

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses de idade
da USF Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/AC**

Yoelkys Acosta Suarez

Pelotas, 2015

Yoelkys Acosta Suarez

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses de idade
da USF Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/AC**

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

Orientadora: Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S939m Suarez, Yoelkys Acosta

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de Zero a 72 Meses de Idade da USF Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/AC / Yoelkys Acosta Suarez; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Porto, Adrize Rutz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos profissionais que
querem melhorar a saúde das crianças do mundo.

Agradecimentos

A minha equipe que ajudou para que este trabalho se realizasse como planejamos.

A minha orientadora que me incentivou e orientou corretamente.

A todos os colegas do curso e amigos pelas trocas de ideias.

Agradeço a todas aquelas pessoas que tornaram possível o Programa Mais Médicos do Brasil, para ajudar a toda população carente de médicos.

Resumo

SUAREZ, Yoelkys Acosta. **Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses de idade da USF Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/AC.** 2015. 85f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A saúde infantil é um parâmetro geral da qualidade dos serviços de saúde de um país. A Unidade de Saúde da Família Recanto dos Buritis ,1 pertencente ao município de Rio Branco, Estado do Acre tem 255 crianças de zero a 72 meses de idade, residentes na área de abrangência. Esta intervenção teve origem durante o curso de especialização, quando se analisou o desenvolvimento das ações programáticas na Unidade. A equipe da unidade escolheu realizar esta intervenção para melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses, porque antes o acompanhamento destas estava muito focado na doença e com baixo número de consultas de puericultura. O objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses de idade da Unidade de Saúde da Família Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/Acre. Foi realizada em 12 semanas, com a participação de 255 crianças. Várias ações foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica). Utilizamos materiais como o protocolo assistencial para a saúde da criança do Ministério da Saúde, do ano de 2013, ficha-espelho, planilha coleta de dados. Como resultado relevante, pode-se mencionar a ampliação da cobertura da atenção à saúde a 113 (44,3%) crianças. Além disso, o acompanhamento foi qualificado no monitoramento do crescimento e desenvolvimento, na avaliação de fatores de riscos e da saúde bucal. As mães e comunidade receberam orientações sobre a saúde das crianças, por meio de palestras realizadas durante toda a intervenção. Outro aspecto significativo foi o alcance da vacinação em dia em todas as crianças acompanhadas, bem como da suplementação de ferro nas crianças de 6 a 24 meses. O registro das informações com a implantação da ficha-espelho inseriu o monitoramento das ações na atuação da equipe. A intervenção proporcionou capacitação e integração da equipe, aumento da responsabilidade dessa com a população e com as atribuições específicas e da equipe multiprofissional e melhor organização do trabalho. Assim, destaca-se que as ações da intervenção já estão incorporadas na rotina diária da Unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico de Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.	61
Figura 2 - Gráfico de Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.	62
Figura 3 - Gráfico de Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.....	65
Figura 4 - Gráfico de Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.	66
Figura 5 - Gráfico de Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.....	67
Figura 6 - Gráfico de Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus.</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
USF	Unidade da Saúde da Família.
CAB	Cadernos de Atenção Básica.

Sumário

Apresentação	6
1 Análise Situacional	7
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	7
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	72
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	79
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

O volume deste trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em sete seções.

Na primeira consta um texto inicial, o relatório de análise situacional das ações programáticas da Unidade de Saúde de Família (USF) Recanto dos Buritis 1, Estado do Acre e um texto comparativo entre estes dois itens. Na segunda seção, há a análise estratégica em que foi construído um projeto de intervenção para melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses. Na terceira seção, apresenta-se o relatório da intervenção que duraram 12 semanas. A quarta é constituída pela avaliação da intervenção, relatando os avanços e objetivos alcançados e mudanças ocorridas com a intervenção. A quinta e sexta seção inclui o relatório da intervenção para gestores e outro para a comunidade. A última seção é composta pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, ainda se tem as referências e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A USF Recanto dos Buritis 1 está localizada na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre. O povoamento da região se deu no início do século XIX, com a chegada dos nordestinos. O desenvolvimento do município ocorreu durante um grande período dado pelo Ciclo da Borracha. Surgiu a partir de um seringal, fundado em dezembro de 1882. A cidade é cortada pelo rio Acre, dividida em duas partes, denominados Primeiro e Segundo Distritos, sendo que a USF está localizada no segundo distrito, na travessa Queiroz, no bairro Recanto dos Buritis. O município limita-se ao norte, com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o Amazonas, ao sul com os municípios de Xapuri e Capixaba, a leste com o município de Senador Guiomard e a oeste com o município de Sena Madureira.

Na unidade existem duas equipes de saúde da família. Minha equipe está formada por médico da estratégia de saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma de limpeza, um coordenador administrativo que é um ACS, que cumpre as duas funções. Está faltando ACS, dentista, técnica de saúde bucal o que impacta negativamente porque ficam usuários sem acompanhamento adequado. A outra equipe está formada por médico da estratégia de saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, nove ACS, cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal. Este equipe está incompleta também, faltando ACS.

Fazemos reuniões de equipe todas as semanas e programamos atividades com os grupos de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, de mães, com encontros quinzenais.

Minha Unidade tem uma boa situação estrutural. Esta foi construída em 26 de outubro 2012. É composta por recepção e sala de espera com cadeiras

suficientes para os usuários, três salas para consultas médicas, dois consultórios para enfermagem, um consultório de odontologia com duas cadeiras para atenção aos usuários, uma sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de reunião, administração que tem computador, mas não tem conexão para internet, expurgo, esterilização, almoxarifado, cozinha com uma geladeira, departamento para material de limpeza, seis banheiros que são suficientes, sendo um para trabalhadores. A estrutura é suficiente para o trabalho. Tem boa luminosidade e ventilação.

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde, trata-se daquelas características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários. Os usuários de minha área de abrangência tem dificuldade para marcar as consultas com as especialidades porque demoram muito. Para realizar os exames complementares tem que se mover em direção à Unidade de Referência da Atenção Primária Claudia Vitorino, que tem que pegar um ônibus e os resultados demoram 15 dias para chegar. Para exames de imagem devem agendar e esperar ser chamado, estas deficiências atrapalham o desenvolvimento do nosso trabalho.

Dependendo do tipo de abastecimentos necessários para a unidade, os insumos de materiais didáticos e os de procedimentos de saúde são pedidos mensalmente, por tipo e quantidades necessárias para o uso no mês. Estes recursos são suficientes para nosso trabalho. O abastecimento da farmácia é realizado pelo farmacêutico da secretaria municipal de saúde junto com o responsável de entrega de medicamentos da unidade e relacionam os medicamentos necessários para o abastecimento completo da farmácia, incluindo os medicamentos relacionados nos programas do Ministério da Saúde. Com base nos mapas diários das vacinas, que são condensados mensalmente e enviados a rede do município, estabeleceu-se uma quantidade aproximada para o mês, em caso de falta de vacina antes do término do mês, entra-se em contato direto com a coordenação da rede que fornece a vacina em falta. Algumas vezes faltam medicamentos como florax, cefalexina em suspensão e comprimidos, piroxicam cápsulas, mas contamos com outros que podem substituí-los.

Os equipamentos estão quase completos, faltando otoscópio, lanterna clínica, autoclave na área de enfermagem. A manutenção de equipamentos é feita de acordo com a necessidade.

As visitas domiciliares são nas quintas-feiras e agendadas pelas ACS o carro da secretaria municipal de saúde, ou se são pertos pode-se ir caminhando. Os restantes dos dias na semana são dispostos para as consultas médicas, pela manhã e pela tarde, atendem-se nove pessoas aproximadamente em demanda espontânea. Eu gosto de fazer visitas domiciliares porque posso olhar de perto à realidade que tem a comunidade. São realizados testes rápidos de hepatites B e C, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), sífilis e exame para rastreamento do câncer do colo do útero e mama.

Temos uma carga horária de 40 horas semanais. O horário de funcionamento da unidade é das 7 às 12 horas e pela tarde das 14 às 17 horas. Na unidade de saúde há duas equipes de saúde, estamos bem conectados, quando se tem uma dúvida ou caso interessante, discutimos isso junto. As consultas são agendadas todos os dias e o trabalho é organizado.

Um dos problemas que temos é que as crianças só vêm na consulta quando ficam doentes, por isso um dos objetivos que temos é organizar as consultas de puericulturas. As principais doenças são hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, parasitoses intestinal, doenças respiratórias agudas, escabioses, pediculoses, as doenças de pele, entre outras.

Trabalhamos com interesse em todos os programas e sempre trabalhando em equipe, com as doenças crônicas, as gestantes e crianças, mas precisamos de ações sistemáticas e assim podemos trazer muitas coisas boas para nossa população, especialmente para prevenir as doenças. A população está muito feliz com as consultas. Em sua grande maioria está satisfeita com os serviços oferecidos pela unidade de saúde, mas temos algumas demandas reprimidas com a avaliação odontológica porque agora não temos dentista, só há na outra equipe que realiza consulta aos usuários da área 1.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O sistema de saúde de Rio Branco tem que atender a 357.343 pessoas, e para isso conta com 59 equipes de saúde da família, com disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, centro de especialidades odontológicas. Na atenção especializada temos laboratório de próteses, dois centros de avaliação e diagnóstico, de imagem e laboratório, centro especializado de assistência

farmacêutica municipal, consultório na rua e unidade de acolhimento. Temos a disponibilidade de duas unidade de pronto atendimento, hospital de urgência e emergência, hospital das clínicas que tem várias especialidades juntas para atendimento de usuários (otorrinolaringologista, cardiologista, neurologista, traumatologista, ginecologista, oncologia, oftalmologista, consultas para cirurgias eletivas, angiologia). Contamos com um hospital do idoso, centro de alta complexidade em oncologia, Hospital de crianças Yolanda Lima, Hospital de maternidade Santa Juliana, Hospital de Saúde Mental do Acre.

A unidade de saúde é urbana, com modelo de atenção da estratégia da saúde da família, com atenção a toda nossa área de abrangência e usuários de fora de área também, com acompanhamento agendado, demanda espontânea e visitas domiciliares. Temos vínculo com as instituições de ensino porque sempre estamos tendo atualizações e aprimoramento do processo de trabalho, sendo ofertados com alguma frequência cursos de capacitação em áreas diversas da saúde e especializações. Instituições como a escola técnica: Maria Moreira, algumas universidades federais, e institutos como Instituto Nacional de Câncer, com ofertas de estudos à distância. Todos estes cursos são de temas voltados para melhoria de atendimentos, ideias, planejamento, organizações, criações para um melhor trabalho para nossa unidade e assim ficamos atualizados em diferentes temas em cada especialidade.

O processo de territorialização e mapeamento da área é anual, onde os ACS realizam importante trabalho no cadastramento de todas as pessoas. Além disso, estes identificam os grupos e famílias expostas a riscos para doenças, doenças crônica, ou transmissíveis e conhecem quantas escolas, igrejas, comércios locais temos. Neste processo de territorialização participam médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS.

A equipe realiza cuidado em saúde nas escolas, fazendo vacinação, consultas e visitas nas casas de pessoas idosas e conforme demanda espontânea para cuidado domiciliar. Na unidade de saúde realizamos consultas com clínico geral, curativos, orientações sobre doenças, medimos a pressão arterial, consultas de enfermagem, entregamos medicamentos, administramos medicação oral, realizamos vacinação, o dentista da outra equipe atende aos nossos usuários. Não estamos acostumados a buscar usuários faltosos à consulta.

Encaminhamos os usuários sempre respeitando fluxos de referência, utilizando os protocolos do sistema de saúde e realizamos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis.

Já temos grupos de pré-natal, hipertensos, diabéticos, idosos, aleitamento materno. Temos que continuar trabalhando juntos para melhorar o funcionamento dos grupos e criar outros. Participam nestas atividades toda a equipe. Estamos promovendo a participação da comunidade em nossas atividades, por exemplo, fizemos uma palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis, promovemos o uso de preservativos, realizamos pesquisas para HIV, sífilis e hepatites B e C, contando com todos os trabalhadores da unidade. Os profissionais da unidade participam de atividades de qualificação profissional, o que impacta positivamente no serviço porque ficamos mais preparados e melhora a relação e unidade da equipe.

Todas as semanas, realizamos reunião de equipe em que todos participamos, organizamos nosso trabalho, planejamos as ações, analisamos problemas e possíveis soluções e realizamos atividades de atualização.

Orientamos a comunidade para as mudanças em estilos de vida. Realizamos atenção domiciliar destinada aos usuários que têm problemas de saúde e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e idosos.

Na recepção da unidade é realizado acolhimento dos usuários todos os dias. O acolhimento é realizado pela equipe de acolhimento do dia, ou seja, todos os que estão trabalhando naquele dia e turno.

Refletindo sobre os denominadores estimados no Caderno de Ações Programáticas posso dizer que a unidade tem 3.345 pessoas. Esses dados não são confiáveis, porque quando foi feito o cadastro, a equipe estava incompleta, devido à falta de ACS, por isso não se cadastrou toda nossa área. Isso impacta negativamente porque não sabemos realmente a quantidade de pessoas que temos.

Realizamos consulta de pré-natal e puerpério, controle do câncer de colo uterino e do câncer de mama, atenção ao hipertenso, diabéticos e saúde bucal. Sempre chegam usuários para demanda espontânea e tentamos orientar corretamente de acordo com a necessidade de cada pessoa para evitar esperas desnecessárias, priorizando as crianças, idosos e gestantes. Todos os usuários são escutados e orientados.

Um ACS leva o controle de consultas agendadas para procurar os prontuários nos arquivos; após a técnica de enfermagem realiza pré-consulta com os usuários desse dia em outra sala medindo pressão, temperatura, estatura (só temos dois aparelhos para pesar as pessoas, um fica na sala de enfermeira e outro fica na sala de espera), glicemia capilar. Se este precisa de atendimento de rotina este é orientado onde deve ficar (por exemplo, as mães com crianças para vacinar ficam bem organizadas em frente da sala de vacina, os usuários que vão pegar remédios ficam em ordem em frente na farmácia, os que vão se consultar com o dentista e enfermagem na frente das salas respectivas, assim os que vão realizar os curativos e procedimentos na sala de procedimentos). Se uma pessoa tem um problema agudo é avaliado pela técnica de enfermagem e, se necessário com o médico após.

As consultas sempre são com o prontuário de cada usuário porque precisamos dar continuidade ao cuidado a cada pessoa. Na unidade não é realizada coleta de exame de laboratório. Vão à consulta usuários fora de área e atendemos igual, isso impacta negativamente no serviço porque deixamos de agendar usuários de nossa área de abrangência, porém não podemos negar consulta porque estão precisando também um atendimento médico ou de enfermagem. É difícil mudar isso porque no SUS temos que dar acesso a todos os usuários de forma organizada que precisam da consulta.

Os usuários falam que ficam muito agradecidos porque nós escutamos seus problemas com atenção e ficam felizes porque melhoram a sua saúde. Para todos nós é importante ouvir os usuários, fazer uma boa anamnese. Essa é uma atitude de respeito e a partir dela pode-se dar um bom diagnóstico, tratamento e orientações.

No Quadro 1 apresenta-se a distribuição etária da população da área de abrangência da USF.

Quadro 1. Comparação entre a distribuição da população por sexo e faixa etária e estimada com base na distribuição brasileira e no cadastro atual da Unidade Recanto dos Buritis 1.

Denominadores	Estimativa da distribuição brasileira	Cadastro atual da unidade brasileira
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1097	1199

Mulheres entre 25-64 anos	704	600
Mulheres entre 50-69 anos	167	156
Gestantes na área	50	32
Menores de um ano	67	26
Menores de 5 anos	134	255
Pessoas de 5-14 anos	775	866
Pessoas de 15-59 anos	2004	2029
Pessoas de 60 anos ou mais	214	195
Pessoas de 20-59 anos	1653	1638
Pessoas de 20 anos ou mais	1867	1833

Fonte: Caderno de ações programáticas, 2015.

A estimativa de algumas faixas etárias se pode considerar que estão de acordo com a distribuição da população da área 1 de abrangência, por exemplo, mulheres em idade fértil, mulheres entre 25-64 anos, mulheres entre 50-69 anos e distribuição por faixa etária. Porém esses dados não estão de acordo em relação às gestantes e menores de um ano. Esses dados estão abaixo do valor da distribuição brasileira, eu considero que isso se deve ao fato de que o cadastro não foi bem feito. O número de profissionais na equipe está incompleto, faltando ACS, técnico de enfermagem e dentista. A estrutura da unidade está adequada para o tamanho da população, é grande, espaçosa, com muitas cadeiras.

Alguns usuários são atendidos em demanda espontânea, porém muito poucos. Sempre consultamos os agendamentos e usuários com problemas agudos e depois a demanda espontânea. Se há muitas pessoas que não precisam de atendimento urgente, agendamos então a consulta para o outro dia.

Realizamos palestras para promover o aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, cuidado da saúde bucal, prevenção de anemia e violências, em que participam todos os integrantes da equipe.

Não realizamos teste do pezinho, mas as puérperas conhecem onde podem ir para fazer este teste tão importante para a saúde da criança. Sendo preciso

utilizamos protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema da saúde.

Os atendimentos das crianças são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento individual, odontológico, nutricional, de vacina. Não temos arquivos específicos para o registro dos atendimentos, pois os prontuários ficam juntos com os demais. Quando estes retornam a consulta sempre registramos no prontuário, caderneta da crianças, sempre preenchemos todas as informações, damos orientações às mães sobre alimentação saudável, o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, data certa da próxima vacina, como acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Assim fortalecemos o vínculo entre a mãe e filho, e mãe e unidade de saúde.

Na unidade cumpre-se com o programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, em que são responsáveis pelo cadastramento e envio dos cadastros a enfermeira, o médico e os ACS. Cumprimos com os programas do Ministério da Saúde implantados, pensando em todas as coisas boas que podemos fazer para nossas crianças. Para um melhor trabalho temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, realizam reuniões semanais objetivando a avaliação e monitoramento.

Relacionado ao caderno de ações programáticas, temos cadastrados 26 crianças menores de 1 ano para um indicador de cobertura de 39%, resultado muito baixo e isto se deve ao mau cadastramento da área, devido à falta de ACS. 20 (77%) de crianças com consultas em dia, cinco (19%) com atraso de mais de sete dias, 25 (96%) com teste do pezinho em até sete dias, 21 (81%) crianças com primeira consulta de puericultura nos sete dias de vida, 24 (92%) com triagem auditiva, 26 (100%) com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, 18 (69%) crianças com vacinas em dia, 22 (85%) com avaliação de saúde bucal, 26 (100%) com orientação para o aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Cabe ressaltar que preenchemos todos os dados com ajuda de toda equipe. Realizando análises dos dados, podemos observar que temos que continuar insistindo para que as mães tragam seus filhos à consulta de puericultura, conheçam a importância de realizar o teste do pezinho até 7 dias, realizem a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e continuem com o

acompanhamento. Algumas mães são irresponsáveis porque não colocam a vacina na data certa, um indicador tão importante na vida de toda criança. Tentamos melhorar isso através das mobilizações dos ACS nas microáreas para conscientizar as mães da importância das vacinas, criando dias de grande mobilização dentro da equipe para uma vacinação em massa de crianças.

Na unidade de saúde é realizada consulta de pré-natal, dois turnos na semana. Quase sempre a enfermeira que faz a consulta de pré-natal. Fazemos palestras a cada 15 dias, tratamos questões de interesse para gestantes, sobre atenção pré-natal, o parto, alimentação, puerpério, promover o aleitamento materno exclusivo, cuidados da criança e outras questões de interesse nesse período. Para acompanhamento adequado das gestantes existe uma boa comunicação entre a enfermeira e o médico. Discutimos casos clínicos, avaliamos casos em conjunto, sempre aumentamos nossos conhecimentos revisando livros, protocolos e até mesmo experiências. Para o diagnóstico precoce da gravidez todas as mulheres que vem à consulta com atraso menstrual são orientadas a fazer o exame de confirmação da gravidez. Nem todas as captações são precoces, pois as mulheres não entendem ainda a importância de iniciar o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação. Realizamos consulta puerperal e do recém-nascido.

Utilizamos protocolo de atendimento de pré-natal de baixo risco do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde. As gestantes de alto risco são encaminhadas para consulta com obstetra. Ter que encaminhar as usuárias de alto risco impacta negativamente em nosso serviço porque depois temos que nos informar pelos ACS sobre a gestante, mas sabemos que assim a gestante está mais bem acompanhada com os obstetras na maternidade. A maternidade fica um pouco longe porque tem que pegar ônibus para chegar lá.

Refletindo sobre os denominadores estimados no caderno de ações programáticas na atenção ao pré-natal e puerpério tem-se: 32 gestantes cadastradas e 64% de cobertura do pré-natal.

Temos que melhorar o seguimento da atenção ao pré-natal e puerpério na unidade, sobre tudo com a atenção as puérperas porque elas vão a primeira consulta e depois demoram em ir novamente. Nós aproveitamos, quando elas vão consultar as crianças para já atendê-las. A enfermeira realiza consulta às gestantes

fora de área também, porque não tem enfermeira em outras equipes. Mas sempre priorizamos aquelas de nossa área.

Todos os profissionais da equipe estão envolvidos no atendimento às gestantes, continuaremos a fazer visitas às gestantes faltosas, orientação sobre importância de realizar os exames no tempo adequado e do acompanhamento do parceiro(a) às consultas.

Na unidade são feitas ações destinadas à saúde das mulheres, por exemplo, a cada mês realizamos palestras sobre a importância do uso do preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, malefícios do tabagismo, como realizar o autoexame de mama. Aproveitamos as consultas também para dar reforço para esses tópicos tão importantes para a saúde das mulheres.

Realizamos ações de educação das mulheres para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, a fim de que estas possam realizá-lo em tempo para a detecção precoce do câncer. As atividades educativas acontecem no âmbito da unidade, duas vezes ao mês, onde todos os profissionais participam. Mensalmente planejamos e coordenamos este programa de prevenção do câncer de colo uterino, bem como a sua avaliação.

Na unidade da saúde realizamos a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico dois turnos por semana, pela manhã e pela tarde. Vão poucas mulheres fora de área para realizar este exame. A enfermeira é quem realiza este exame citopatológico, de forma organizada, e aproveitamos para conversar com essas mulheres sobre a necessidade de realizar com a periodicidade preconizada.

Os atendimentos dessas mulheres são registrados em livro de registro, prontuário clínico, formulário especial para citopatológico. Temos um arquivo em ordem pela primeira letra do nome para o registro dos resultados dos exames citopatológico coletados. Este é revisado periodicamente para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, verificar qualidade dos registros e avaliar o programa. Todos os membros da equipe estão envolvidos na revisão do arquivo.

De acordo com o caderno de ações programáticas na unidade temos 704 mulheres entre 25 e 64 anos, delas 600 são acompanhadas na unidade para

prevenção de câncer de colo de útero, indicando cobertura de 85%, lembrando que ficam fora do programa mulheres com histerectomia por causas benignas.

Além disso, 545 (91%) das mulheres estão com citopatológico para câncer uterino em dia, 20 (3%) com mais de seis meses de atraso nesse exame, três (1%) com esse exame alterado, 600 (100%) com avaliação de risco e receberam orientação sobre a prevenção para esse câncer e Doenças Sexualmente Transmissíveis,

Temos de continuar a sensibilizar a população feminina sobre o câncer cervical e de mama e que se diagnosticado precocemente é curável. A prevenção é a melhor maneira para as mulheres cuidarem e protegerem suas vidas. Realizando o autoexame da mama mensalmente e antes de qualquer alteração ir para consulta. Para tanto, temos 104 (62%) mulheres com mamografia em dia, 52 (31%) com mais de três meses de atraso nesse exame, 167 (100%) com avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção.

Nossa área tem um total de 167 mulheres entre 50 a 69 anos. Sempre que realizamos consultas, indicamos mamografia. As que têm mamografia atrasada é por que é longe para realizar mamografia e também porque elas têm que esperar a data que corresponde ao exame e às vezes demora. Promovemos palestras que são realizadas duas vezes por mês com este grupo.

Na maior parte, casos de hipertensão durante a gravidez acontecem de hipertensão arterial primária prévia. Temos poucas gestantes com hipertensão crônica que são acompanhadas por obstetras e por nós também. Na unidade de saúde temos 588 hipertensos e 168 diabéticos. Através das palestras e atividades orientamos sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física diária para prevenir a obesidade, orientações sobre os riscos do consumo excessivo de álcool do tabagismo. Para prevenir doenças como hipertensão e diabetes, toda a população precisa ser alertada e assim evitar incidência dessas doenças crônicas.

Os atendimentos aos usuários com hipertensão e diabetes são diários e o acompanhamento é feito a cada três meses. Frequentemente pessoas com hipertensão arterial não apresentam sintomas por isso é importante medir a pressão dos usuários. Na unidade não é negada consulta ao usuário com elevada pressão arterial, mesmo que seja de fora da área da USF. No atendimento de usuários participam a enfermeira, o médico clínico geral, a técnica de enfermagem e os ACS.

Os atendimentos são registrados no prontuário, formulário especial, ficha de atendimento nutricional, ficha-espelho de vacina, quando for o caso. Temos um arquivo de hipertensão e diabetes, que é revisado semanalmente pela equipe.

Na nossa unidade os diabéticos, em cada consulta, têm examinados os pés, pulsos tibial posterior e pedioso, pés sensíveis, e são dadas orientações. São vistos em cada consulta os fatores de risco para o critério clínico e são indicados exames complementares. Fazemos orientação sobre a prática de atividade física, alimentação saudável e saúde bucal. Realizamos visitas domiciliares às pessoas acamadas, ou com complicações dessas doenças porque a diabetes em longo prazo incluem: danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. A atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes está bem estruturada, os usuários a cada três meses vão à consulta para serem avaliados e renovar suas receitas. Com as palestras à comunidade, a equipe acaba a melhorando a atenção, tirando dúvidas e amenizando preocupações da população.

No último cadastro que ocorreu, faltavam ACS, portanto deve haver mais usuários hipertensos e diabetes com 20 anos ou mais. Os indicadores de qualidade da atenção às pessoas com estas doenças são satisfatórios, pois apenas 1% tem atraso em consulta.

A organização do atendimento à demanda das ações da saúde do idoso é todos os dias, pela manhã e pela tarde. São atendidos 10% de pessoas fora da área. Isso impacta negativamente no serviço porque perdemos a oportunidade de atender usuários de nossa área.

A consulta do idoso é sempre com seu prontuário, pois precisamos de todo seu histórico para um melhor acompanhamento. Há atendimento de problemas de saúde agudos, no mesmo dia, e se é necessário realizamos encaminhamento do idoso para especialista.

Realizamos ações para melhorar a saúde dos nossos idosos, por exemplo, imunizamos em casa, se necessário, e preenchemos a data da vacina na ficha-espelho de vacina, sobre tudo em pessoas acamadas. Orientamos sobre ter uma alimentação adequada e balanceada, praticar exercícios físicos regularmente para evitar a obesidade, diminuir a automedicação, ter uma convivência social estimulante e atividades prazerosas que atenuem o estresse, reduzir os danos

decorrentes do consumo de álcool e tabaco. Essas ações promovem modos de vida favoráveis à saúde e à qualidade de vida, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. Nesta idade também promovemos a saúde bucal e mental. Nós temos 214 idosos, deles 120 são hipertensos, 60 diabéticos.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, escrevemos o exame físico, diagnóstico e tratamento que tem o idoso. Às vezes eles não lembram o nome de seus remédios e por isso que é importante preencher todos os dados de cada idoso. Utilizamos também o formulário especial, ficha de atendimento odontológico. Entretanto, não temos arquivo específico para os prontuários de idosos, embora sejam revistos periodicamente. Os idosos tem caderneta de saúde que usamos em consultas e preenchemos toda a informação de cada idoso. Realizamos atividades com idosos no âmbito da unidade, duas vezes ao mês. Toda a equipe participa das atividades. As visitas domiciliares são agendadas pelos ACS, de acordo com o levantamento e a necessidade de cada idoso.

Devemos ter em mente que a prevenção é a maneira mais econômica, menos dolorida e menos preocupante de cuidar da saúde bucal e que ao se fazer prevenção estamos evitando o tratamento de problemas que se tornariam graves. Manter uma boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas. Os cuidados diários preventivos, tais como uma boa escovação e o uso correto do fio dental, ajudam a evitar problemas dentários. Na minha equipe são realizados os cuidados de saúde bucal, o dentista da outra equipe tem consulta pela manhã e tarde, 10 fichas para tratamento dentário completo e duas para emergência. O agendamento dos usuários a ser tratados na unidade é feito pelos ACS, quando o usuário finaliza o tratamento é avisado para o ACS para enviar mais um usuário da área de abrangência.

Outro programa realizado pela equipe é a prevenção na escola na área de abrangência, com palestras educativas e higiene oral, aplicação tópica de flúor a cada três meses em todas as crianças de ensino infantil e fundamental, escovação supervisionada realizada no escovódromo da escola semanalmente, levantamento epidemiológico de todos os alunos que necessitam de tratamentos curativos, que são encaminhados até a unidade de saúde para realização de tratamento. Para o tratamento desses alunos são reservados dois turnos da semana para atendimento exclusivo dos mesmos.

Orientamos no grupo de mães que a primeira visita ao dentista deve ser feita cedo. O ideal é que a mãe faça uma consulta para receber as orientações necessárias para manter a correta saúde bucal do seu filho. Independentemente da consulta da gestação ter sido realizada, a primeira consulta do bebê deve ser por volta dos seis meses, coincidindo com o nascimento do primeiro dente decíduo. Além das indiscutíveis propriedades físicas, nutricionais e psicológicas do leite materno, a amamentação é importante para a saúde bucal do bebê. Mamando no peito, o bebê respira pelo nariz e é obrigado a morder, avançar e retrair a mandíbula. Isso propicia o correto desenvolvimento muscular e esquelético da face, possibilitando a obtenção de uma boa oclusão dentária.

Os cuidados com a higiene bucal devem começar a partir do nascimento do bebê. No recém-nascido, a limpeza deve ser feita com uma gaze ou fralda umedecida em água limpa para remover os resíduos de leite. Com o nascimento dos primeiros dentes (por volta dos seis meses), a fralda deve ser substituída por uma dedeira. Evitar a cárie de mamadeira que é uma cárie de desenvolvimento rápido, que provoca dor e dificuldade de alimentação, determinando perda de peso e de estatura. É provocada pela ingestão de líquidos açucarados na mamadeira, principalmente durante a noite, sem que seja feita a higiene bucal posterior.

As futuras mães podem e devem cuidar dos seus dentes, independente do período de gestação. O dentista irá decidir quais procedimentos podem ser realizados e em qual período. As gestantes com necessidade de tratamento procuram o dentista logo no começo da gestação, para que o dentista decida o momento e o procedimento mais oportuno. Normalmente, esse momento é no segundo trimestre da gestação, período de maior estabilidade da mãe e do bebê. O nível de saúde bucal da mãe tem relação com a saúde bucal da criança. Portanto, hábitos saudáveis de higiene bucal e uma boa alimentação devem ser adotados desde a gravidez. Para ter uma alimentação equilibrada, a gestante deve evitar a adição de açúcar, já que o açúcar natural dos alimentos é suficiente para a saúde da gestante e o do bebê.

Os idosos são um grupo em nossa área que são examinados e tratados no nosso centro. Damos orientações importantes para melhorar a saúde oral em palestras. Contamos com um laboratório de prótese dentária para quem precise. Os idosos são referenciados de acordo com a necessidade de cada um. A perda de

dentês ainda é vista pela sociedade brasileira como uma consequência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de ações preventivas e de promoção da saúde.

O dentista é organizado, quando um usuário começa o tratamento, é seguido até a alta. Quando temos a necessidade de um tratamento especializado como endodontia, periodontia, cirurgia oral menor em usuários especiais são encaminhados para o centro odontológico. Caso seja necessário o retorno do usuário, após o tratamento especializado é feita a contrarreferência, retornando para continuar o tratamento dentário. Muitos usuários pensam que a boca não é uma parte importante do nosso corpo. Em consulta médica também realizamos exame da boca, e assim relacionamos as duas especialidades, para o bem-estar dos nossos usuários. Uma boa higiene bucal é uma das medidas mais importantes que se pode adotar para manter os dentes e gengiva saudáveis, que contribuem não só para uma boa aparência, mas são também importantes para poder falar bem e mastigar corretamente os alimentos.

Os desafios da equipe estão em melhorar a organização de ações programáticas como atenção à saúde da criança, ao pré-natal e puerpério, com captação precoce no primeiro trimestre de gestação. Também temos que separar em registros específicos o atendimento aos idosos para facilitar a avaliação das ações. Além disso, é preciso melhorar a saúde da população adstrita, realizando a prevenção de todas as doenças.

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

Fazendo uma comparação entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, o último trouxe uma visão ampliada do trabalho da equipe e da estrutura da unidade, pois no texto inicial teve-se um entendimento geral da unidade de saúde para conhecer as características e seu funcionamento, bem como constituição da equipe de saúde.

Com a aplicação de questionários para conhecer melhor a realidade de atuação da equipe, já melhoramos a realização da puericultura, porque aumentamos para cinco consultas por dia. A equipe participou ativamente na realização dos questionários, incidindo na realização de mais palestras e atividades com grupos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano caiu muito nas últimas décadas no Brasil, graças às ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e outros (BRASIL, 2012). No contexto atual, reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil implantou a Rede Cegonha, que traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos (BRASIL, 2012). De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os recém-nascidos nas maternidades, sem um processo adequado de seu encaminhamento para a continuidade dos cuidados. Este processo inicia-se na maternidade e continua na atenção primária de saúde, em que se espera garantir uma visita domiciliar do ACS ao binômio; mãe e recém-nascido. Isso se dá no contexto da família, para orientação de todos sobre os cuidados de ambos, estimulando a presença do pai sempre que possível; apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. (BRASIL, 2012). Além disso, mãe e feto recebem influências do ambiente que os rodeia. O bem-estar emocional da mãe também influencia, de forma significativa, no bem-estar do bebê. Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, o carinho, os estímulos e a alimentação passam a fazer parte do seu desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Visto isso, o foco da intervenção escolhido para a USF Recanto dos Buritis 1 foi a saúde da criança. A unidade tem uma boa estrutura, tem sala de reuniões,

banheiros para usuários, recepção, consultórios para médicos, consultórios para enfermagem, esterilização, almoxarifado, expurgo, sala de farmácia e armazenamento de medicamentos, sala de vacinas, sala de procedimentos, sala de nebulização, consultório odontológico, cozinha, sanitário para funcionários e depósito para material de limpeza. Todas as salas têm janelas que permitem a circulação de ar e iluminação natural; as paredes internas são todas laváveis, bem construídas; com pisos de superfície lisa, regular, firme e sempre estão limpos. Na unidade existem duas equipes de saúde da família. A equipe da qual faço parte está formada por médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, sete ACS e uma auxiliar de limpeza. A equipe está incompleta faltando técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e ACS.

A área de abrangência da USF pelo Sistema de Informação da Atenção Básica tem 3.345 pessoas no último cadastro realizado no ano de 2013. Esse cadastro abrange as crianças de zero a 72 meses, mas está sendo organizado um novo registro com dados mais detalhados dessas crianças. Não há uma certeza da quantidade real das crianças de zero a 72 meses, porque já se tem novos nascimentos neste ano e ainda temos microáreas sem ACS. De acordo com o último cadastro temos 255 crianças de zero a 72 meses (7,6%). Somente foram à consulta de puericultura neste ano 50 crianças, que representa 19% do total. Para melhorar esse indicador, iniciamos a priorização das crianças até 72 meses para receber consultas de puericultura. Temos que organizar melhor o acompanhamento das crianças já que este grupo quase sempre vai a consulta, somente quando ficam doentes. Aproveitamos essas consultas para realizar o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança. Em cada consulta estimulamos o fortalecimento dos vínculos entre pais e profissionais de saúde, como aspecto fundamental na proteção da saúde da criança. Realizamos ações para melhorar a saúde da criança aos sábados ou outros dias específicos, com uma periodicidade regular, em que ofertamos consulta, com acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, vacinação, atenção odontológica, visitas às escolas e realização de palestras.

Toda a equipe está envolvida na ação programática da saúde da criança. Já estamos implementando os primeiros passos para realizar uma boa intervenção. As principais dificuldades estão no cadastramento e seguimento das crianças das áreas que não tem ACS. Com a realização da intervenção, viabilizaremos um

acompanhamento mais completo às crianças. A ação programática da criança é fundamental na unidade, já que na medida em que se trabalha com este grupo e se promove saúde, podem-se evitar doenças, como por exemplo: obesidade e desnutrição. Há a necessidade de incentivar as mães a trazerem seus filhos para a consulta de puericultura, a realizarem o teste do pezinho em até sete dias, realizarem a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e continuarem com o acompanhamento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses de idade da USF Recanto dos Buritis 1, Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança:

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

Relativos ao Objetivo 6. Promover a saúde das crianças:

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Recanto dos Buritis 1, no município de Rio Branco, estado do Acre. Participarão da intervenção 255 crianças de zero a 72 meses de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde Recanto dos Buritis 1.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: Os ACS confeccionarão um registro das crianças de 0-72 meses de idade com os dados gerais, data de consulta feita e data da próxima consulta, o qual será revisado pela equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

Detalhamento: Os ACS de saúde realizarão visitas domiciliares diárias para cadastrar as crianças compreendidas entre 0 e 72 meses de idade em cada micro área na procura de crianças novas na área de abrangência.

Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: O médico e enfermeira priorizarão diariamente atendimento das crianças para lograr acompanhamento na unidade de todas as crianças da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: O médico, enfermagem e ACS, orientarão a comunidade na recepção da unidade de saúde, e em visitas domiciliares realizadas todos os dias, e em palestras mensal sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita na sala de reunião para toda a equipe sobre acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos

protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Vai realizar esta ação a médica, nas três primeiras semanas do projeto. Utilizaremos nosso protocolo da criança já impresso.

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

Detalhamento: A capacitação pela enfermagem e médica, vai ser realizada na sala de reunião nas primeiras semanas da intervenção para toda a equipe, sobre a saúde da criança, e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Mensalmente o médico, enfermagem e ACS na sala de reunião da unidade monitorarão o percentual de crianças que ingressam no programa de puericultura, considerando o registro feito das crianças nas consultas diárias.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: Revisar semanalmente o registro de gestantes da unidade procurando aquelas com data provável de parto na semana, para através de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, e agendar primeira consulta de puericultura.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Aproveitando as palestras realizadas por médico, enfermagem e ACS mensalmente, orientaremos às mães sobre facilidades que são oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita na sala de reunião para toda a equipe sobre acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Vai realizar esta ação a médica, nas três primeiras semanas do projeto. Utilizaremos nosso protocolo da criança já impresso.

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

Detalhamento: A capacitação feita pela médica e enfermagem na unidade de saúde nas primeiras três semanas da intervenção, servirão para conhecer a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Todas as semanas na unidade a enfermagem, ACS e médico realizarão avaliação do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, o pessoal do administrativo vai garantir fita métrica, antropômetro e balança em bom estado, mas já temos garantido esses materiais.

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

Detalhamento: Já contamos com protocolo de criança impresso para que seja consultado, se necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: A médica e enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura explicarão aos pais e/ou responsáveis as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

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

Detalhamento: A médica e enfermagem todos os dias nas consultas informarão aos pais da importância e como ler a curva de peso para acompanhar o crescimento da criança; sendo assim poderá ser identificado precocemente algum tipo de alteração.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Detalhamento: No primeiro mês a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinarão toda a equipe para que realizem adequadamente as medidas antropométricas.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Detalhamento: Na primeira semana, a enfermeira definirá para os ACS, a responsabilidade nas medidas de suas crianças para que possibilite o acompanhamento.

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

Detalhamento: Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente o preenchimento de todos os dados do cartão da criança e possibilitem interpretar as curvas de crescimento da criança, enquanto uma tarefa da enfermeira, médico, técnica de enfermagem, que as realizarão no primeiro mês.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Conferir mensalmente a curva de peso daquelas crianças com déficit de peso inferior à normalidade, já avaliada em cada consulta de puericultura, é uma tarefa semanal da médica e enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: Na primeira semana, os ACS, médico, enfermeira, técnica de enfermagem criaremos umas fichas vermelhas que identificará as crianças com déficit de peso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: A médica e enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura explicarão aos pais e/ou responsáveis as condutas esperadas, para que ajudem aumentar o peso do menino(a), a cada mês de acordo com a idade.

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

Detalhamento: A médica e enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura, e em palestras com grupo, explicará aos pais e/ou responsáveis sobre como acompanhar o peso, pela curva de crescimento para que identifiquem sinais de anormalidade na criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: No primeiro mês a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinarão toda a equipe para que realizem adequadamente as medidas antropométricas.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Na primeira semana, a enfermeira definirá aos ACS a responsabilidade nas medidas de suas crianças para que possibilite o acompanhamento.

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

Detalhamento: Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente o preenchimento de todos os dados do cartão da criança e possibilitem interpretar as curvas de crescimento da criança, enquanto uma tarefa da enfermeira, médico, técnica de enfermagem, que realizarão no primeiro mês.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Conferir mensalmente a curva de peso daquelas crianças com excesso de peso superior à normalidade, já avaliada em cada consulta de puericultura, sendo uma tarefa semanal da médica e enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: Na primeira semana os ACS, médico, enfermagem, técnica de enfermagem criaremos umas fichas amarelas que identificará as crianças com excesso de peso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira, todos os dias nas consultas de puericultura, explicarão aos pais e/ou responsáveis as condutas esperadas, para que ajudem a controlar o peso, a cada mês de acordo com a idade.

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

Detalhamento: A médica e enfermeira, todos os dias nas consultas de puericultura, e em palestras com grupo, explicarão aos pais e/ou responsáveis sobre como

acompanhar o peso, pela curva de crescimento para que identifiquem sinais de anormalidade na criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: No primeiro mês, a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinarão toda a equipe para que realizem adequadamente as medidas antropométricas.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Na primeira semana a enfermeira definirá aos ACS a responsabilidade nas medidas de suas crianças para que possibilite o acompanhamento.

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

Detalhamento: Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente o preenchimento de todos os dados do cartão da criança e possibilitem interpretar as curvas de crescimento da criança, enquanto uma tarefa da enfermeira, médico, técnica de enfermagem, que realizarão no primeiro mês.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.

Detalhamento: Conferir mensalmente o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, já avaliadas em cada consulta de puericultura; como uma tarefa semanal da médica e enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: A administrativa todas as semanas vai garantir encaminhamentos para crianças com atraso no desenvolvimento para um melhor acompanhamento com pediatra.

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

Detalhamento: Na primeira semana os ACS, médico, enfermeiras, técnica de enfermagem criarão fichas azuis que identificarão as crianças com atraso de desenvolvimento que serão preenchidas nas fichas-espelho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: A médica e enfermeira, todos os dias nas consultas de puericultura e em palestras mensal com o grupo, explicarão aos pais e/ou responsáveis as condutas esperadas, para que ajudem a controlar a qualidade da atenção em saúde.

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira, todos os dias nas consultas de puericultura e palestras com grupo, explicarão aos pais e/ou responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver em cada mês.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Detalhamento: A capacitação será feita pela médica e a enfermeira na unidade de saúde nas primeiras três semanas da intervenção, servirão para avaliar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: A capacitação será feita pela médica e enfermeira na unidade de saúde nas primeiras três semanas da intervenção, servirão para alcançar um adequado preenchimento da ficha de desenvolvimento.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento: A cada semana o médico, enfermeira e técnica de enfermagem resumirão percentualmente as crianças com vacinas atrasadas, através de revisão de prontuários e fichas-espelho.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura realizada pela médica e enfermeira, será realizada uma revisão da ficha-espelho de vacinas para conhecer percentual das crianças com vacinação incompleta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: A administrativa garantirá com o gestor mensalmente as quantidades das vacinas e materiais necessárias para aplicar nas crianças.

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

Detalhamento: Todos os dias a técnica de enfermagem vacinará as crianças, e aproveitaremos as consultas para revisar o espelho de vacina e vacinar no mesmo dia.

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão o controle diário da cadeia de frio, antes de começar a vacinar.

Ação: Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão ao final do dia controle de estoque para evitar a falta de vacina.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão controle semanal da data de vencimento do estoque.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: O médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS explicarão mensalmente nas palestras, visitas domiciliares e encontros com comunidade sobre calendário vacinal da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Na primeira semana, a enfermeira, médico e técnica de enfermagem capacitarão toda equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: Todas as semanas o médico e a enfermeira revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados para o levantamento do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: O médico, enfermeira, administrativa garantirão as quantidades suficientes de suplementos de ferro, necessárias na farmácia para efetuar dispensação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira explicarão em palestras mensais aos pais a importância do suplemento de ferro para a prevenção de anemias que atingem o crescimento esperado da criança, a realizar-se na unidade com a participação de toda a equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico já foi capacitado, e será capacitado novamente pela secretaria municipal de saúde, estudará e aprofundará os conhecimentos de forma individual para recomendar suplementação de sulfato ferroso.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: O médico e a enfermeira revisarão planilha de coletas de dados para monitorar as crianças que realizaram triagem auditiva diariamente em cada consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, junto ao gestor, continuarão garantindo a realização do teste auditivo na maternidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Detalhamento: A enfermeira, técnica em enfermagem e médica explicarão semanalmente em palestras aos pais e responsáveis a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: A triagem auditiva já está incorporada no protocolo de saúde da criança.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento: Realizar consulta ou visita domiciliar antes dos sete dias de nascimento do bebê, para monitorar na caderneta da criança a data de realização de teste do pezinho; esta será uma tarefa de médico, enfermeira e ACS, de forma semanal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: O médico e enfermeira, junto ao gestor, continuarão garantindo a realização do teste do pezinho até 7 dias de vida em centros de saúde e maternidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Detalhamento: Explicar aos pais e população a importância da realização de teste do pezinho como forma de diagnóstico de outras doenças que podem existir na criança, em palestras mensal, realizada por médico, enfermagem, na qual participará toda a equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico verificará que todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho; na unidade não realizamos o teste e por isso verificaremos a realização do mesmo e o preenchimento e interpretação do resultado do teste em todas as cadernetas das crianças.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Avaliar em consultas realizadas por médico e setor de enfermagem, todos os dias, a necessidade de tratamento odontológico das crianças.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Detalhamento: O cirurgião dentista e a técnica de saúde bucal da outra equipe que trabalham na unidade organizarão junto aos ACS, de forma diária e organizada o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

Detalhamento: O cirurgião dentista e a técnica de saúde bucal da outra equipe que trabalham na unidade oferecerão atendimento prioritário e diário às crianças de 6 a 72 meses de idade

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Os cirurgiões dentistas e a técnica de saúde bucal da outra equipe que trabalha na unidade, junto aos ACS, organizarão semanalmente agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade

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

Detalhamento: O médico, enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, ACS, semanalmente, realizarão uma ação para avaliar a necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Explicar a comunidade importância da realização da avaliação da saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade como tarefa mensal dos profissionais: médico, enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, ACS em palestras realizadas na unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O cirurgião dentista e técnica de saúde bucal, no primeiro mês da intervenção, realizarão a capacitação de toda a equipe para avaliar a necessidade de tratamento odontológico das crianças.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Realizar na primeira consulta odontológica avaliação da saúde bucal para monitorar a saúde bucal das crianças semanalmente; esta será uma tarefa do cirurgião dentista e técnica de saúde bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal e ACS organizarão semanalmente acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Os ACS diariamente em visitas domiciliares realizarão cadastro das crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal da outra equipe que trabalha na unidade, oferecerá atendimento prioritário e diário às crianças de 6 a 72 meses de idade

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: O cirurgião dentista e técnica de saúde bucal da outra equipe que trabalha na unidade, junto a ACS, organizarão semanalmente agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário e facilidades oferecidas a crianças de 6 a 72 meses de idade; esta será uma tarefa do médico, enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, ACS em palestras realizadas mensalmente na unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Detalhamento: O cirurgião dentista e a técnica de saúde bucal, no primeiro mês da intervenção, realizarão a capacitação de toda a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Detalhamento: O cirurgião dentista e a técnica de saúde bucal, no primeiro mês da intervenção, realizarão a capacitação de toda a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: O cirurgião dentista já está capacitado e continuará capacitando-se mensalmente para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados, ficha espelho para monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem e ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados, ficha espelho para buscar a crianças faltosas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem e ACS organizarão visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Ação: Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem e ACS organizarão agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Todos os meses o médico, enfermagem e com participação de ACS organizarão palestras na unidade à comunidade para informar às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico e enfermagem nas quatro primeiras semanas da intervenção realizarão treinamento a ACS, na identificação das crianças em atraso, através da revisão da caderneta da criança em visitas domiciliares e consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Revisar semanalmente os registros de todos os acompanhamentos da crianças, como uma tarefa de médico, enfermagem e ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Preencher Sistema de informação da atenção básica/folha de acompanhamento.

Detalhamento: Diariamente consultas, o médico e a enfermagem preencherão a folha de acompanhamento da criança.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção, médico, enfermagem e ACS implementarão ficha de acompanhamento/espelho e a caderneta da criança.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: todas as semanas o médico e enfermagem pactuaram com a equipe o registro das informações em formato digital na reunião de equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: O médico e enfermagem definiram responsável pelo monitoramento registros, na primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Conscientizar a comunidade sobre a importância de manutenção dos registros de saúde; esta será uma tarefa do médico, enfermagem e ACS em palestras, a ser realizada todos os meses na unidade e na comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico e enfermagem nas quatro primeiras semanas da intervenção realizarão treinamento da equipe no 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:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho para monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

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

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho para monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento: O médico e enfermagem todos os dias nas consultas darão prioridade no atendimento das crianças de alto risco

Ação: Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: O médico e enfermagem preencheram um quadrado verde na ficha de acompanhamento/espelho em cada consulta, para identificar as crianças de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Explicar à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, é uma tarefa de médico, enfermagem e ACS em palestras mensais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para mobilidade e mortalidade.

Detalhamento: Realizar capacitação o pessoal da equipe para que identifiquem adequadamente mobilidade e mortalidade; esta será uma tarefa do médico e enfermagem no primeiro mês da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho para monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: O médico e enfermagem explicarão na primeira semana a toda a equipe a importância de nosso papel na prevenção dos acidentes na infância.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: Todos os meses, médico e enfermagem em palestras na unidade e na comunidade, envolverá a toda a comunidade explicando sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico e enfermagem em reunião de equipe no primeiro mês da intervenção, informarão aos profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem e ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho para monitorar as atividades de educação em saúde sobre colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem e ACS revisarão os prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho para monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

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

Detalhamento: Nas consultas o médico e/ou enfermagem irão perguntar aos pais e/ou responsáveis sobre a amamentação e se esta está sendo feita.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção na reunião da equipe o médico e enfermagem definirá o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: O médico, enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal e ACS em palestras feitas na unidade e na comunidade mensal, orientarão a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: O médico e enfermagem em reunião de equipe no primeiro mês da intervenção, informarão a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os prontuários e ficha de acompanhamento para monitorar o registro das orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: Explicar a toda a equipe nosso papel na orientação nutricional, é uma tarefa da médica e enfermagem em reunião da equipe na primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento: O médico, enfermagem e ACS em palestras mensal feitas na unidade, e em visitas domiciliares na comunidade, orientarão a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Realizar capacitação a toda a equipe para uma orientação nutricional adequada, como uma tarefa do médico, enfermagem na primeira semana da intervenção na reunião da equipe.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: O médico, enfermagem, cirurgião dentista, técnica de saúde bucal e agentes comunitário semanalmente vão monitorar as atividades educativas coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal semanalmente organizarão junto a ACS agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

Ação: Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS mensal na reunião de equipe identificarão e organizarão os conteúdos a ser trabalhados nas atividades educativas.

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS mensal organizarão todo material necessário para essas atividades.

Ação: Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS organizarão em cada atividade mensal lista de presença para monitoramento dos escolares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Divulgar as potencialidades das ações transdisciplinares e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Detalhamento: Divulgação das ações transdisciplinares e interdisciplinares da saúde do escolar, enquanto uma tarefa de cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS, mensal em visitas domiciliares, palestras na unidade e na comunidade.

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

Detalhamento: O médico, enfermagem e ACS mensal promoverão a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, em palestras, visitas domiciliares, conversação na recepção da unidade.

Ação: Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

Detalhamento: O médico, enfermagem e ACS mensal promoverão a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, em palestras, visitas domiciliares, conversação na recepção da unidade.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Detalhamento: O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal mensal em palestras, visitas domiciliares, conversarão na recepção da unidade e esclarecerão a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento: Realizar capacitação das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade, como uma tarefa de médico, enfermagem na primeira semana da intervenção na reunião da equipe na unidade.

Ação: Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: O médico, enfermagem e ACS em palestras mensal capacitarão os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

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

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

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

Indicador 2.3 Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 2.4 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8 Proporção de crianças com triagem auditiva

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de crianças com registro atualizado

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de crianças com avaliação de risco

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar da intervenção com foco na saúde das crianças vamos adotar o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Utilizaremos os cadastros das crianças de zero a 72 meses de idade e a caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde para poder coletar todos os dados. A ficha-espelho que será utilizada é a disponibilizada pelo curso (ANEXO A). Já temos garantido o material adequado para realização das medidas antropométricas. Temos também o protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar, quando necessário. Faremos contato com o gestor municipal para dispor as fichas-espelho necessárias.

Para organizar o registro específico da intervenção, todos os dias utilizarão a planilha de coleta de dados (ANEXO B), disponibilizada pelo curso, em que

colocaremos todos os dados de cada criança, anexado ao prontuário junto à ficha-espelho. A enfermeira revisará o livro de registro identificando as gestantes perto da data do parto, para ajudar-nos a fazer a busca das crianças na primeira semana de vida. Todos os dados registrar-se-ão diariamente de forma manual e semanal de forma eletrônica. Todos os ACS realizarão o cadastramento adequado de sua área, com registro de todas as crianças de zero a 72 meses, e depois localizará os prontuários das crianças e realizaremos uma pasta com todos os meses do ano para depois da primeira consulta colocá-los no mês certo da próxima consulta. Para continuar com o acompanhamento adequado, os ACS, médico e enfermeira revisarão na ficha espelho a data da próxima consulta que será escrita na ficha pela equipe. As mães já conhecerão a data da próxima consulta porque a escreveremos na caderneta para que elas não esqueçam. Para que isso mesmo ajude-nos para conhecer as crianças faltosas e depois realizar visita domiciliar e agendar a consulta a ser realizada na unidade de saúde. Para organizar o atendimento das crianças, dedicaremos um dia somente na agenda para atenção à saúde das crianças.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe na própria unidade sobre no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Também sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Realizaremos treinamento das técnicas das medidas de peso e comprimento, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento. Para isto será reservada uma hora ao final da reunião da equipe, em que cada membro da equipe estudará um tema e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe a cada semana.

O acolhimento das crianças será realizado pelos ACS de cada área de abrangência. As crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar a tratamento. As crianças que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa serão reservadas três consultas por semana.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe da unidade de saúde da família Recantos Dos Buritis 1 planejou em 16 semanas realizar diversas ações de intervenção sobre a saúde das crianças de zero a 72 meses de idade, mas o curso reduziu o período para 12 semanas. A equipe reconhecia que precisávamos de um acompanhamento diferente às crianças, porque antes as consultas eram somente para crianças doentes.

Para iniciar nossa intervenção a equipe reuniu-se para dar detalhes de como iniciariamos esse dia tão esperado, apesar de estar passando por alagamentos no estado de Acre, na nossa área de abrangência foram poucas as famílias atingidas. Foi feita capacitação da equipe, feita pela enfermagem e médica sobre acolhimento e saúde das crianças, informações para ser fornecidas às mães e à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, sobre atendimento odontológico prioritário às crianças e de sua importância para a saúde geral, orientações necessárias para realizar a primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

A equipe realizou treinamento para medir adequadamente as crianças e sobre o preenchimento de todos os dados do cartão da criança para que possibilitem interpretar as curvas de crescimento adequadamente.

Fizemos palestras com a comunidade, sobre diferentes temas como: os benefícios do programa de saúde da criança na nossa unidade, o atendimento prioritário das crianças de zero a 72 meses de idade, a manutenção dos registros de saúde das crianças e das vacinas, a importância de avaliar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade.

A equipe realizou conversa na recepção da unidade com toda a população que facilitou dar informações sobre a prevenção de acidentes na infância, todo mundo prestou atenção porque em casa podem ocorrer coisas inesperadas. As

peças idosas foram os que mais falaram sobre suas vivências no cuidado aos seus netos.

O acolhimento das crianças e famílias na unidade foi organizado pelos ACS que algumas vezes realizaram jogo de participação, em que cada mãe, por exemplo, fala sobre o desenvolvimento de suas crianças e importância das vacinas.

Depois iniciamos as consultas, priorizando primeiro as crianças e depois o resto da população, que sempre estão de acordo que seja assim e apoiam esta modificação. Na consulta, utilizamos o prontuário com registro do peso, altura, perímetro cefálico, levamos também a caderneta da criança que tem informações importantes como a data de vacinas, dados do recém-nascido que são úteis para o preenchimento da ficha-espelho. Os ACS ajudavam na sala de espera com o preenchimento na ficha-espelho dos dados da criança e datas de vacinas para ser mais dinâmico o acompanhamento.

Nas consultas informamos as mães como se encontra seu/sua menino(a) do crescimento e desenvolvimento, damos orientações necessárias em relação a idade da criança, a próxima data de consulta e preenchemos ao final da caderneta para que não esqueçam.

Os pais e responsáveis falaram que ficaram satisfeitos com as consultas das crianças, porque dedicamos o tempo necessário para conhecer como está a criança, realizamos exame físico completo, damos orientações detalhada sobre como está sendo o crescimento e desenvolvimento de sua criança, e preocupados com a alimentação perguntaram dúvidas sobre a introdução das carnes e do ovo para as crianças.

Foram realizadas várias palestras com o grupo de crianças nas quais explicamos às mães as facilidades que são oferecidas na unidade de saúde para a atenção à saúde da criança, a primeira consulta da criança na primeira semana de vida, a suplementação de ferro, a vacinação, o acompanhamento regular das crianças, a orientação para o aleitamento materno exclusivo, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento, a prevenção de acidentes e de violências na criança, as informações da caderneta da criança. Algumas mães não sabiam como ler a curva de crescimento e a enfermagem ensinou, depois realizamos uma prática com a curva que está na caderneta e o peso dos meninos.

A todas as crianças faltosas foram realizadas visitas domiciliares e marcadas consultadas na semana seguinte. O mesmo dia de consulta das crianças com mais

de seis meses, oferecemos atendimento odontológico, dando orientações para uma boa saúde bucal.

Tivemos reuniões com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde da criança e seus benefícios. Ficaram surpresos pelas atividades que estamos fazendo e felicitaram nossa equipe de saúde e que continuarão ajudando, caso necessário.

O monitoramento foi semanal, para dar acompanhamento adequado às crianças. A médica e a enfermeira, na reunião de cada semana, analisaram junto à equipe as atividades realizadas. Tivemos também reunião com o grupo da NASF que nos apoiou para as atividades de grupo de crianças. A cada mês recebemos a visita do tutor, da representante no estado e do município do programa Mais Médicos que sempre demonstraram apoio e interesse pela realização da intervenção.

Fizemos atividade cultural e participativa na sala de espera. Enfeitamos com balões de diferentes tamanhos e cores. Coordenamos com uma pessoa do bairro que ajudou animar a atividade atuando como palhaço. Colocamos música para criança, ao iniciar apresentamos toda a equipe que participou da atividade, foram muitas mães com suas crianças. Alguns meninos cantaram, até dançaram. Fizemos um jogo de participação sobre a saúde bucal, em que algumas crianças demonstraram como escovam sua boca e dentes. O dentista e a técnica em saúde bucal deram palestra às mães sobre importância de avaliar a saúde bucal das crianças, sobre atendimento odontológico e de sua importância para a saúde geral. Repartimos pipocas, suco, bolo feito pela auxiliar de limpeza. As mães e a população em geral gostaram da atividade.

A técnica de enfermagem todos os dias realiza o controle da cadeia de frio e de estoque para evitar a falta de vacina. Como vantagem sempre teve quantidades suficientes de sulfato ferroso, o teste auditivo foi feito a todas as crianças, quase todas as crianças tem caderneta de saúde. Na semana 11, a equipe completou a vacinação de todas as crianças com atraso detectadas na intervenção, graças às buscas feitas pelos ACS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Forem desenvolvidas todas as ações previstas no projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta de dados e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamos todas as planilhas de coletas de dados a cada semana e cálculo dos indicadores. Todas as crianças tiveram nas consultas, seus prontuários e fichas-espelho atualizadas, sem nenhum problema. Somente duas crianças perderam suas cadernetas e demos uma nova e atualizamos as vacinas por meio das informações na ficha-espelho.

Depois de analisar os resultados da intervenção, os ACS falaram que estão satisfeitos com a intervenção, que estamos realizando e que tem todo o apoio deles para continuar com o acompanhamento. A população tem boa opinião. O dentista reconheceu que a intervenção serviu para que as mães trouxessem as crianças para ser consultadas e fortalecer o vínculo entre a família e a equipe de saúde que luta para prevenir as doenças na população, e que também aumentamos o nível de conhecimento da população sobre a higiene bucal e outros temas através das palestras. A enfermagem falou que durante toda a intervenção não tivemos falta de vacinas, nem de suplementação de ferro, e foi um ganho que todas as crianças que foram acompanhadas, durante a intervenção estejam com todas as vacinas em dia.

A equipe tem reconhecido que temos que trabalhar para alcançar que as crianças ingressem no programa de puericultura na primeira semana de vida, que as mães coloquem as crianças para mamar durante a consulta, sensibilizando as mães que é o melhor alimento que a criança vai receber durante os primeiros meses de vida, e que seja feito o teste do pezinho nas primeiras semanas de vida.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da unidade da nossa área de atuação. A população já está acostumada a iniciar a consulta com as crianças como prioridade de atendimento. Já é parte de nosso trabalho diário, e compreendemos que quando se quer fazer alguma ação por mais difícil que possa parecer sempre se pode com a união de toda a equipe. Temos a satisfação do dever cumprido e com o entusiasmo que temos que continuar com o acompanhamento integral das crianças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção na unidade Recanto dos Buritis 1 tratou da saúde da criança de zero a 72 meses de idade. Na área adstrita à unidade de saúde da família existem 255 crianças nesta faixa etária, que representa 7,62% da população total de nossa área de abrangência.

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

A equipe tinha feito um cadastro de toda a população, mas tínhamos uma microárea sem ACS e por isso quisemos ampliar a cobertura em 90%. Fizemos o registro dos nomes das crianças para conhecer as crianças inscritas no programa e, para que não ficasse nenhuma esquecida.

No primeiro mês da intervenção foram cadastradas na unidade 31 crianças, representando 12,2 %, no segundo 67 (26,3%) e no terceiro 113 (44,3%) (Figura 1). A nossa intervenção continua e almejamos com o tempo acompanhar todas as crianças da área de abrangência, pois conseguimos que as crianças iniciassem e obtivessem o acompanhamento adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde.

A equipe ampliou a cobertura da atenção à saúde das crianças de nossa área de abrangência, mas não atingimos a meta porque além de consultar nossas crianças com prioridade, também tínhamos que consultar a outra parte de nossa população. Com certeza nossa intervenção já está inserida em nosso serviço e vamos chegar a nossa meta. Uma das estratégias utilizadas foi realizar consultas todas as quintas-feiras pela manhã a este grupo de crianças que faltavam; e

continuar com o acompanhamento das que já estão inseridas nos restantes dos dias da semana, com até cinco vagas por dia.

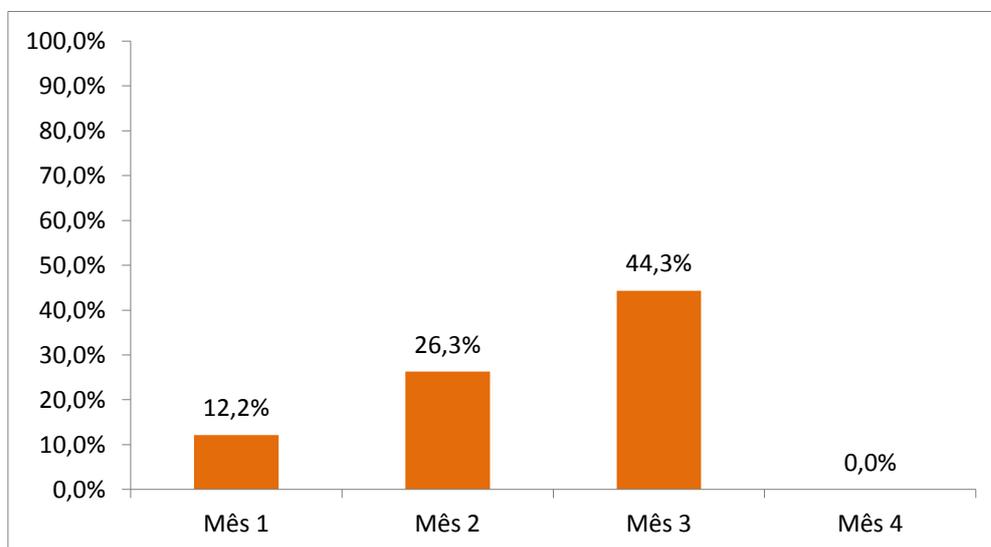


Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Das crianças inscritas no primeiro mês, realizaram consulta na primeira semana de vida 29 (93,5%) crianças, no segundo 64 (95,5%) e no terceiro mês, 108 (95,6%) (Figura 2). Não foi possível o alcance dos 100% almejados, porque depois do parto as mães foram morar temporariamente em outro lugar, e assim, não se fizeram presentes na primeira consulta. Achamos que as mães não tem a percepção da importância de se iniciar o acompanhamento de puericultura na primeira semana de vida.

Capacitamos a equipe para que fosse trabalhado com as mães essa temática, para ajudar a família a superar dificuldades que pudessem ter com a chegada de um novo bebê. Antes da intervenção, na unidade consultavam apenas crianças doentes e reconhecíamos que nosso trabalho não era preventivo.

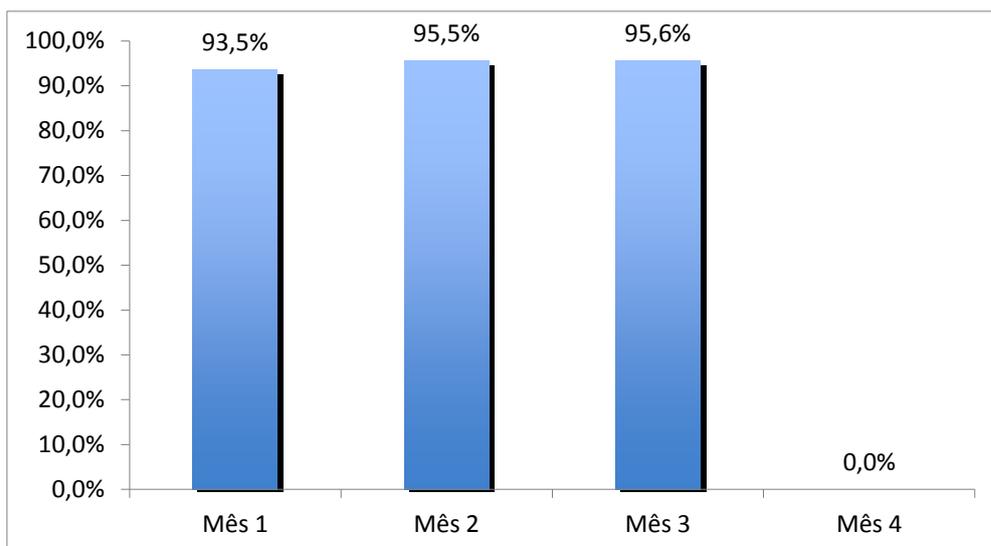


Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Durante as consultas todas as crianças foram acompanhadas em relação ao peso, comprimento/altura, em que foi útil a utilização dos gráficos da caderneta da criança. No primeiro mês foram monitoradas 31 crianças, no segundo 67 e no terceiro mês, 113 (100%) crianças.

Vale ressaltar, a importância da capacitação relacionada ao monitoramento do crescimento dessas crianças pela qual a equipe passou sobretudo os ACS que tinham dificuldade na medida de comprimento nos lactantes. A equipe foi instruída a informar os pais sobre o crescimento de cada criança, para esta compreensão foi importante a utilização do protocolo e caderneta das crianças para avaliação do crescimento, gráficos de perímetro cefálico para a idade (de zero a dois anos), peso para a idade, comprimento/estatura para a idade, índice de massa corporal para a idade. Para o serviço, essa meta foi importante para monitorar todas as crianças inscritas no programa, e assim, continuaremos com esse monitoramento nas consultas de todas as crianças, identificando diferentes fatores que podem influenciar no crescimento.

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

Indicador 2.3 Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

No primeiro mês tivemos somente uma criança com déficit de peso, no segundo cinco e chegamos ao número total de seis ao final da intervenção. Durante

toda a intervenção, todas as crianças (100%) que apresentaram déficit de peso foram monitoradas adequadamente.

O monitoramento das crianças com déficit de peso foi imprescindível para que as crianças tivessem um adequado acompanhamento. Investigamos as causas e orientamos as mães nas consultas e palestras sobre a alimentação adequada para a idade e em como evitar doenças que podem influenciar sobre o crescimento das crianças. As principais causas de déficit de peso nestas crianças foram as infecções respiratórias e a alimentação inadequada. Para determinar se uma criança está com peso abaixo da linha no gráfico de peso para idade na caderneta da criança tem que ter de -2 a -3 percentil, e muito baixo quando tem -3 percentil. Estes resultados sempre são compartilhados com os pais para que junto com nossas orientações esta criança chegue ao peso adequado.

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

Indicador 2.4 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

No primeiro mês, uma criança apenas apresentou excesso de peso, no segundo mês foram duas e ao final da intervenção este número foi para sete crianças com excesso de peso. Quando encontrávamos uma criança com excesso de peso sempre orientávamos as mães sobre alimentação saudável, e elas, geralmente, reconheciam que estavam errando na alimentação das crianças. A atenção às crianças com excesso de peso é um situação de desvio do crescimento que temos que continuar acompanhando. Para reconhecer se a criança tinha excesso de peso utilizamos a caderneta de saúde da criança, no gráfico peso para a idade, determinando peso elevado, quando estava acima de +2 percentil.

Nas consultas e palestras explicamos que a obesidade é uma doença e que esta pode desenvolver outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Orientamos as famílias a buscarem auxílio com a nutricionista para acompanhamento, reajustar os hábitos alimentícios da família e fazer exercícios físicos.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Todas as crianças inscritas que foram cadastradas na intervenção foram avaliadas e monitoradas em relação ao desenvolvimento relativo à idade de cada criança, sendo 31, 67 e 113 em cada mês da intervenção (100%).

Como estratégia para trabalhar com essa temática, foi feito um jogo com os pais para que estes reconhecessem o desenvolvimento de suas crianças. Realizamos palestras e durante cada consulta compartilhamos com os pais como estava sendo o desenvolvimento de seu filho. Durante a intervenção só um menino, com 14 meses apresentou problemas e este não caminhava sozinho. Esta criança continua com nosso acompanhamento e observação. O protocolo foi importante, referente ao acompanhamento do desenvolvimento, além da caderneta da criança, estimulando o desenvolvimento da criança com afeto, para que os pais acompanhem este desenvolvimento junto com a equipe de saúde.

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

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

No primeiro mês tivemos 28 (90,3%) crianças com as vacinas em dia, no segundo 63 (94%) e no final da intervenção alcançou-se 113 (100%) crianças (Figura 3). Nossa equipe teve a ideia de fazer uma ação conjunta para alcançar a meta estipulada e vacinar todas as crianças. Sendo assim, foi feito o registro de todas as crianças inscritas no programa e estas foram visitadas e agendadas para a vacinação na unidade. Após essa estratégia, foram confirmadas todas as crianças vacinadas com a técnica de enfermagem.

Foram ainda realizadas palestras abordando a importância das vacinas e explicando o calendário vacinal. Durante a intervenção tivemos duas crianças com a perda da caderneta, estas ganharam uma nova caderneta adequadamente preenchida e de acordo com as fichas-espelho. Podemos melhorar a vacinação das crianças continuando as orientações às mães para que não esqueçam a vacina das crianças na data correta.

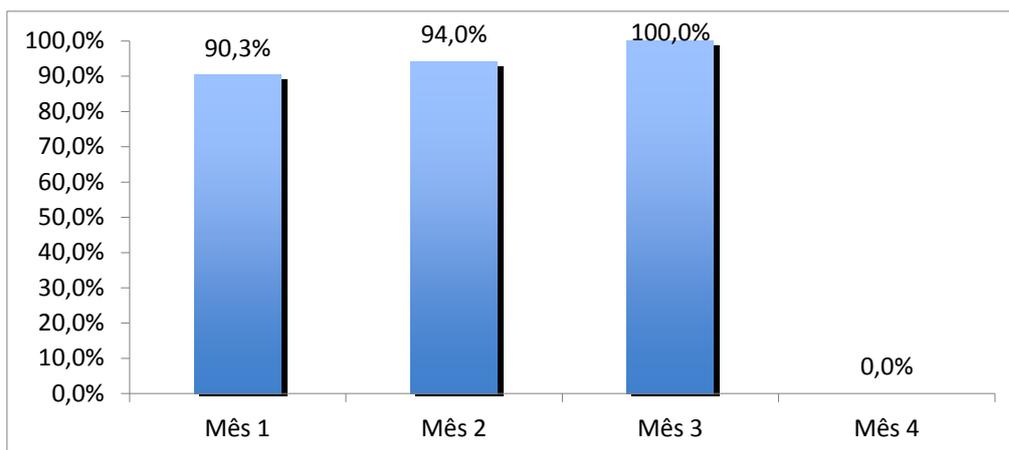


Figura 3 - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

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

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

No primeiro mês de intervenção 13 (92,9%) crianças estavam recebendo suplementação de ferro, 29 (100%) no segundo e 45 (100%) no terceiro mês (Figura 4). Algumas mães relataram que às vezes esqueciam-se de dar a suplementação para seus filhos, e outras, não iam até a unidade buscar a suplementação. Durante as consultas explicamos a importância da suplementação de ferro para evitar a anemia.

Na unidade de saúde sempre contamos com quantidade suficiente de suplementação de ferro, isto favoreceu também para que todas as crianças que precisavam, adquirissem esta suplementação sem dificuldade. Foram dadas orientações aos pais e à comunidade sobre a importância da suplementação de ferro. Melhoramos este indicador aumentando a motivação das mães para a manutenção da suplementação de ferro na criança até os 24 meses, como uma forma de prevenção da anemia.

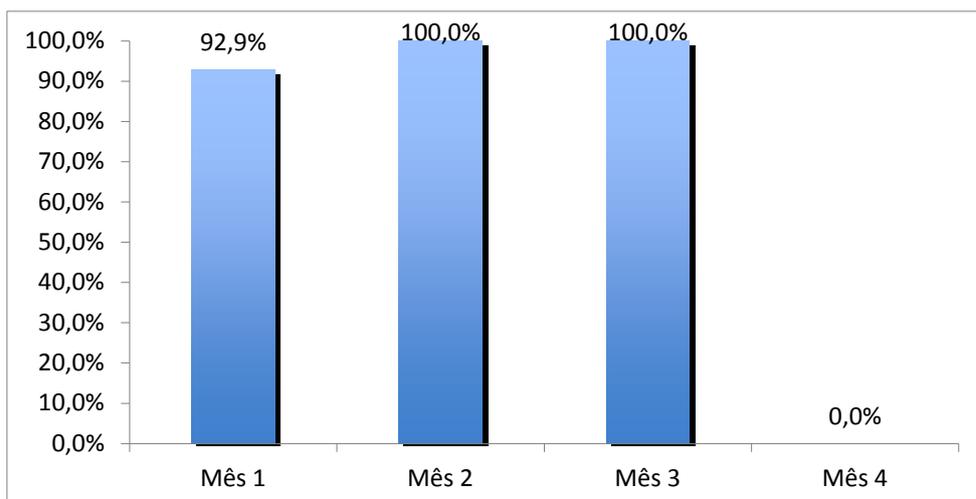


Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8 Proporção de crianças com triagem auditiva.

Antes da intervenção a realização da triagem auditiva não era um problema porque as crianças foram avaliadas e o resultado era colocado na caderneta da criança. Durante toda a intervenção, todas as crianças que foram cadastradas receberam triagem auditiva, 31 no primeiro mês, 67 no segundo e 113 (100%) ao final da intervenção. Para conhecer se nossas crianças tinham feito a triagem auditiva foi de muita utilidade o resultado do teste da orelhinha na caderneta para detectar precocemente a perda auditiva congênita e/ou adquirida.

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

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

O teste do pezinho é um exame importante que deve ser feito nos primeiros dias de vida. Durante toda a intervenção tivemos crianças que não realizaram o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida por irresponsabilidade das mães. No primeiro mês, 29 crianças (93,5%) realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida, 62 (92,5%) no segundo mês e ao final da intervenção, chegamos a 107 crianças (94,7 %) (Figura 5).

Fizemos palestras explicando aos pais a importância de se fazer este teste para diagnosticar algumas doenças que podem trazer complicações. Podemos melhorar esse índice para evitar problemas graves para a criança, como o retardo mental e outras doenças que podem ser diagnosticadas com a realização oportuna

desse teste. Por isso desde a atenção pré-natal temos que orientar as mães para fazer este teste até os sete dias de vida do bebê.

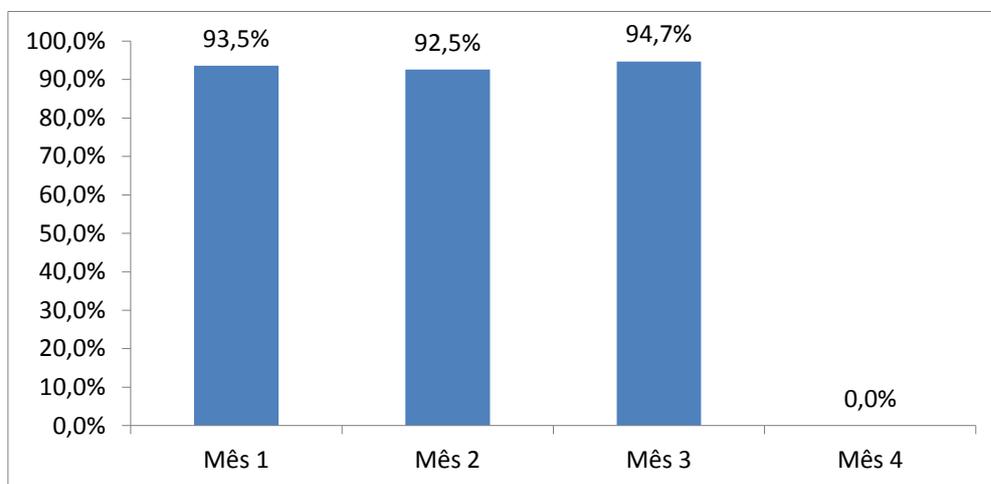


Figura 5 - Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

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

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

Antes da intervenção, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nas crianças de 6 a 72 meses não era feito corretamente, porque somente consultavam, quando a criança já estava com a doença bucal. A estratégia utilizada para contemplar esta meta foi avaliar a necessidade do atendimento odontológico das crianças, no mesmo momento da consulta médica. Assim, foi possível alcançar durante a intervenção os 100% almejados, sendo 26 crianças ao início, 59 no segundo mês e chegando a 98 crianças ao final da intervenção.

Durante o exame físico avaliamos a saúde bucal e perguntávamos como estava sendo feita a higiene bucal da criança. Algumas mães de crianças lactantes que já tinham dentes ficavam surpresas quando falávamos que já podiam escovar os dentes. É importante a educação para a saúde bucal das crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida para a prevenção das cáries que é uma das principais doenças bucais. Por isso é importante a avaliação precoce e motivar os pais na incorporação de uma adequada higiene bucal para toda a família. Podemos melhorar este indicador, continuando a avaliação das crianças em conjunto com a equipe de saúde bucal.

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

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

Antes da intervenção eram poucas as consultas odontológicas nas crianças de 6 a 72 meses. Durante a intervenção demos palestras aos pais para que reconhecessem a importância da primeira consulta odontológica, como uma forma de acompanhar a saúde bucal das crianças e receber orientações para evitar doenças odontológicas. No primeiro mês da intervenção, 26 crianças realizaram primeiras consultas odontológicas, 59 no segundo mês, chegando a 98 (100%) crianças ao final.

É importante que as mães saibam que o exame clínico odontológico das crianças é imprescindível porque permite avaliar as condições particulares de cada criança. Estas consultas foram de importância, pois as crianças tiveram atenção odontológica e os pais receberam recomendações sobre a higiene bucal, amamentação como prevenção dos problemas de desenvolvimento das arcadas e de posicionamento dos dentes.

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

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

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

Antes da intervenção já tínhamos iniciado as consultas de puericulturas, mas não fazíamos busca das crianças faltosas às consultas. O início da intervenção foi de ajuda para compreender a importância da busca das crianças faltosas para adequado acompanhamento das crianças. E assim conseguimos fazer consultas a 100% das crianças faltosas durante toda a intervenção, tendo no primeiro mês cinco faltosas, sete no segundo e ao terminar a intervenção 11 crianças faltosas.

Estas buscas foram de importância para o serviço porque conseguimos acompanhar as crianças de nossa área de abrangência e dar continuidade nas outras consultas de rotina, preenchendo a data da próxima consulta ao final da caderneta para que as mães não esquecessem a data e o horário da consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de crianças com registro atualizado.

Antes da intervenção não tínhamos fichas-espelho, no mesmo prontuário no dia da consulta preenchíamos todas as informações das crianças. Desde o início da intervenção, contamos com as fichas-espelho impressas. Foi feito treinamento sobre o adequado preenchimento dos dados no cartão das crianças e para o preenchimento adequado das fichas de acompanhamento. Quando a criança chegava à unidade sempre preenchíamos a ficha-espelho junto com o prontuário, e assim, alcançamos 100% das crianças com registro atualizado, em que foram 31 crianças ao início da intervenção, 67 no segundo mês e 113 crianças ao final.

Na sala de espera da unidade os ACS preenchem os dados gerais e datas de vacinas da criança na ficha-espelho, fazendo com que a consulta fosse mais dinâmica. Durante a consulta depois da anamnese e exame físico preenchíamos os outros dados até que as fichas-espelho tivessem completamente e adequadamente preenchidas com todas as informações. Esta ficha espelho trouxe mudanças positivas para o serviço porque as informações das crianças estavam mais organizadas e completas, promovendo atenção integral.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de crianças com avaliação de risco.

Antes da intervenção não fazíamos a avaliação de risco a todas as crianças. No primeiro mês da intervenção avaliamos 31 crianças, 67 no segundo mês e chegando ao final com 113 crianças (100%) das crianças cadastradas no programa. Agora com a implementação da intervenção, em todas nossas crianças foi feita a avaliação de risco e continuaremos com esta avaliação. Conhecer os riscos de cada uma de essas crianças é importante para realizar uma avaliação completa durante as consultas, e porque estes riscos podem interferir na saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

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

Antes, durante as consultas e visitas domiciliares, orientávamos aos pais que tem que prevenir os acidentes, tendo em conta que as crianças são muito suscetíveis a diferentes tipos de acidentes. 100% das mães durante as consultas receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância, no primeiro mês, foram 31 mães com esta orientação, 67 no segundo e ao final da intervenção chegamos as 113 mães.

Durante as palestras e as consultas, as mães eram alertadas sobre esta temática. Os ACS durante as visitas domiciliares também repassavam as orientações sobre como prevenir os acidentes em casa. Sendo nós profissionais que convivem mais perto da família e da casa, fica mais fácil orientar sobre os possíveis acidentes que podem ocorrer. Continuaremos melhorando este indicador realizando ações educativas, aproveitando as visitas domiciliares e consultas. Tendo em conta que a medida que a criança em seu processo de crescimento tem comportamentos exploratórios e desenvolvimento que podem ocorrer diferentes acidentes que os pais e cuidadores tem que ter em conta para que não ocorram tragédias inesperadas e que podem evitar.

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

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

O aleitamento materno para as crianças é um alimento completo nos primeiros meses de vida, e assim durante as consultas de pré-natal, almejamos que as mães compreendam a importância do aleitamento materno.

No primeiro mês, 18 crianças (58,1%) foram colocadas para mamar, 51(76,1%) no segundo mês e ao final da intervenção, foram 94 crianças (83,2%) colocadas para amamentar durante a primeira consulta de puericultura (Figura 6). Cabe aqui lembrar que as crianças com mais de dois anos, somente contávamos com a informação que a mãe dava. Durante a intervenção, todas as crianças menores de dois anos foram colocadas para mamar na primeira consulta. Uma mãe

não deu de mamar porque estava tomando remédio controlado para saúde mental, outras davam outro tipo de leite porque achavam que o menino ficava com fome. Por isso, não alcançamos o 100%.

Também demos palestras sobre benefícios do aleitamento materno exclusivo para a mãe e o bebê e sobre a técnica correta de amamentação para incentivar o aleitamento materno.

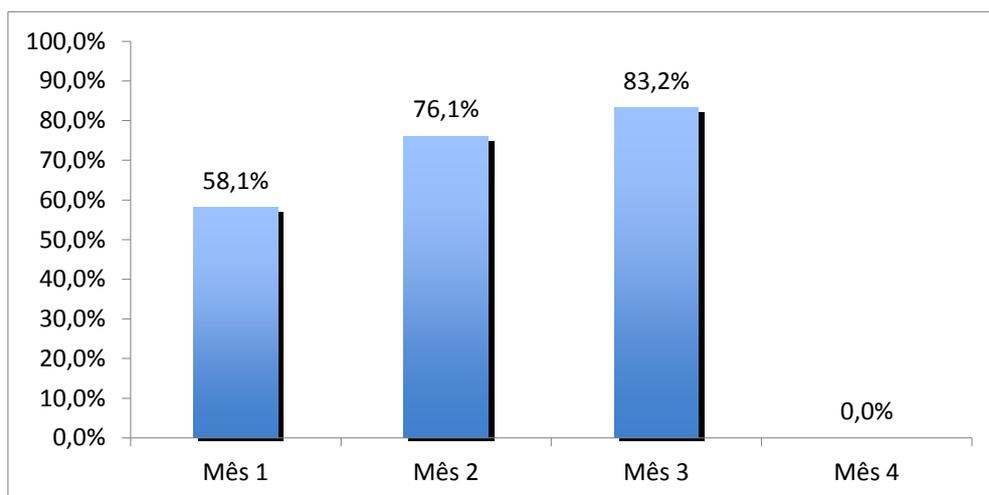


Figura 6 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

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

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

Temos dado orientações nutricionais às mães sobre as diferentes etapas da vida das crianças. Foi uma atividade de responsabilidade de toda a equipe. Mas sempre aparecem mães com dúvidas, sobretudo as que tem filhos pela primeira vez. Durante consultas, visitas domiciliares e palestras foram dadas orientações nutricionais a 100% das mães, 31 no primeiro mês, 67 no segundo e 113 ao final da intervenção.

Explicamos os alimentos que tem que ser dados nas diferentes idades e observamos que algumas mães tinham dúvidas sobre a incorporação de ovo e carnes. As palestras foram importantes para que as mães aprendessem como tem que ser uma adequada alimentação, melhorando os conhecimentos sobre a nutrição das crianças. Que depois de os seis meses tem que introduzir lenta e gradualmente outros alimentos, cuidar da higiene no preparo dos alimentos, tendo em conta a

idade da criança, e sempre mantendo o aleitamento materno. Todas as orientações dadas foram de importância para a equipe e para a família, porque sempre aprendemos um pouco mais, e continuaremos dando as informações a todas as mães nas consultas, visitas domiciliares e palestras.

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

Indicador 6.4 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

As orientações sobre higiene bucal sempre foram dadas na unidade para toda a população nas palestras e consultas de odontologia, feitas sobretudo pela técnica de saúde bucal e dentista, que durante a intervenção reforçaram as orientações.

Durante toda a intervenção, 100% das mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie através de palestras e consultas. 31 mães no primeiro mês, 67 no segundo e 113 ao final da intervenção. Sempre lembrando as mães que a boca é parte de nosso corpo e precisa do cuidado adequado para a prevenção de doenças. Os pais junto com a unidade de saúde têm que ajudar na conservação dos dentes das crianças.

4.2 Discussão

A intervenção feita na USF Recanto dos Buritis 1, propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da criança, melhorando os registros e o acompanhamento das crianças de zero a 72 meses de idade.

Ao início da intervenção foram inscritas no programa da unidade de saúde 31 crianças, o que correspondia a apenas 12,2% das crianças de zero a 72 meses de idade da área de abrangência. Quando finalizamos o terceiro mês conseguimos aumentar esse número para 113 crianças (44,3%). Apesar desse avanço, não atingimos a meta proposta de 90% de cobertura. Porém a equipe está preparada para continuar a intervenção, alcançar 100% das crianças da área e continuar proporcionando ações de qualidade como na busca ativa, registros, vacinação, por exemplo.

A intervenção para a equipe foi educativa, preparatória e aumentamos nossos conhecimentos na saúde das crianças em diferentes temas. Assim, nos

sentimos mais preparados para um adequado acompanhamento a nossas crianças, conforme as recomendações do Ministério da Saúde. A equipe também ficou mais unida para realizar outras tarefas referentes ao trabalho de promoção de saúde.

Aumentamos nossa responsabilidade com o cuidado de nossa população, e com atribuições definidas. Instauramos as visitas domiciliares com o trabalho em conjunto dos ACS e do médico. As palestras e atividades educativas foram trabalhadas por todos os integrantes da equipe que junto com a população debatiam os diferentes temas. Durante as consultas, os ACS ajudavam no preenchimento da ficha-espelho e na busca dos prontuários.

Objetivamos modificar o pensamento do atendimento somente às crianças doentes, e nós voltamos mais para a promoção à saúde a toda a população e o engajamento da população em nossas conversas. A equipe reconhece que a intervenção trouxe mudanças positivas para a unidade. Nas reuniões de equipe, sempre analisamos as mudanças positivas, integrando toda a equipe para que nossa intervenção fosse feita como planejamos. A intervenção permitiu maior segurança para a equipe, à medida que propiciou pôr em prática os conhecimentos sobre a saúde da criança.

Para nosso serviço, a intervenção propiciou uma melhor organização e o acompanhamento das crianças, aumentando as consultas das crianças e monitorando as ações desenvolvidas pela equipe. Conseguimos integrar toda a equipe nas atividades que realizamos com a comunidade. A médica integrou-se nas visitas às crianças faltosas. Melhoramos o agendamento com o preenchimento da data da próxima consulta na caderneta. Reconhecemos uma considerável melhora dos registros das consultas e das vacinas. A ficha-espelho serviu para um melhor registro das informações. Assim, durante as consultas conseguimos fazer uma melhor avaliação de cada criança.

Para a comunidade, a intervenção teve grande importância à medida que aumentamos o engajamento da comunidade com a unidade de saúde e comprometendo as lideranças da comunidade com a saúde das crianças. As mães mostraram satisfação com a prioridade no atendimento, e a população concordou porque conhece o motivo da prioridade. A intervenção teve grande aceitação por parte da comunidade que foi de importância para que suas crianças obtivessem um melhor acompanhamento. As palestras à comunidade foram importantes, pois permitiu que houvesse a compreensão da importância do acompanhamento da

saúde das crianças, e que a intervenção tivesse mais aceitação. A população também aumentou os conhecimentos sobre fatores de risco, aleitamento materno, saúde bucal, teste do pezinho e prevenção de acidentes. Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos crianças sem cobertura por falta de ACS nessas micro áreas.

Se fossemos realizar a intervenção neste momento teríamos como vantagem que a equipe já está mais preparada para outras tarefas e buscar a excelência no trabalho. Adquirimos novas experiências no atendimento e acompanhamento das crianças permitindo maior integração da equipe. Com ajuda da equipe faria ações para que todas as crianças fizessem a primeira consulta na primeira semana de vida e que nenhuma tivesse vacinas atrasadas. Continuaría indicando a suplementação de ferro para evitar a anemia, e colocaria todas as crianças para mamar durante a consulta. Teria um maior controle para que todas as crianças realizem o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida.

Nossa intervenção já se encontra inserida na rotina de nosso serviço, isso é muito bom porque assim pretendemos continuar com o acompanhamento das crianças. Como nossa intervenção da saúde da criança trouxeram mudanças positivas para nosso acompanhamento, a equipe julga que podemos fazer outra intervenção com outros grupos de nossa população. Pretendemos incorporar as crianças que moram em micro áreas descobertas com ajuda dos ACS que temos.

A equipe pretende implementar esta metodologia de intervenção a outras ações programáticas, como a de hipertensão e diabetes. Nas áreas descobertas, os demais ACS cadastrarão os usuários para ampliar a cobertura a todas nossas crianças.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na unidade Recanto dos Buritis 1, no município do Rio Branco, estado do Acre, foi realizada uma intervenção que faz parte do curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi realizado em 12 semanas sobre saúde da criança, com o objetivo de melhorar a atenção em saúde das crianças compreendidas entre zero e 72 meses de idade. Antes da intervenção, as ações estavam centradas em consultas para as crianças que estavam doentes.

Para iniciar nossa intervenção, a equipe passou por um processo de capacitação feita na unidade, sobre diferentes temas da saúde da criança, tornando a equipe mais preparada e compromissada com as ações. Quando iniciamos nossa intervenção, de 255 crianças estimadas para a Unidade, 31 foram cadastradas, representando o 12,2% das crianças de zero a 72 meses de idade. Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 113 (44,3%) crianças, não tendo alcançado a meta de 90% como esperávamos, representado na seguinte Figura 1.

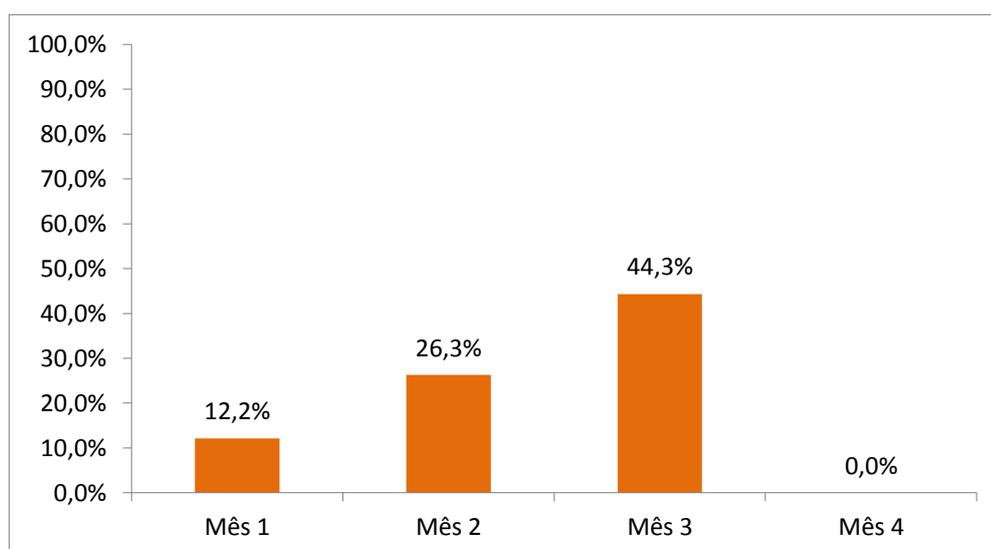


Figura 7 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Recanto dos Buritis 1. Rio Branco/AC, 2015.

Entretanto, nossa intervenção continua e esperamos conseguir acompanhar todas as crianças da área de abrangência, porque nossa intervenção já está incorporada em nossa rotina de trabalho, precisando a colaboração dos gestores para dar continuidade às ações de melhoria. Durante a intervenção, conseguimos melhorar o acolhimento das crianças e as consultas foram com maior qualidade. Alcançamos que todas nossas crianças de 6 a 24 meses tomassem a suplementação de ferro como profilaxia da anemia durante a infância, visto que sempre contamos com quantidades suficientes de suplemento de ferro.

Mesmo com resultados acima de 80%, ainda temos que captar as crianças para consultar na primeira semana de vida, manter a vacinação atualizada, de acordo como calendário vacinal, incentivar a realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, colocar a criança para mamar durante a primeira consulta. Todavia, foi possível rastrear em 100% das crianças déficit e excesso de peso e também problemas de desenvolvimento e crescimento, realizar a triagem auditiva, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ofertar a primeira consulta odontológica, buscar ativamente faltosos, manter registros atualizados, avaliar para riscos, orientar mães sobre prevenção de acidentes na infância, higiene bucal e alimentação adequada para a faixa etária.

Esta intervenção trouxe mudanças benéficas para nosso serviço, porque conseguimos ofertar atenção integral às crianças, impactando positivamente em nosso processo de trabalho e em nossa equipe. Antes da intervenção não tínhamos fichas-espelho e no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações. A organização dos registros possibilitou um preenchimento mais completo das informações das crianças para a equipe monitorar as ações desenvolvidas e possíveis faltas e atrasos.

Entretanto, chamamos atenção que ainda temos microáreas descobertas por Agentes Comunitários de Saúde, o que dificultou a busca ativa e o cadastramento das crianças, também falta um técnico de enfermagem para a equipe de saúde. A intervenção proporcionou orientações a toda à população e a equipe. Temos motivos para levar as experiências de nossa intervenção a outras equipes para que busquem dar um completo acompanhamento a todas as crianças. Pensamos que esta intervenção ficou como um modelo, que podemos estender para outras áreas programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na unidade Recanto dos Buritis 1, no município do Rio Branco, estado do Acre, foi realizada uma intervenção que faz parte do curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi realizado em 12 semanas sobre saúde da criança, com o objetivo de melhorar a atenção em saúde das crianças compreendidas entre zero e 72 meses de idade. Antes da intervenção, as ações da equipe estavam voltadas para consultas daquelas crianças doentes.

Quando iniciamos a intervenção, de 255 crianças estimadas para a Unidade de Saúde, 31 foram cadastradas, representando o 12,2% das crianças de zero a 72 meses de idade. Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 113 (44,3%) crianças, não tendo alcançado a meta de 90% como esperávamos. Entretanto, a intervenção continua e esperamos conseguir acompanhar todas as crianças.

Além disso, a equipe estudou para melhor a atenção à saúde das crianças, todos os dias de manhã realizávamos o acolhimento de todos os usuários, os primeiros a consultar eram as crianças. A intervenção foi produtiva porque aumentamos as palestras à comunidade e teve um maior funcionamento do grupo de crianças, ficando toda a população com uma orientação mais ampla sobre a saúde das crianças. Durante as consultas, os pais ficaram agradecidos pela oportunidade oferecida por toda a equipe para ficar mais preparados para cuidar de seu filho.

Através deste relatório também temos a ideia de informar a toda a população, as dificuldades que encontramos e que afetam em um adequado acompanhamento da saúde das crianças como, por exemplo, não são todas as crianças que realizam a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida. O esquema de vacinação completo é responsabilidade de todos, mas estamos precisando de ajuda de pais e família para que tragam na data correta a criança

para ser vacinada, pois se atrasar pode perder o prazo para que a criança seja vacinada. O teste do pezinho tem que ser feito nos primeiros sete dias de vida da criança para detectar várias doenças e iniciar com o acompanhamento cedo.

Dar de mamar a todas as crianças é importante para prevenir doenças e internações, mas não conseguimos que todas as crianças fossem colocadas para mamar na primeira consulta, por isso com a intervenção aprendemos que temos que colocar a todas as crianças a mamar durante a consulta e aproveitar para explicar os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança.

Com a ajuda da equipe, comunidade e gestores foram possíveis buscar em todas as crianças cadastradas a desnutrição e obesidade e também problemas de desenvolvimento e crescimento, fazer o teste da orelhinha, olhar como está a saúde da boca e outros riscos para doenças infantis, ter a primeira consulta com dentista, remarcar consulta para quem faltou, ter registros completos da criança, receber orientação sobre prevenção de acidentes na infância, higiene bucal e alimentação adequada para a faixa etária.

Contamos com o apoio da comunidade para a divulgação dos serviços da unidade de saúde e participar das ações que são oferecidas pela equipe. A gestão possibilitou impressões de fichas para registro das crianças, suplementação de ferro e vacinas em quantidades suficientes para o atendimento, contudo ainda enfrentamos a falta de um Agente Comunitário de Saúde, o que prejudica a qualidade de acompanhamento de crianças de essa microárea e também falta para nossa equipe um técnico de enfermagem, dentista e técnico em saúde bucal.

Todas as ações referentes à atenção à saúde da criança terão continuidade para ampliar a cobertura do programa e melhorar nosso acompanhamento. Com certeza esta intervenção ajudou muito para trabalhar na próxima ação programática de hipertensão e diabetes, que será implementada em nossa unidade de saúde com toda a equipe.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante todo o processo de desenvolvimento do trabalho do curso e em relação com minhas expectativas iniciais recebi várias tarefas aprendendo sobre diferentes doenças que até o momento não tido visto em minha prática em meu país, e que são frequentes na população brasileira. Estudei com profundidade os diferentes temas dos casos clínicos e dos estudos da prática clínica, funcionamento e criação do SUS aqui no Brasil, entre outros.

Apreendi muito sobre tudo na saúde da criança que foi o tema que escolhi para minha intervenção. Assimilei todos esses saberes e também o levei para a minha prática como profissional, interiorizando toda essa nova informação e assim a converti em conhecimentos e ferramentas para minha vida como profissional e como pessoa.

Hoje posso dizer que meu processo de aprendizagem individual aumentou com este trabalho, o que também ajudou foram as trocas de opiniões de todos meus colegas nas diferentes etapas do curso através das participações nos fóruns e a troca de conhecimentos com minha orientadora e outros professores do curso da Universidade Federal de Pelotas. Conheci como estavam funcionando outras unidades de saúde e os problemas que tinham e como estavam sendo solucionados, ajudando-me também a enfrentar problemas parecidos.

Conheci muita informação nova de minha unidade de saúde que eu estava precisando para compreender o funcionamento do trabalho. Entendi a atuação dos multiprofissionais da equipe e o que importante é toda nossa integração para que nossa unidade de saúde funcione corretamente com uma atenção em saúde de qualidade.

Com a análise das diferentes ações programáticas vinculada com meu trabalho diário e com minha população conheci os problemas de saúde que existiam e ajudou-me para trazer estratégias para melhorar nossa atenção com a população.

Para mim, para toda minha equipe, e para a população o curso de especialização foi importante porque aumentamos os conhecimentos sobre a saúde das crianças em diferentes temáticas importantes para que as crianças tenham um crescimento saudável, melhoramos também em nosso acompanhamento das crianças de zero a 72 meses de idade. Tive oportunidade de analisar as condições culturais, epidemiológicas, modos e estilos de vida e problemas psicossociais que influenciam na saúde das crianças de minha área de abrangência.

Sinto que estou preparada para enfrentar outros trabalhos de intervenção em outras ações programáticas e enfrentar outros desafios na minha vida como profissional. Também desenvolvi habilidades na computação e incrementei e aperfeiçoei o conhecimento do idioma português.

Referências

BRASIL. **Atenção Básica à Saúde da Criança**. Texto de apoio para o agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data de ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ___/___/___ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ 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 _____
 Data da primeira consulta odontológica ___/___/___ Profissional que realizou _____
 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 _____
 Tragem auditiva () não () sim Realizado em ___/___/___ Testes realizados () PEATE () ECA Resultados OD () normal () alterado OE () normal () alterado

Vacinas	CALENDÁRIO VACINAL											
	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc 10	Mening C	Tríplice viral	Tríplice bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPI2	Outros
1ª dose ou dose única	Data ___/___/___ Lote ___/___/___ Ass. _____											
2ª dose	Data ___/___/___ Lote ___/___/___ Ass. _____											
3ª dose	Data ___/___/___ Lote ___/___/___ Ass. _____											
Reforço	Data ___/___/___ Lote ___/___/___ Ass. _____											

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

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

Anexo C - 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
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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