de vacinação da criança. Esta ação já acontecia na

UBS tanto nas consultas de puericultura quanto nas visitas domiciliares dos ACS que pesavam, mediam e orientavam os familiares. Como este cuidado era rotina essa meta não apresentou nenhuma dificuldade, porém para reforçar a técnica dos ACS eles foram treinados quanto a medição correta. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e apresenta um valor singular, todo serviço que a valoriza está seguindo os padrões e as recomendações da OMS.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso

Nos 03 meses de intervenção houve o monitoramento das crianças com déficit de peso, com isso a meta pactuada de 100% foi alcançada. Nos meses de setembro/outubro aconteceram 05 (100%) monitoramentos de crianças com déficit de peso, em novembro e dezembro 10 (100%). Diante disso, estas crianças foram encaminhadas a nutricionista da UBS para avaliação, a qual atende uma vez na semana e em nenhum momento houve hesitação da sua parte, pelo contrário, muito prestativa, sempre atendeu todos os pacientes encaminhados. Como conhecedoras do seu território as ACS já sabiam de suas crianças com baixo peso e ficavam atentas a evolução destas, caso não soubessem após a consulta eram avisadas. Todas as crianças com déficit de peso eram encaminhadas a nutricionista mesmo a genitora recebendo orientação quanto a alimentação durante a consulta. Assim, como a anterior, esta meta apresentou bons resultados e já fazia parte da rotina. Cumpri-la é importante, visto que se pode evitar carências nutricionais, infecções frequentes e retardo no desenvolvimento tornando o serviço eficiente na promoção da saúde.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso

Nos 03 meses de intervenção houve o monitoramento das crianças com excesso de peso em 100%, alcançando a meta estimada. Nos meses de setembro/outubro foram monitoradas 11 crianças (100%), em outubro/novembro, 16 (100%) e em novembro/dezembro, 20 (100%). Estes aconteciam durante as consultas de puericultura com a enfermeira através da análise da escala preconizada pela OMS, disponibilizada na caderneta de vacinação da criança, com as medidas antropométricas de peso e altura e em seguida era realizado o encaminhamento para a nutricionista da UBS. Esta ação também já era rotina da unidade e os genitores eram orientados quanto aos riscos que poderiam acontecer por achar o filho “gordinho bonitinho”, caso não tivessem uma mudança de postura, principalmente alimentar. Cumpri-la é importante, visto que se pode evitar obesidade, AVC, IAM, diabetes, hipercolesterolemia tornando o serviço eficiente na promoção da saúde e prevenção destes agravos.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Durante os 03 meses de intervenção houve o monitoramento do desenvolvimento das crianças em 100%, alcançando a meta estimada. Nos meses de setembro/outubro foram monitoradas 27 crianças (100%), em outubro/novembro, 43 (100%) e novembro/dezembro, 50 (100%). Estes aconteciam durante as consultas de puericultura através da análise da escala preconizada pela OMS, disponibilizada na caderneta de vacinação da criança, com as medidas antropométricas de peso, altura e perímetro cefálico, além do desenvolvimento neuropsicomotor. Esta ação já acontecia na UBS tanto nas consultas de puericultura com a enfermeira quanto nas visitas domiciliares dos ACS, nas quais há a oportunidade de se observar o

comportamento e o desenvolvimento da criança quando ela se encontra acordada e através dos relatos e queixas dos familiares. Durante a capacitação houve um reforço em atentar para possíveis alterações comportamentais.

Esta meta para o serviço tem o objetivo de promover saúde, proteção e detecção de agravos que podem ter repercussão na vida adulta.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

A meta foi pactuada em 100% e atingiu-se 94%. Todos os responsáveis receberam orientações sobre a importância quanto ao cumprimento do esquema vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde à todas as crianças. As vacinas estão disponíveis em todas as UBS do município, como forma de evitar as doenças imunopreveníveis, tão comuns na infância. Em setembro/outubro 25 crianças estavam com a vacina em dia (92,6%), em outubro/novembro, 41 (95,3%) e em novembro/dezembro, 47 (94%), como ilustrado na figura 11. As orientações foram realizadas durante as consultas individuais e reforçadas durante a visita da criança e seu responsável à sala de vacina e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Foi detectado que aquelas mães que deixaram o calendário vacinal atrasar foi porque estavam viajando ou a sala de vacina da unidade de referência estava fechada ou a criança estava febril na data aprazada. Durante as consultas e as visitas das ACS é rotina observar o calendário vacinal e encaminhar imediatamente à sala de vacina. A educação em saúde continua sendo um ponto relevante e motivador na prevenção das doenças. A imunização além de proteger a saúde infantil, reduz a incidência e a prevalência de doenças, evitando consequentemente surtos epidêmicos na área.

A meta infelizmente não obteve um resultado esperado, porém vale considerar todos os aspectos supracitados. No entanto, a fim de melhorar e atingir os 100% orientações quanto a importância de se cumprir o esquema vacinal devem ser dadas durante a visita a sala de vacina; reforçar o retorno após o aprazamento

da dose seguinte; orientar durante as consultas de puericultura e visita domiciliar das ACS, atentando para aquelas mães que atrasam a caderneta ou apresentam alguma resistência a vacinação; realizar salas de espera sobre o tema e incentivar toda a comunidade a cumprir o esquema preconizado e disponibilizado pelo MS.

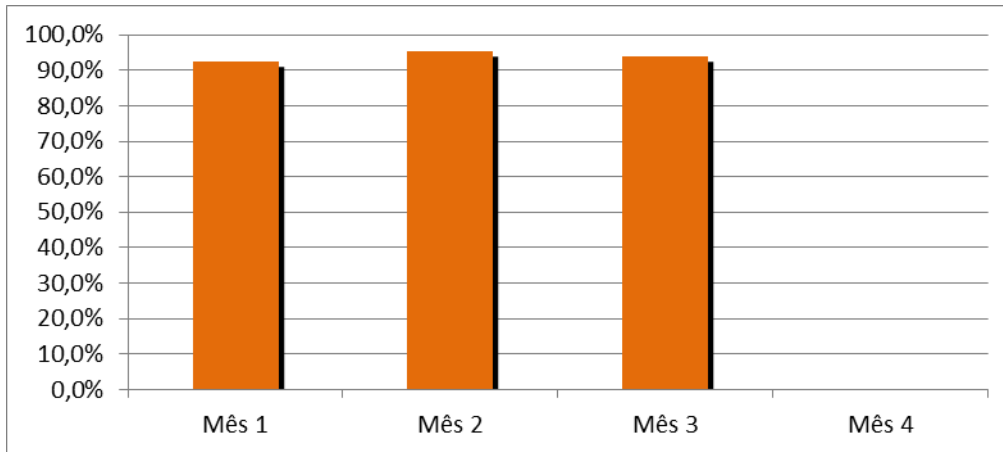


Figura 11 - Crianças com vacinação em dia para a idade, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças

Durante a intervenção, nos meses de setembro/outubro, 07 (63,6%) crianças fizeram uso do xarope de sulfato ferroso, como nos preconiza o MS. Em outubro/novembro ele foi dado para 11 (68,8%) crianças e em novembro/dezembro também para 11 (57,9%), como ilustrado na figura 12, porém com uma porcentagem menor devido o maior número de crianças entre 6 e 18 meses atendidas neste mês. A meta ficou abaixo do estimado de 100%, pois muitas mães se queixavam da cor dos dentes após o uso do xarope acreditando que o sulfato provocava mancha e dentes defeituosos, além da criança recusar a tomar devido o sabor. No entanto, por mais que se incentivasse, orientasse e falasse dos benefícios do xarope e que a escovação após o uso não causaria manchas, durante a consulta de puericultura, ainda assim, muitas recusaram o seu uso mesmo com a prescrição do medicamento em mãos e disponível na unidade. Pode-se perceber que não era rotina da unidade a oferta deste xarope durante as consultas de puericultura, o qual meses antes da

intervenção foi reforçado pela própria nutricionista do município. A educação em saúde com orientações desde o domicílio e concretizado na UBS refletirá numa aceitação maior, com baixo índice de anemia, a qual é responsável pelo baixo peso e déficit cognitivo nas crianças.

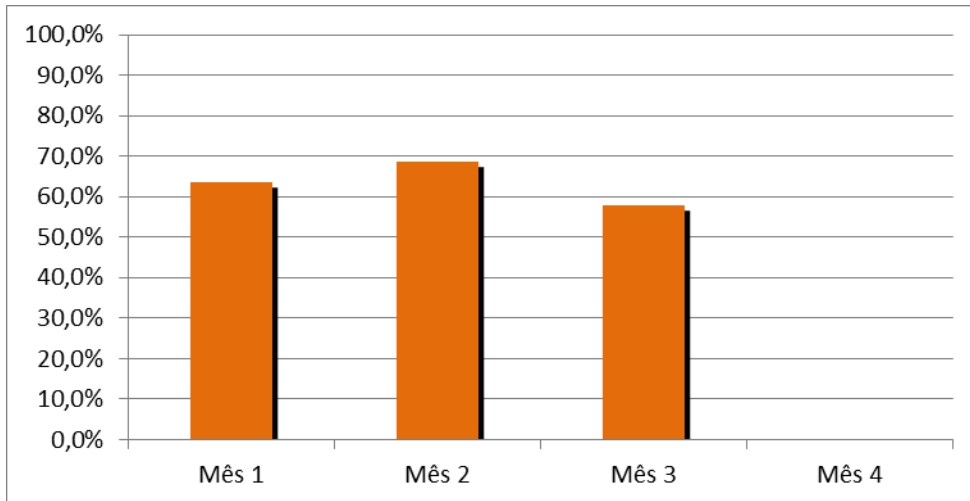


Figura 12 - Crianças com suplementação de ferro, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.7: Orientar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida

A realização do teste do pezinho no período estabelecido apresentou um percentual abaixo do esperado que era de 100%. Porém, apesar de muitas crianças não terem realizado logo nos primeiros 07 dias de vida, elas realizaram o exame até no máximo os primeiros 30 dias. Este serviço no município é feito pelo SUS, mas não são todas as UBS que o realizam, apesar de ser proposta da nova gestão a descentralização para todas as unidades, infelizmente a minha ainda não o realiza. Nos meses de setembro/outubro foram identificados 16 crianças (59,3%), em outubro/novembro, 18 (41,9%) e em novembro/dezembro, 19 (38%) que realizaram o exame nos primeiros 07 dias de vida, como ilustrado na figura 13. Alguns dos recém-nascidos “atuais” realizaram o exame até no máximo uma semana, outros não, o que não justifica, pois nas consultas finais de pré-natal o teste do pezinho era incentivado na primeira semana de vida e também durante as consultas puerperais,

provavelmente condições particulares envolvem esta questão, pois o local onde é realizado o exame é um pouco distante da área coberta pela unidade. No entanto, durante as consultas de pré-natal as gestantes eram incentivadas e orientadas a realizarem o teste do pezinho a partir do 3º ao 7º dia pós nascimento, o aumento deste só será encontrado a médio prazo.

A educação em saúde foi a principal ferramenta para que se alcançasse esta meta, mas infelizmente não se obteve bons resultados. No entanto, continua sendo uma peça-chave na concretização e cumprimento do prazo estabelecido. Provavelmente, se houvesse um grupo de gestante essa temática poderia ser melhor trabalhada e conseqüentemente aumentaria nosso índice resultando também na qualidade do serviço prestado na UBS, pois através do teste do pezinho podemos detectar condições que ocasionem o retardo mental, detectando as hemoglobinopatias e suas complicações.

Vale ressaltar que todas as gestantes receberam orientações à realização do teste do pezinho durante as consultas de pré-natal e um reforço especial era dado nas consultas finais e também durante a consulta no puerpério.

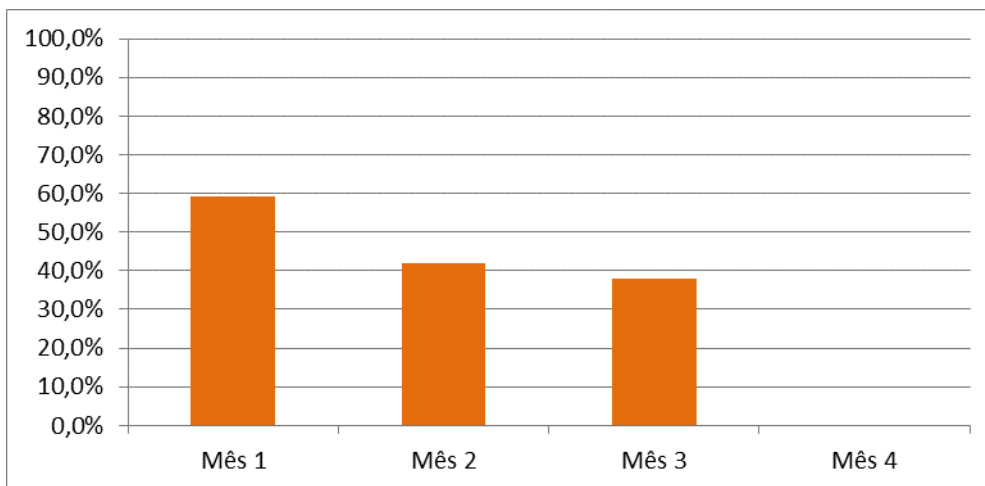


Figura 13 - Crianças com teste do pezinho realizado até 07 dias de vida, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta3.8: Orientar triagem auditiva em 100% das crianças

A triagem auditiva apresentou um percentual baixíssimo, principalmente porque este serviço ainda não é disponibilizado pelo SUS, dentro do município de Jacobina. As crianças que realizaram o exame foram todas no serviço particular, no qual muitas das vezes é inviável à parcela da população de baixa renda. Em setembro/outubro foram identificadas 02 (7,4%) crianças que realizaram a triagem auditiva, em outubro/novembro, 04 (9,3%) e em novembro/dezembro, 05 (10%), como ilustrado na figura 14 e infelizmente a meta traçada de 100% não foi alcançada. No entanto, durante as consultas de pré-natal as gestantes eram incentivadas a realizarem o exame, mas muitas se queixavam da falta de recursos para o mesmo. Durante o período da intervenção nenhuma ação foi realizada no sentido de promover esse exame gratuitamente. Porém, é relevante a sua realização, principalmente para a unidade, pois pode-se identificar alterações auditivas importantes, prevenindo ou minimizando seus efeitos e garantindo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

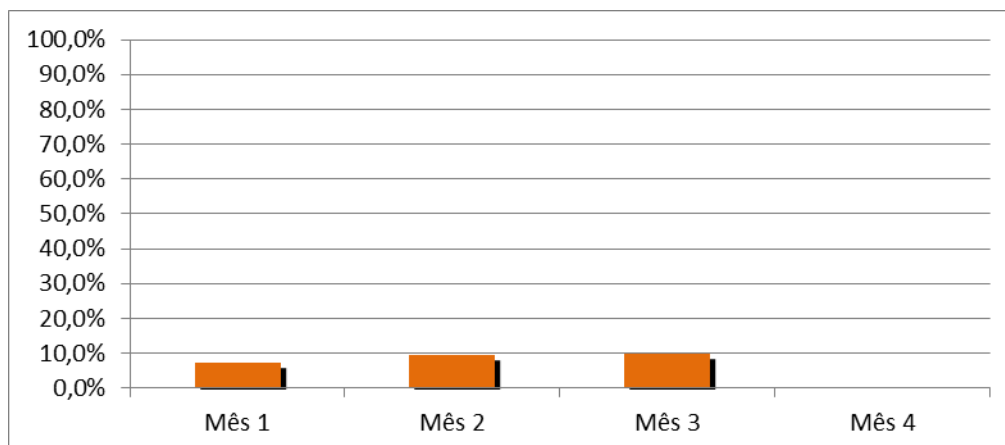


Figura 14 - Crianças com triagem auditiva, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.9: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Durante a intervenção, quase não foi identificado crianças frequentadoras de creche que tinham participado de escovação supervisionada com creme dental. Em setembro não houve nenhum caso encontrado e em outubro/novembro, duas crianças, evidenciando o alcance da meta de 100%. As ações de saúde bucal extra-muro sempre foram realizadas tanto em colégios quanto em creches. É válido ressaltar a faixa etária, em que era mais comum os atendimentos com menores de 36 meses.

Esta meta é importante para o serviço, pois a escovação supervisionada permite a prevenção de doenças, além de promover saúde e bem-estar.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento a criança realizado na unidade de saúde

Meta 3.10: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Durante a intervenção, quase não foi identificado crianças que tivessem realizado consulta odontológica e tratamento dentário apesar de contarmos com uma dentista na unidade. O encaminhamento se tornava difícil, pois era o familiar que tinha que marcar a consulta no dia da semana estabelecido por ela e sua ACD e a demanda, particularmente, era imensa, esse aspecto influenciava negativamente na decisão dos pais procurarem ou não o atendimento. Duas crianças foram identificadas, no período de outubro/novembro, durante a consulta de puericultura com a enfermeira e suas genitoras afirmaram tratamento concluído o que resultou no alcance da meta de 100%. A meta foi alcançada pela garantia de conclusão do tratamento daquelas que o iniciaram.

Esta meta é muito importante para o serviço pois permite a promoção, proteção, engajamento familiar, interesse da criança e principalmente, a prevenção dos agravos frequentes naquela faixa etária.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações

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

Nos quatro meses de intervenção, o registro de todas as informações era feito nos prontuários e nas fichas-espelhos de saúde da criança. Na grande maioria das vezes esse registro foi realizado pela enfermeira, entretanto em algumas ocasiões as ACS preencheram as fichas-espelhos. Em setembro/outubro foram atualizados 27 (100%) prontuários e fichas-espelhos, em outubro/novembro, 43 (100%) e em novembro/dezembro, 50 (100%), com isso a meta estimada de 100% foi alcançada. Todas as informações eram anotadas e constavam em ambos os registros. A intervenção propiciou evoluções mais ricas e completas através do Manual Saúde da Criança refletindo também na consulta clínica. As ACS foram capacitadas quanto ao preenchimento da ficha-espelho, a qual foi implantada com a intervenção. O compromisso de se registrar todas as ações beneficia esta meta e o serviço, o qual só tende a ganhar com prontuários bem escritos e ricos em detalhes e ações.

Objetivo5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

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

A avaliação de risco às crianças foi realizada, respectivamente, em setembro/outubro, 27 (100%); outubro/novembro, 43 (100%); e novembro/dezembro, 50 (100%) alcançando a meta estimada de 100%. Para atingir a meta foi realizada a avaliação quanto ao desenvolvimento e crescimento da criança, aspectos higiênicos e análise das condições socioeconômicas da família. Durante a capacitação foi discutido esta avaliação, a qual foi enriquecida com os exemplos das ACS. Após a intervenção passou-se a ter um cuidado e atenção maiores com os aspectos

mencionados. É válido fazer a avaliação em todas as consultas e as orientações cabíveis à prevenção dos agravos. Isso refletirá no conhecimento das microáreas pertencentes a unidade, na tomada de decisão e estratégias que tanto a unidade quanto as secretarias envolvidas poderão estar atuando conjuntamente.

Objetivo6: Promoção da saúde

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

Esta meta foi atingida pois todas as genitoras receberam orientações sobre os acidentes evitáveis na infância durante as consultas de puericultura pela enfermeira e as ACS durante as visitas domiciliares. Foram orientadas respectivamente nos meses de setembro/outubro/novembro/dezembro: 27 (100%), 43 (100%) e 50 (100%) mães. Essa meta antes da intervenção não era realizada nas consultas de puericultura, após a sua implantação pude perceber o quão é importante e necessária. Em algumas ocasiões as mães já entravam na sala contando que a criança tinha caído ou se machucado, elas relatavam porque na consulta anterior tinha reforçado o cuidado ao menor, mas ainda assim acontecia, principalmente quando a criança ficava com o pai. A educação em saúde continua sendo um aspecto eficaz na prevenção dos acidentes.

Esta meta é importante para o serviço, haja vista que permite evitar diretamente qualquer lesão que coloque em risco a integridade física e mental da criança, sem falar no custo para a família e estado.

Objetivo6: Promoção da saúde

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

A meta pactuada de 100% não foi alcançada, em virtude principalmente da grande maioria das crianças não estarem mais amamentando, ou de terem amamentado enquanto aguardava a consulta, inviabilizando a mama na hora da consulta, quando solicitada. Porém, o incentivo ao aleitamento materno acontece desde o pré-natal durante as consultas com a enfermeira e também durante as

visitas das ACS. Essa abordagem era feita na primeira consulta, durante o exame físico e próximo ao parto, bem como na consulta puerperal. Em setembro/outubro foram colocadas 12 (44,4%) crianças; em outubro/novembro, 14 (32,6%); e em novembro/dezembro, 17 (34%) para amamentarem durante a primeira consulta, como ilustrado na figura 20. Durante este momento era percebido se a pega estava correta e caso não estivesse era fornecida orientação adequada. Muitas crianças eram desmamadas por isso um índice desigual. Esta meta também não era realizada antes da intervenção e ganhou um valor notório após a sua implantação, pois pude observar a amamentação e incentivar a pega correta, além de reforçar a exclusividade até o sexto mês.

Esta meta é importante para o serviço, pois o leite materno possui todos os nutrientes que a criança necessita para crescer e se desenvolver, além de garantir imunidade e risco diminuído para contrair infecção. Esses benefícios refletem na promoção e proteção da saúde incentivadas pela UBS.

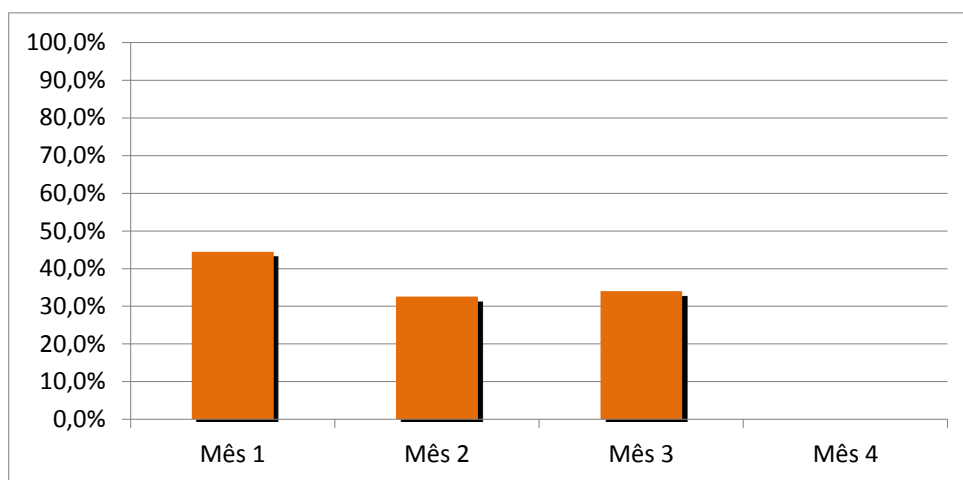


Figura 20 - Crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo6: Promoção da saúde

Meta6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças

Esta meta foi atingida, pois todas as genitoras receberam orientações nutricionais, conforme a faixa etária, durante as consultas de puericultura pela

enfermeira. Em situações de déficit ou excesso de peso a criança era encaminhada para a nutricionista para avaliação e acompanhamento. Foram orientadas 27 mães no primeiro mês, 43 no segundo e 50 no terceiro resultando no alcance da meta estimada de 100%. Essa orientação já era realizada durante as consultas. A educação em saúde deve permanecer a fim de continuarmos com a meta de 100% e evitarmos carências nutricionais, raquitismo, obesidade, hipercolesterolemia, etc.. Com isso, estaremos promovendo saúde e prevenindo agravos.

Objetivo6: Promoção da saúde

Meta6.4: Fornecer orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Em setembro/outubro não foram registrados nenhuma criança que frequentasse a creche. Em outubro/novembro, duas crianças (100%), além delas, suas mães também receberam orientações sobre higiene bucal, causa e prevenção da cárie resultando no alcance da meta de 100%. As ações coletivas de saúde bucal sempre aconteceram, as mães também foram incluídas nessa ação, conforme elas mesmas afirmaram, porém não foi recentemente. As ações que aconteceram durante a intervenção foi para as crianças da creche, mas em todas as consultas falava-se da importância da higiene bucal. Esta meta é importante, pois cria um vínculo maior entre equipe, familiar e creche, além de promover saúde e prevenir agravos.

Objetivo6: Promoção da saúde

Meta6.5: Fornecer orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das mães na unidade de saúde

Esta meta foi atingida pois todas as genitoras receberam orientações sobre higiene bucal, causa e prevenção da cárie, durante as consultas de puericultura com a enfermeira. Foram orientadas respectivamente nos meses de

setembro/outubro/novembro/dezembro, 27 (100%), 43 (100%) e 50 (100%) mães. Essa orientação já acontecia e é necessário que ela persista, pois podemos evitar cáries e outras complicações, o que irá influenciar na saúde da criança, no seu desenvolvimento, alimentação e nutrição.

Objetivo6: Promoção da saúde

Meta6.6: Fornecer orientação para 100% das mães sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Durante a intervenção 69,8% das mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias durante as consultas de puericultura com a enfermeira ficando abaixo da meta estimada inicialmente de 100%. Na dúvida, encontrei o apoio da dentista, que me ajudou como deveria fazer esta orientação, principalmente quanto as oclusopatias. Em setembro/outubro 17 (63%) mães receberam orientações; em outubro/novembro ela foi dada para 32 (74,4%); e novembro/dezembro, para 36 (72%), como ilustrado na figura 24. Esta ação também foi implantada a partir da intervenção. Através dela pode-se constatar que nenhuma das crianças atendidas faziam uso da sucção não nutritiva (SNN), todas, unanimemente, faziam uso da sucção nutritiva (SN). Esta ação permitiu reforçar e orientar a amamentação, principalmente exclusiva valendo-se mais uma vez da educação em saúde para prevenir agravos e complicações.

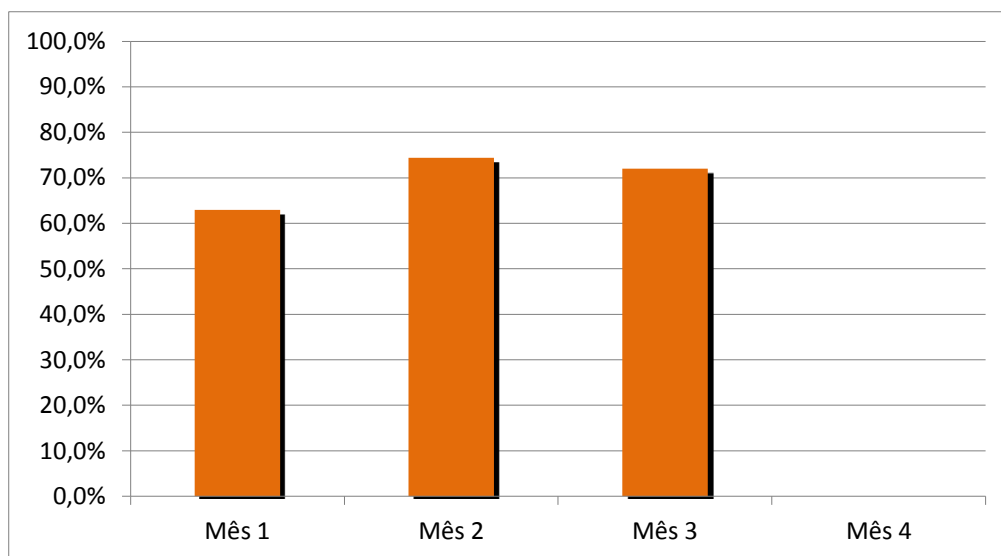


Figura 24 - Crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, ESF Félix Tomaz, Jacobina, BA, 2013

Objetivo6: Promoção da saúde

Meta6.7: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Em setembro/outubro não foram registrados nenhuma criança que frequentasse a creche. Em outubro/novembro duas crianças, resultando no alcance da meta de 100%. Tanto a criança quanto a mãe receberam orientações nutricionais durante a consulta de puericultura com posterior encaminhamento à nutricionista. Esta meta já era realizada porque temos nutricionista na unidade.

Esta meta favorece o vínculo entre mãe, criança e equipe de saúde, alerta quanto as patologias e claro, promove saúde e bem-estar.

6.2 Discussão

O programa de puericultura (Saúde da Criança) já fazia parte da rotina da UBS, porém sem o enfoque na Saúde Bucal e de outras ações relacionadas a indicadores de qualidade da atenção, as quais foram inclusas na intervenção. Desse

modo, com a intervenção houve um melhoramento nas consultas clínicas, na oferta da suplementação de ferro, na frequência por parte dos genitores, mas ainda assim há muitos paradigmas e tabus a serem quebrados em relação a esse atendimento.

A intervenção na unidade propiciou a ampliação da cobertura da atenção em saúde das crianças. O projeto foi bem aceito pelos genitores e responsáveis, sempre que solicitado a trazer algum documento ou até mesmo a fazer o cartão SUS para o cadastro na ficha-espelho nada era questionado. Propiciou também a melhoria dos registros, o aumento da busca das crianças faltosas, a capacitação dos profissionais da UBS para a atenção à saúde da criança, uma atenção especial a vacinação e o aumento da faixa etária frequentadora do programa.

Para a equipe foi muito importante, pois houve uma interação maior entre os profissionais, além de que a grande parte teve capacitação sobre saúde da criança. Esta foi realizada com o Manual Saúde da Criança, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS). Para tanto, foi necessário interagir com toda a equipe para um trabalho multiprofissional, começando pelas ACS, para a captação das crianças à consulta de puericultura; a seguir, pela recepcionista, para fazer o acolhimento e marcação destas, ajeitando uma vaga aqui e acolá; com a técnica de enfermagem, a qual realizava as medições antropométricas; com a dentista que prontamente comparecia à sala durante a consulta quando solicitada e disponível para avaliar a dentição, diante de uma cárie, por exemplo; e a médica, que sempre atendia as crianças quando encaminhadas da consulta de puericultura por alguma alteração, como febre. A interação entre a equipe foi fortalecida com todos engajados com a intervenção, a qual teve impacto direto no aumento da cobertura da puericultura melhorando a qualidade do cuidado ofertado aos pequeninos.

Na comunidade, à intervenção foi significativa, pois muitos genitores não tinham a informação sobre a importância da consulta de acompanhamento e desenvolvimento da criança com o profissional enfermeiro. Além desse conhecimento as ACS exploraram a área a fim de convocar e incentivar crianças e familiares às consultas de puericultura. Assim que a criança chegava à UBS era acolhida, encaminhada para a mensuração do peso, altura e perímetro cefálico e a vacinadora sempre solicitava a caderneta de vacinação para avaliar o quadro

vacinal, isso permitiu que alguns genitores exigissem ou comentassem: - “ahh quero que fulano meça, que fulano vacine”, em várias ocasiões isso foi percebido. As ações de saúde realizadas na creche permitiram a interação entre a equipe da unidade que saiu do seu espaço pra disseminar conhecimento e adquirir vínculo e parceria para as demais ações.

A intervenção é de grande viabilidade para ser incorporada à rotina do serviço, não tem custos para o município, pelo contrário aumenta o vínculo com a comunidade, principalmente a família, evita doenças e carências, além de unir a equipe de trabalho dentro e fora da unidade.

Caso houvesse uma outra oportunidade para incorporar a intervenção à rotina da UBS novas ações seriam realizadas e as já apresentadas teriam um reforço maior. As principais medidas a serem implantadas seriam: sair na área a fim de divulgar e convocar para o programa junto com os ACS; fazer palestras sobre a importância das consultas de puericultura e buscar o apoio das creches locais, tanto municipal quanto particular. Acredito que estas ações aumentariam o índice de cadastros e a frequência dos familiares nas consultas.

Desse modo, a intervenção já faz parte da rotina do serviço, porém como cientes da situação, não me encontro mais na unidade, caso contrário faria as ações supracitadas e investiria nas ações de saúde bucal juntamente com a dentista e sua ACD, procurando uma forma de facilitar no agendamento da consulta que parecia ser um dos grandes problemas, embora o acesso tivesse melhorado nas últimas semanas em que estive realizando a intervenção.

6.3 Relatório de intervenção para os gestores

Após conversa prévia com a equipe e com a Diretora Local de Saúde, foi iniciada no dia 26 de setembro de 2013, na Unidade de Saúde Félix Tomaz, uma intervenção por um período de 11 semanas no Programa de Atenção a Saúde da Criança, visando melhorias na qualidade do atendimento a essa população. De acordo com o cronograma do curso, a intervenção era para acontecer por 04 meses. No entanto, por situações pessoais, só ocorreu durante 03 meses. Essa intervenção

é parte do Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família à distância, realizado por mim e oferecido pela Universidade Federal de Pelotas, em convênio com a Universidade Aberta do SUS. Antes da escolha desse foco de intervenção, fizemos uma análise situacional de todos os programas e diagnosticamos serem prioritariamente necessárias mudanças para a melhoria desse programa dentro da nossa unidade.

Inicialmente, foi feito todo um estudo quanto à estrutura organizacional e funcional da UBS, quais profissionais e serviços eram disponíveis, quais instrumentos e materiais dispúnhamos, qual o horário e os dias de funcionamento. Após todo o levantamento e conhecimento acerca da UBS baseados nos manuais instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) partiu-se para outro aspecto, o qual definiria em que programa ir-se-ia atuar. Neste levantamento, podemos perceber que a saúde da criança necessitava de uma intervenção, pois identificamos problemas como: baixo conhecimento da comunidade acerca do acompanhamento da criança pelo enfermeiro; as consultas só aconteciam para crianças até dois anos; frequência escassa da criança ao dentista; poucas consultas na primeira semana de vida; nenhuma orientação sobre a prevenção dos acidentes; pouco incentivo a realização da triagem auditiva e suplementação de ferro; poucas ações de educação em saúde nas creches circunvizinhas.

Muitas metas foram propostas, mas nem todas alcançaram os resultados esperados. Porém, vale ressaltar que o passo inicial foi dado e, com o apoio e empenho da equipe, da comunidade e dos gestores será possível dar continuidade a esta intervenção.

Como primeira ação, foram realizadas capacitações durante as reuniões de equipe acerca do protocolo do Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (2012), revendo conceitos sobre o que é o programa, qual a faixa etária que deve atingir, quantas consultas devem ser realizadas ao longo dos 72 meses, quando deve ser realizado o teste do pezinho e a primeira consulta da criança, revisão quanto as medidas antropométricas, importância do reforço da suplementação de ferro e atualização do novo calendário

vacinal. Foi uma oportunidade ímpar, com trocas de experiências valiosas e a equipe se mostrou bastante receptiva e ávida por novos conhecimentos.

Com o apoio e a ajuda da equipe, em especial as ACS, novas crianças começaram a frequentar a unidade, até mesmo aquelas que possuíam plano de saúde particular, e a procura pela consulta com a enfermeira foi aumentando. A consulta clínica ganhou um novo material – a ficha-espelho, que era preenchida durante ou após as consultas, mais frequentemente pela própria enfermeira. Esta contribuiu e muito, pois fazia o profissional lembrar-se de todos os aspectos que deveriam ser abordados durante a consulta de puericultura. Outro ganho especial foi a realização e o incentivo do cartão SUS, que era necessário para o cadastro. Além disso, outros pontos tiveram importância, tais como: o reforço à suplementação do xarope de sulfato ferroso; calendário vacinal e amamentação exclusiva; o esforço para realizar a primeira consulta da criança até a sua primeira semana de vida; a orientação quanto à saúde bucal e avaliação e acompanhamento com a dentista a partir do primeiro dente; o compromisso com a busca ativa e novo agendamento; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, atentando-se para o excesso ou déficit de peso; pode-se observar se as crianças realizaram a triagem auditiva e o teste do pezinho na primeira semana de vida; a orientação na prevenção dos acidentes; colocar a criança para mamar durante a primeira consulta; instruir as mães sobre higiene bucal e nutrição adequada; e observar a frequência das crianças às creches. Em relação ao aumento de cobertura, saltamos de um percentual de 7% para 13,3% em relação ao programa de atenção a saúde da criança.

É válido mencionar que a intervenção proporcionou uma consulta muito mais qualificada e aumento do conhecimento por parte da equipe. Foi um momento de reflexão dentro da Unidade de Saúde em relação aos processos de trabalho, e os resultados conseguidos certamente servirão de incentivo para a busca da excelência em todos os atendimentos realizados à população. Houve um excelente entrosamento entre os membros da equipe, e a união conseguida é um dos frutos desse trabalho. No entanto, alguns problemas limitaram as metas, como a falta do serviço de triagem auditiva pelo SUS. Todas as crianças submeteram-se ao exame por conta própria. Metade dos casos de deficiência auditiva poderia ser prevenida e

seus efeitos minimizados se a intervenção fosse iniciada precocemente, mas infelizmente não há o acesso gratuito. Outro aspecto que chamou bastante atenção foi à baixa frequência e acesso das crianças às creches. Provavelmente, se houvessem mais unidades na área adstrita a frequência seria maior. A educação hoje é a base para as grandes descobertas, conhecimentos e avanços futuros. Quanto à saúde bucal, o município poderia capacitar à equipe quanto ao atendimento infantil, a fim de incentivar e acolher esta demanda, disponibilizando manutenção frequente, para que os instrumentos tivessem um retorno mais rápido e eficaz, minimizando a abstinência do serviço.

É importante que os funcionários sejam estimulados à capacitação contínua, com maior oferta de cursos e apoio aos que desejam se especializar. Ademais, seria interessante se avaliássemos a viabilidade de implantação de fichas-espelho em todas as Unidades de Saúde, para uso nas atividades externas.

Todas as unidades do município deveriam passar por esta experiência, pois a prevenção de agravos e a promoção da saúde foram a todo instante trabalhados

6.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Durante os meses de setembro a dezembro de 2013 a equipe (médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, ACS, dentista, ACD e recepcionista) da US da Félix Tomaz realizou algumas alterações no atendimento aos pequenos. Saúde da Criança foi o programa escolhido para intervir na unidade da Félix Tomaz, pois mesmo fazendo parte da rotina do serviço, precisávamos nos adequar as ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) que aconteciam de forma incompleta. Os problemas que identificamos na saúde da criança da nossa unidade foram: baixo conhecimento da comunidade a cerca do acompanhamento da criança pelo enfermeiro; as consultas só aconteciam para crianças até dois anos; frequência escassa da criança ao dentista; poucas consultas na primeira semana de vida; nenhuma orientação sobre a prevenção de acidentes; pouco incentivo à realização da triagem auditiva e suplementação de ferro; e poucas ações de educação em saúde nas creches circunvizinhas. Frente a esses problemas, decidimos fazer

diversas modificações no nosso serviço para melhorar, de forma geral, a qualidade da atenção a saúde da criança da nossa comunidade.

Para isso, inicialmente fizemos algumas reuniões para aprofundar o estudo sobre a saúde da criança. Houve o treinamento de todos os membros da equipe: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentista e ACD através do manual Saúde da Criança, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Nesta oportunidade discutimos sobre o acolhimento a criança e seu familiar, encaminhamentos por parte das ACS e a necessidade da busca ativa rápida e frequente. Além disso, durante este período, atualizamos o livro de cadastro de puericultura.

Com base em dados do prontuário as agentes fizeram busca ativa através de visita domiciliar a todas as crianças que estavam sem acompanhamento regular. O trabalho delas foi excelente e incansável e com insistência conseguimos fazer com que a maioria das crianças e responsáveis comparecessem a unidade.

Antes da intervenção, tivemos algumas dificuldades no que diz respeito as informações referentes as nossas crianças. Dentre essas a transcrição do esquema vacinal; o prazo que a criança tinha realizado o teste do pezinho, pois muitas mães não lembravam; e em todas as ações referentes a saúde bucal devido a baixa frequência e falta de conhecimento dos genitores deste serviço voltado para as crianças. Organizamos então uma ficha para cada criança, que é acessada em todos os atendimentos. Nela estão os dados pessoais, vacinas administradas, peso, altura e os medicamentos em uso. Essas fichas nos possibilitam acesso rápido às informações de cada criança de forma a conhecê-los melhor.

Após esse período de ajustes, analisamos os dados obtidos e percebemos que aumentou o número de usuários com acompanhamento regular na puericultura, com exames, consulta médica e odontológica em dia. Porém, poderíamos ter um índice maior, mas com a consulta semanal da pediatra, muitos responsáveis optaram apenas por este acompanhamento e mesmo agendando a consulta de puericultura não compareciam, apenas se a criança adoecesse.

Nem todas as metas propostas tiveram o índice desejável, mas muitas alcançaram um bom resultado, levando em consideração o período incompleto em que elas aconteceram e algumas dificuldades encontradas na própria UBS.

Durante a intervenção foram realizadas duas atividades educativas na creche municipal com o apoio das ACS e da dentista, ambas apresentaram ótima aceitação e participação das crianças.

A intervenção foi de grande significância para toda a unidade: equipe e para a autora como profissional, pois foram momentos de muita aprendizagem, conhecimento e tomada de decisão refletindo no aprimoramento do programa e do atendimento às crianças da área adstrita.

Talvez muitos ainda não estejam habituados às mudanças, mas tudo foi feito visando melhorar o atendimento. Destaco que o acompanhamento feito por todos os profissionais de saúde é melhor do que quando feito apenas pelo médico. Os outros profissionais têm capacidade para dar excelentes contribuições para a sua saúde. É importante que a comunidade conheça os responsáveis por sua área, que recebam bem as agentes comunitárias de saúde e que opinem sempre sobre o que pode ser feito para melhorar ainda mais. A participação da comunidade é muito importante e a opinião pode ser dada diretamente para nós profissionais e para o gestor local da US. Essa participação é fundamental para melhorar o atendimento à população local, pois esta é a razão fundamental do nosso trabalho.

7 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A expectativa inicial em relação ao curso foi a de acrescentar conhecimentos para o trabalho na ESF, além de adquirir o título de especialista na área, a qual me identifico e tenho o maior prazer em atuar.

Foi o primeiro curso a distância, a princípio temerosa, pois os boatos em relação a educação a distância são um tanto desagradáveis, porém ao mesmo tempo curiosa por ser a UNASUS o provedor deste serviço e desta oportunidade.

Muito além de um trabalho de intervenção como avaliação parcial de nota, este estudo permitiu que eu, particularmente, adentrasse no “mundo peculiar” da saúde pública. Se eu já gostava passei a gostar ainda mais. Quantas e quantas coisas desvendei e descobri através deste trabalho, quantas reforcei e relembrei através dos casos interativos e sem sombra de dúvida o conhecimento adquirido e o

esforço para implantar e implementar as ações fizeram o diferencial na minha Unidade e na minha vida profissional.

A metodologia utilizada apresentou uma fácil compreensão, às vezes acontecia uma análise equivocada da tarefa ou planilha, mas a orientadora sempre disposta a nos ajudar e esclarecer qualquer dúvida deixou-nos mais seguros à sua realização. A troca desta provocou certa angústia, pois já estava adaptada a sua forma de expressar e trabalhar, mas uma nova adaptação aconteceu.

É válido ressaltar que passamos a ter um vínculo e uma dependência maior da equipe, o que serviu para nos unir ainda mais e melhorar o serviço voltado à atenção a saúde da criança, além da amizade, respeito e carinho adquiridos da comunidade, das crianças e seus familiares. Também não se pode deixar de ressaltar que adquirimos um olhar diferente para o que se produz na UBS, de registrar adequadamente e avaliar o que se produziu para o planejamento das ações e tomada de decisões, uma prática até então desvalorizada. A partir desta experiência, outras ações programáticas com esta metodologia podem ser utilizadas na UBS, melhorando a qualidade do cuidado à saúde da população. Os manuais disponibilizados contribuíram significativamente nas consultas de enfermagem.

O processo de construção do TCC foi trabalhoso, pois com as atividades diárias da própria unidade e as atividades pessoais, a entrega das tarefas nas datas aprazadas ficaram em déficit, principalmente quando solicitada mais de uma. Em contrapartida os estudos de prática clínica enriqueceram meu conhecimento na medida em que descobria manuais e resoluções voltados exclusivamente para determinados assuntos. Além destes, os casos interativos eram os meus favoritos sempre procurava respondê-los nos prazos estabelecidos. São tão reais que me colocava diante das situações, principalmente quando já tinha vivenciado e sempre havia “algo” novo a descobrir e aprimorar.

O curso possibilitou o crescimento profissional de forma espetacular refletindo nas consultas clínicas e evoluções registradas nos prontuários.

Teve-se a oportunidade de capacitar as equipes com o manual elaborado pelo Ministério da Saúde, especialmente as ACS, quanto ao encaminhamento das

crianças à UBS. O apoio delas e de toda a equipe é fundamental para a continuidade deste programa na rotina da UBS.

Com o apoio da equipe e participação da comunidade, muitas melhorias na puericultura tendem a acontecer. É muito gratificante, como profissional de saúde, poder contribuir para estas melhorias e deixar esta ação na unidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

WIKIPEDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Jacobina>>. Acesso em: 09 abr. 2014

ANEXO

FICHA ESPELHO DA CRIANÇA



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

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

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

CALENDÁRIO VACINAL

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

Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Pro^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.

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

APÊNDICES

ENTRADA DA ESF FÉLIX TOMAZ



CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA

PROGRAMA SAÚDE DA
CRIANÇA, ÀS QUINTAS-FEIRAS,
NOS TURNOS MATUTINO E
VESPERTINO.

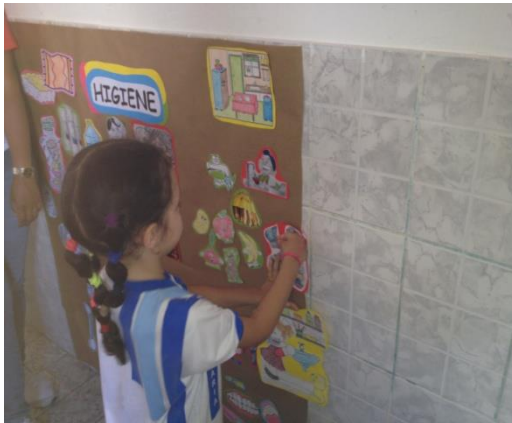
AGENDE A CONSULTA DO SEU
FILHO/FILHA NA RECEPÇÃO
(CRIANÇAS ATÉ 06 ANOS)



CAPACITAÇÃO COM A EQUIPE



PRIMEIRA ATIVIDADE EDUCATIVA NA CRECHE MUNICIPAL TIA MARIA



FOTOS DA SEGUNDA ATIVIDADE EDUCATIVA NA CRECHE MUNICIPAL TIA MARIA



ATENDIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA



