

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses na
UBS João Tadeu Souza, Minas do Leão/RS**

Yariannys Perera Contreras

Pelotas, 2015

Yariannys Perera Contreras

**Melhoria da Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses
na UBS João Tadeu Souza, Minas do Leão/RS**

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

Orientador: Fernanda Dos Reis Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C764m Contreras, Yariannys Perera

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS João Tadeu Souza, Minas do Leão/Rs. / Yariannys Perera Contreras; Fernanda Dos Reis Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Souza, Fernanda Dos Reis, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha família e a meu esposo.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a comunidade, a equipe de trabalho da Unidade de Saúde, a orientadora, e todas as pessoas que de uma forma ou outra ajudaram na realização deste trabalho de curso.

Resumo

CONTRERAS, Yariannys Perera. **Melhoria da Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses na UBS João Tadeu Souza, Minas do Leão/RS.** 2015. 81 f. 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 taxa de mortalidade infantil (referente as criança menores de um ano) reduziu nas últimas décadas no Brasil, graças às ações de diminuição da pobreza e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010, entretanto ainda persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil, se integrou a Rede Cegonha que trouxe um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado a gravidez, ao parto/nascimento e a atenção integral a saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal. Por conta disso realizamos uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, que residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde João Tadeu de Souza, do município de Minas do Leão. Previamente foi realizada a análise situacional, e se planejou que este projeto fora desenvolvido no período de quatro meses. Utilizou-se o protocolo do Ministério da Saúde da Criança, (2012), assim como o Caderno de Atenção Básica 33, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Ministério da Saúde, Brasília (2013). O monitoramento das crianças cadastradas no programa se realizou semanalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de coletas de dados e ficha espelho, na última sexta-feira do mês, a situação se discutia na reunião com a equipe. Os agentes comunitários de saúde realizarão o cadastramento das famílias (Ficha A) no domicílio, por meio de visitas domiciliares, o que ajudou no cadastramento das crianças realizado em consultas programadas. No processo da intervenção foram realizadas ações de educação em saúde, para orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança, e quais os seus benefícios. A equipe foi capacitada para o acolhimento da criança nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos pelo Ministério da Saúde bem como quanto aos instrumentos de registro da unidade e do cartão da criança. Durante a intervenção foram atendidas 155 crianças, que corresponde a 100% de cobertura do programa de atenção à saúde das crianças na UBS. Tivemos 51 crianças com primeira consulta odontológica ao final da intervenção (34,5%). Realizaram-se as buscas dos 100% das crianças faltosas as consultas. A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção das crianças conseguindo aumentar a adesão deles ao programa. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, e foi possível interagir mais com a comunidade e com as famílias, melhorando a integração da equipe no atendimento das crianças da área da abrangência da UBS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Saúde da criança; Puericultura; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Sala de espera da UBS João Tadeu Souza	26
Figura 2	Fotografia: Atendimento clínico	44
Figura 3	Fotografia: Escola Getúlio Vargas	46
Figura 4	Gráfico: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da na UBS João Tadeu Souza, 2015.	47
Figura 5	Gráfico: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS João Tadeu Souza, 2015.	48
Figura 6	Gráfico: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS João Tadeu Souza, 2015.	49
Figura 7	Gráfico: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. UBS João Tadeu Souza, 2015.	51
Figura 8	Gráfico: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade. UBS João Tadeu Souza, 2015.	52
Figura 9	Gráfico: Proporção de crianças com triagem auditiva. UBS João Tadeu Souza, 2015.	53
Figura 10	Gráfico: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS João Tadeu Souza, 2015.	55
Figura 11	Gráfico: Proporção de crianças com registro atualizado. UBS João Tadeu Souza, 2015.	56
Figura 12	Gráfico: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS João Tadeu Souza, 2015.	58
Figura 13	Fotografia: Atendimento clínico	62
Figura 14	Fotografia: Atividade de escovação.	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DACM	Departamento Autônomo de Carvão Mineral
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EaD	Modalidade de Ensino a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	33
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão.....	60
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
Referências	73
Anexos	74

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). Foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, que residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde João Tadeu de Souza, do município de Minas do Leão. O volume está organizado em sete unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da UBS João Tadeu de Souza. A segunda é a análise estratégica que foi o planejamento da intervenção que foi realizada durante 16 semanas. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados. A quinta parte é o relatório da intervenção para os gestores. A sexta parte apresenta o relatório da intervenção para a comunidade. A sétima parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. No final do volume se apresentam as referências e anexos. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS) João Tadeu Souza é pequena, o comprimento é mais o menos de 42 metros quadrados. Conta com uma sala de recepção, dois consultórios médicos, dois banheiros, uma sala de enfermagem e uma sala de procedimento de enfermagem, mas não tem sala de esterilização, já que fica no mesmo lugar que a sala de procedimento, e tem uma cozinha, não tem sala de vacinação e nem consulta odontológica, que ficam na Unidade de Pronto Atendimento.

A situação da minha equipe de saúde da família é muito boa e está composta por uma enfermeira, que é coordenadora da UBS, uma assistente de enfermagem, uma médica e cinco agentes de saúde que ajudam a realização das visitas domiciliares. Além disso, temos um ginecologista que realiza consulta todas as quintas feiras, e temos uma nutricionista que realiza atendimentos quinzenais. Não contamos com pediatra, psicóloga e nem dentista na UBS. Entretanto, quando necessitamos podemos encaminhar para a unidade de pronto atendimento. Eu, enquanto médica da equipe, que faço parte do "Programa Mais Médicos", trabalho de terça a sexta, porque meu dia de estudo é todas as segundas feiras e faço visita domiciliar às terças-feiras à tarde e as quintas na manhã. Atende-se em torno de 20 fichas diárias, às vezes um pouquinho mais dependendo a demanda dos usuários no dia.

A comunidade tem uma população de mais ou menos quatro mil habitantes, as doenças crônicas não transmissíveis que mais predominam são a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os usuários com diabetes fazem o exame de HGT às quartas-feiras, assim como a verificação da pressão aos usuários hipertensos. As doenças transmissíveis mais frequentes são as infecções respiratórias altas, por

conta do clima úmido, e as diarreias, cuja causa principal é que os usuários não fervem a água de consumo. Além disso, temos um alto número de pessoas que consomem psicofármacos sem prescrição médica. Nossa comunidade não tem ainda lideranças comunitárias, mas estamos trabalhando nisso. A relação com a comunidade até agora vai bem, porque não temos problemas graves, mas destaco a existência de um ponto de venda de droga bem próximo à UBS.

O desempenho do secretário da saúde é muito bom. Ele se preocupa para que nosso trabalho seja feito em boas condições. A relação pessoal com nossa equipe é muito boa, eu estou contente e gosto muito de trabalhar aqui. A população é complexa, pois temos uma área de droga, e existem pessoas analfabetas o que às vezes dificulta nosso trabalho quanto à língua, mas ainda assim são muitos acolhedores. Eu fico muito feliz de poder trabalhar com a equipe porque eles ajudam para eu trabalhar melhor cada dia e poder conhecer cada dia mais sua língua, que é muito bela. Além disso, estou satisfeita com o trabalho que eu estou realizando aqui no Brasil ajudando as pessoas mais pobres e necessitadas de atenção médica, oferecendo um atendimento humanizado e acabando com as discriminações sociais. Também gosto muito de poder compartilhar com todos meus colegas as experiências que tive trabalhando em outros países como Venezuela e desta maneira tornar mais amena nossa estadia aqui no Brasil.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A vila de Minas do Leão começou a surgir a partir das descobertas do carvão, por volta de 1795, num local que pertencia a Estância do Leão, daí a origem do nome da vila que nascia. Em 1942, o Engenheiro Frederico Horta Barbosa, deu novo estímulo à exploração do mineral com a Cia. Nacional de Mineração, cuja finalidade era a exploração industrial e a comercialização do carvão no Rio Grande do Sul.

Com a criação do DACM (Departamento Autônomo de Carvão Mineral) em 1947, houve novo incremento a exploração do carvão, com equipamentos importados, maiores recursos e, por conseguinte o crescimento da Vila das Minas do Leão. Contava com uma economia diversificada entre a grande produção mineral de carvão, com reservas de 200 milhões de toneladas, a sólida produção do setor

primário, uma expressiva produção agra pastoril e um setor comercial e de serviços em franco desenvolvimento.

O município de Minas do Leão, estado Rio Grande do Sul, situa-se as margens do BR 290 (Porto Alegre - Uruguaiana) ao Sul, ao Norte com a Fazenda Água Boa, e entre os municípios de Butiá ao Este e Pântano Grande ao Oeste, numa distância de 87 km da Capital do Estado (Porto Alegre). Utilizando o gentílico Leoneses, o município conta com uma população de 7.855 habitantes aproximadamente e os serviços públicos de saúde estão distribuídos da seguinte maneira: contam com uma Unidade de Pronto Atendimento e uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas farmácias, uma pública e uma popular, na qual a prefeitura do município tem um convênio para que a população compre a preço mais baixo, caso algum medicamento esteja em falta na farmácia pública. Além disso, temos um consultório odontológico que fica na Unidade de Pronto Atendimento. Não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Quanto à atenção especializada, contamos com um ginecologista e uma pediatra. Temos que encaminhar as demais especialidades para Porto Alegre, que é a capital do estado. Não temos serviço hospitalar, mas temos um hospital de referência que é o hospital de São Gerônimo, para onde encaminhamos os usuários que precisarem hospitalização. Também contamos com um laboratório onde os usuários tem disponibilidade de realizar exames complementares.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) da qual faço parte atua num local adaptado e fica na periferia do município. A mesma mantém um vínculo estreito com a Unidade de Pronto Atendimento, porque exceto as consultas médicas, a maioria dos serviços que são oferecidos à população fica nesse centro de saúde, assim como as instituições de ensino. A estrutura da UBS é bem pequena, o comprimento é mais ou menos de 42 metros quadrados. Possui uma sala de recepção, dois consultórios médicos, dois banheiros, uma sala de enfermagem e sala de procedimentos de enfermagem, mas não tem sala de esterilização, já que fica no mesmo lugar que a sala de procedimento e tem uma cozinha, não temos sala de vacinação nem consultório odontológico.



Figura 1: Sala de espera da UBS João Tadeu Souza.

A situação de minha equipe de saúde da família é muito boa. E está composta por uma enfermeira, coordenadora da UBS, uma assistente de enfermagem, uma médica e cinco agentes comunitários de saúde, que ajudam a realização das visitas domiciliares. Além disso, temos um ginecologista que realiza consultas todas às quintas-feiras e temos uma nutricionista que realiza consultas quinzenais. Não temos pediatra e nem psicóloga na UBS, mas temos essas especialidades na Unidade de Pronto Atendimento e assim nós podemos encaminhar aos usuários até lá. Eu, enquanto médica do "Programa Mais Médicos" trabalho de terça a sexta, porque meu dia de estudo é todas as segundas feiras, e faço visita domiciliar as terças na tarde e as quintas na manhã. Atende-se em torno

de 20 fichas diárias, às vezes um pouco mais dependendo a demanda dos usuários no dia.

As doenças crônicas não transmissíveis que mais predominam são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Os usuários com diabetes fazem o exame de HGT todas às quartas feiras, assim como a verificação da pressão aos usuários com hipertensão. As doenças transmissíveis mais frequentes são as Infecções respiratórias altas, por conta do clima úmido, e as diarreias, sendo a causa principal o fato de os usuários não ferverem a água de consumo. Além disso, temos um alto número de pessoas que consomem psicofármacos sem prescrição médica. Nossa comunidade conta com lideranças comunitárias, mas estamos trabalhando nessa aproximação com a comunidade, que até agora vai bem.

O desempenho do secretário da saúde é muito bom. Ele é preocupado com a estrutura para que nosso trabalho seja feito em boas condições. A relação pessoal com nossa equipe é muito boa, eu estou contente e gosto muito de trabalhar aqui. A população é complexa, pois temos uma área em que predomina o uso problemático de droga e existem pessoas analfabetas o que às vezes dificulta nosso trabalho, quanto à língua, mas ainda assim são muitos acolhedores. Eu fico muito feliz de poder trabalhar com minha equipe, porque eles contribuem para que eu trabalhe melhor a cada dia e me estimulam no conhecimento da sua língua, que é muito bela. Além disso, estou satisfeita do trabalho que eu estou fazendo aqui no Brasil ajudando as pessoas mais pobres e necessitadas de atenção médica, oferecendo um atendimento humanizado e isento das discriminações sociais. Também gosto muito de poder compartilhar com todos meus colegas as experiências que tive trabalhando em outros países como Venezuela, e desta maneira fazer mais ameno nossa estadia aqui no Brasil.

Nossa ESF não está 100% equipada, mas tem mais dos 50% dos equipamentos necessários, dentre os que não temos estão: estetoscópio pinar; existe apenas um sonar no município, que fica na Unidade de Pronto Atendimento e quando o ginecologista tem consulta em nossa UBS, traz para oferecer atendimento à gestante. Não temos lanternas, microscópio, oftalmoscópio, otoscópio, geladeira, forno de Pasteur, câmeras fotográficas e nem filmadoras. Contamos com um computador e temos uma ampla cobertura de medicamentos na farmácia que fica na Unidade de Pronto Atendimento, além disso, não contamos com os protocolos de

doenças crônicas não transmissíveis, assim como, procedimentos de enfermagem e nem de atendimento às pessoas idosas. A necessidade mais importante é que não temos os equipamentos para um melhor atendimento de doenças oculares e otorrinos que dificulta nosso atendimento, assim como, o estetoscópio pinar para melhor avaliação da gestante na consulta. Todas essas dificuldades já foram avaliadas com o gestor da secretaria da saúde e está prevista uma reforma da UBS para o ano que vem, assim como, a ampliação do comprimento da UBS e aquisição de equipamentos que hoje não temos aqui. Eu acredito que no início do ano que vem estas limitações estarão resolvidas, mas as coisas que dependem de nós, como os protocolos das doenças, o quanto antes serão resolvidas, e desta maneira contribuir ao pensamento científico na avaliação do usuário.

Quanto às atribuições dos profissionais de saúde da ESF, a primeira coisa que fizemos foi o mapeamento e cadastramento da população com a participação das agentes de saúde. Também foi feita a identificação dos grupos de risco na comunidade, assim como, famílias de risco e pessoas com doenças como HAS, DM, Hanseníase e Tuberculose, entre outras. Existe uma realidade que está afetando muito nosso trabalho que é o atendimento que hoje está oferecendo nossa UBS está baseado mais como demanda espontânea, como o Pronto Atendimento, do que como ESF. Desta maneira às vezes é impossível cumprir com as atividades programadas na semana, porque a demanda das doenças na população é muito grande, além disso, temos que realizar um trabalho amplo na educação da população e estamos dispostos a realizar um ótimo trabalho, como manda a ESF.

Semanalmente a UBS oferece dois turnos de visita no domicílio para cuidar a saúde das pessoas que sofrem doenças crônicas, acamados e idosos que não podem procurar atendimento, assim como a realização de encaminhamento a outras especialidades ou ao pronto atendimento ou hospital seguindo os protocolos correspondentes caso alguém apresente qualquer urgência o emergência na área de abrangência, porque ainda não contamos com o suficiente equipamento em nossa UBS para cobrir essa demanda. Dentre dos cuidados de saúde domiciliar que oferecemos estão consultas médicas e de enfermagem, assim como de outros profissionais como nutricionista, além disso, curativos, verificação de pressão arterial, cuidados puerperais e, sobretudo orientações para melhorar o estado de saúde da população e mudar níveis de vida inadequada. Eu acredito que até agora o trabalho está saindo pouco a pouco, mas acho que ainda falta muito para chegar à

perfeição do atendimento que oferecemos hoje nossa ESF, mas confio em minha equipe de trabalho e na vontade que temos todos de levar adiante a saúde em nossa população.

Nossa equipe possui uma área de abrangência com uma população de aproximadamente 3000 pessoas, que é adequada esta quantidade de pessoas para uma equipe da ESF. Segundo estimativas do caderno de ações programáticas do curso, a quantidade de crianças menores de um ano é de 32 crianças, adolescentes aproximadamente 349, idosos 397 e 37 gestantes. Na distribuição das pessoas por sexo e grupo etário, temos aproximadamente 1.623 mulheres e 1.377 homens, assim como a população em idade fértil que chega a 849 mulheres entre 10 e 49 anos. Existe diferença muito grande quanto a número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como são 412 pessoas com Hipertensão arterial e 89 com Diabetes Mellitus, que na realidade em nossa UBS temos menor número dos que aparecem no Caderno de Ações programáticas. Nesse caso temos que realizar uma busca minuciosa na comunidade, através das visitas domiciliares e com ajuda das agentes comunitárias, para encontrar o restante das pessoas que estão faltando e assim estar mais perto das estimativas apresentadas no Caderno e oferecer um melhor atendimento a estas pessoas que desconhecem o diagnóstico.

O acolhimento em nossa UBS é realizado de maneira rápida e priorizando o atendimento em caso de doenças de agravo e atendimento programado, além disso, damos oportunidade para aqueles casos que aparecem de forma espontânea, realizando uma escuta adequada de cada pessoa, tratando de resolver o problema em questão, ou encaminhando aos serviços necessários, seja Pronto Atendimento, Pronto Socorro ou Hospital. Entramos em contato com as unidades correspondentes para oferecer o atendimento seguro e rápido. Oferecemos um horário de consultas das 08:00 às 12:00 e depois das 13:00 às 15:00, com dois turnos de visita domiciliar oferecidas por cada um dos médicos, de maneira tal que a UBS nunca fica sem atendimento médico. Além disso, temos uma brecha de mais ou menos três ou quatro fichas além das consultas agendadas, que é até 12 fichas, para oferecer atendimento aos casos de demanda espontânea no dia. Para isso o ano que vem está prevista a inauguração de outra ESF para oferecer atendimento ao restante da população que falta do município, que são aproximadamente 4000 pessoas, melhorando desta maneira nosso trabalho e o excesso de demanda espontânea que existe hoje em nossa ESF. Até o momento em que estamos trabalhando na UBS,

nenhuma pessoa saiu de lá sem um acolhimento de sua queixa, porque o principal objetivo de nosso trabalho aqui no Brasil é melhorar a qualidade de vida da população e diminuir a incidência de doenças crônicas através de ações de cuidado, promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos.

Quanto à atenção da saúde da criança, o atendimento em nossa UBS é feito de maneira programada todos os dias da semana no horário da manhã e tarde. As consultas são registradas em prontuários e cadernetas de crianças e arquivadas de forma individual, o que permitiu o preenchimento no Caderno de Ações Programáticas. A cobertura de Saúde da criança em nossa UBS foi avaliada como adequada porque um 89% das crianças de nossa área de abrangência são acompanhadas aqui, o que permite ter uma maior avaliação. Além disso, temos uma pediatra que fica no pronto atendimento que oferece atendimento todas as terças e as quintas feiras da semana, onde são encaminhadas as crianças com necessidade de avaliação. A demanda de doenças agudas não é elevada, mas quando aparece algum caso é avaliado em nossa ESF, e caso necessite encaminhamos ao pronto atendimento ou hospital. Nós entramos em contato com os profissionais correspondentes e realizamos o encaminhamento.

Quanto à qualidade da atenção à saúde da criança, o Caderno de Ações Programáticas e o questionário preenchido mostra que temos 32 crianças menores de um ano, 27 crianças (84%) com as consultas em dia de acordo o protocolo do Ministério da Saúde; 5 (16%) tem atraso nas consultas agendadas; o teste de pezinho é realizado em 100% das crianças acompanhadas; a primeira consulta após o nascimento é feito nos primeiros sete dias de vida em 29 (91%) das crianças; fazemos triagem auditiva aos 100%, assim como o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na ultima consulta. Além disso, 29 (81%) das crianças tem a vacina em dia, e a avaliação da saúde bucal é realizada em 100% das crianças. Também orientamos sobre o aleitamento materno e prevenção de acidente a 100% das mães. Quanto às questões anteriores podemos falar que o atendimento em nossa ESF é feita de maneira adequada, mas eu acredito que podemos melhorar quanto a ter uma cobertura da totalidade das crianças, e a pontualidade deles nas consulta de puericultura, para isto nossa ESF tem feito um grupo de atividades de promoção e prevenção de saúde com as mães das crianças menores de um ano, já que esta etapa da vida é a mais vulnerável; desta maneira conseguimos romper com as barreiras da consulta como é trazer seus filhos a consulta só quando estão doentes,

estas atividades ajudam para nós ensinar pouco a pouco as mães a conscientizar-se com a importância das consultas preventivas, porque deste jeito diminui a morbimortalidade no menor de um ano e melhora ainda mais a qualidade de nosso trabalho.

O registro do atendimento pré-natal e puerpério são feito de forma organizada o que permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas, neste caso a cobertura de minha ESF foi avaliada e tem 37 (82 %) da população das gestantes de nossa área acompanhada, assim como 27 (73 %) de início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Além disso, a 100% das gestantes foram solicitados os exames laboratoriais na primeira consulta, 29 (78%) tiveram as consultas em dia de acordo com calendário, 32 (86%) tiveram as vacinas antitetânicas e 29 (78%) da vacina hepatites B de acordo ao protocolo. Aos 100% das gestantes prescrevia-se o suplemento de sulfato ferroso, assim como o exame ginecológico por trimestre, entretanto só 22 (59%) das gestantes tiveram avaliação bucal. Quanto à cobertura do puerpério foi de 32 (89%) das gestantes, 28 (88%) tiveram consultas antes dos 42 dias de pós-parto, 100% tiveram sua consulta puerperal registrada e 100% receberam orientações sobre cuidados básicos do recém-nascido, 29 (91%) receberam orientações de planejamento familiar, 31 (97%) tiveram as mamas examinadas, 27 (84%) tiveram o abdômen examinado e 100% das gestantes realizarem-se exame ginecológico, assim como seu estado psicológico e avaliadas quanto à intercorrências. Quanto a estas dicas anteriores podemos falar que o trabalho não foi feito de maneira satisfatória nem insatisfatória. Temos que garantir que a totalidade das gestantes procure atendimento em nossa ESF para oferecer um maior percentual na cobertura de atendimento, além disso, tiveram algumas irregularidades, na atenção a saúde bucal das gestantes, e na pontualidade das consultas puerperais, mas eu acredito que hoje com nosso trabalho possa melhorar ainda mais, porque nossa ESF está empenhada em lutar para levar adiante a saúde na comunidade, e que a população esteja contente com seu atendimento, para que todas as gestantes, puérperas e familiares possam disfrutar a chegada de um novo integrante na família.

O câncer de colo de útero e câncer de mama são umas das primeiras causas de morte entre as mulheres. Nossa ESF tem um controle adequado neste campo de ações, oferece atendimento todas as terças feiras de cada semana para que as mulheres de 25-64 anos façam a coleta do exame citopatológico, com prévia

programação pela agente comunitária, a enfermeira, e o médico geral integral, além de que da cobertura a realização do exame, aquela mulher que não esteja programada esse dia a consulta e procure nossa UBS para sua realização. Estes dados são registrados nos prontuário individual de cada usuário, nas fichas de atendimento ambulatorial e na requisição específica da coleta do exame preventivo. A revisão periódica destes registros permite recuperar exames atrasados, os usuários ausentes à consulta e controle das mulheres com exames alterados para que não percam o seguimento com ginecologista e oncologista, além disso, permitiu o preenchimento fácil do Caderno de Ações Programáticas e contribuiu a uma correta avaliação. Nossa UBS conta com uma cobertura de atendimento de 745 (90%) das mulheres de 25-64 anos de nossa área de abrangência, 656 (88%) tem o exame citopatológico em dia, 98 (13%) com mais de seis meses de atraso do exame, 25 (3%) com exame alterado, 327 (44%) tem risco de sofrer esta doença, aos 100% se oferece orientação sobre o câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis (DST), 653 (88%) tiveram exames coletados com amostra satisfatória, assim como, 5 (1%) tiveram exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. Acho que o processo do trabalho em nossa ESF é feito de maneira adequada neste aspecto, porque durante a realização da coleta de exame que é realizado pela enfermeira da UBS. A mulher é avaliada em conjunto com o médico geral integral, para desta maneira se aparecesse qualquer alteração macroscópica do colo como cervicites e corrimentos vaginais, ser indicado o tratamento oportuno atendendo a clínica sem ter que esperar pelo resultado do preventivo que chega ao redor de 30 dias, tempo muito longo para proceder ao tratamento. Em caso de alteração do exame, a mulher é encaminhada com urgência ao ginecologista e a sua vez ao oncologista para proceder ao mais rápido possível ao tratamento.

Mesmo com essas ações estruturadas, avalia-se a necessidade de incrementar as ações de promoção e prevenção de saúde para motivar a estes usuários e assim procurem com pontualidade a realização do preventivo que é feito anual, e não percam esta oportunidade que oferece o SUS de forma gratuita a todas as mulheres nesta idade. Outra doença muito importante que não podemos deixar de falar e o câncer de mama. Nossa UBS tem uma cobertura de atendimento de 237 (76%) das mulheres de 50-64 anos de nossa área de abrangência, 189 (80%) tem em dia a mamografia e 28 (12%) tem atraso de mais de três meses, 82 (35%) tem

risco de sofrer esta doença e aos 100% receberam orientação sobre câncer de mama. Estes dados são registrados também no prontuário da usuária e nas fichas de atendimento ambulatorial, o que permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Neste caso o seguimento é feito mesma forma que no cuidado do câncer de colo, porque o mesmo dia que as mulheres vão a consulta a fazer o citopatológico é feito também pela enfermeira o exame das mamas. Caso seja uma mulher de 40 anos ou mais é indicado o exame de mamografia como aponta o protocolo, que é feito anual pela cobertura que oferece o SUS, porque na realidade deve ser feito cada dois anos, isto é uma vantagem quanto à prevenção desta doença. No caso que ao exame físico encontrasse alguns sinais em alguma mulher é corroborado pelo médico, e independentemente da idade, então é indicada a mamografia e encaminhada ao ginecologista para melhor estudo e tratamento oportuno. No caso que a mamografia esteja alterada, a mulher é encaminhada ao oncologista e a ESF continua o seguimento desta usuária para que não perca consulta nem tratamento, desta maneira nós realizamos o cuidado da saúde da mulher nestes aspectos. Mas acredito que ainda temos que seguir trabalhando muito para incorporar a totalidade deste grupo populacional ao seguimento, controle e avaliação de sua saúde, através da intensificação das ações de promoção e prevenção da saúde, quanto a fatores de riscos destas doenças na população de nossa área de abrangência. Além disso, educar e ensinar às mulheres a realização de seu autoexame de mama mensal, que pode ser feito pelas mesmas em sua casa, sem a necessidade de esperar o próximo ano até que cheguem os exames de rotina. Este autoexame ajuda a que a mulher descubra alguns sinais e possa procurar atendimento de forma oportuna, assim desta maneira diminuir a incidência das mesmas, que se são descobertas a tempo, também diminui a morbimortalidade na mulher.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes na população. Nossa UBS oferece atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, todos os dias da semana nos dois turnos, além de que atendemos os problemas agudos destas doenças, e indicamos encaminhamento ao pronto atendimento ou hospitalar ou a outras especialidades se o usuário precisar. As consultas são registradas em prontuário individual de cada usuário e nas fichas de atendimento ambulatorial, o que permitiu o preenchimento fácil do Caderno de Ações programáticas. A cobertura de atendimento dos usuários acima de 20 anos

com HAS em nossa área de abrangência é de 412 (61%), mas acredito que este número de usuários não deve ser a realidade da população, já que fatores de risco com sedentarismo, colesterol e triglicérides altos, hábito de fumar, tomar bebidas alcoólicas, droga e alimentação inadequada como gorduras e doces, são as principais causas de sofrer estas doenças, além disso, não existe costume na população de verificar a pressão arterial de forma periódica, assim como, não vem à consulta de seguimento preventivo, só quando estão doentes. Todos esses elementos fazem com que o seguimento destes usuários não seja bom, portanto temos que incrementar a pesquisa ativa em nossa área de abrangência quanto a estas doenças, através das visitas domiciliares em conjunto as agentes comunitárias, e a realização de atividades grupais, como rodas de conversa e debates sobre fatores de risco e complicações mais frequentes destas doenças, que na realidade são muito perigosas e quase sempre comprometem a vida destes usuários, desta maneira aumenta o nível de conhecimento na população quanto à percepção de riscos, ajudamos a melhorar o atendimento e diminuição em grande medida da morbimortalidade que acarream.

Quanto aos indicadores de qualidade das pessoas com hipertensão Arterial, temos que a realização de estratificação e risco cardiovascular é feito aos 100% da população; 148 (36%) tem atraso mais de sete dias as consultas agendadas; 327 (79%) têm exames complementares periódicos em dia; aos 100% se oferece orientação sobre prática de exercício físico regular e nutricional para alimentação saudável, e só 213 (52%) tem avaliação de saúde bucal em dia. Este último dado é devido ao falta de uma maior cobertura de atendimento odontológico no município, porque contamos com um consultório médico odontológico que funciona dois dias na semana, que não dá para oferecer atendimento a toda a população, diante disto alguns usuários desistem de atendimentos preventivos e só procuram quando estão doentes, mas acredito que a falta de atendimento odontológico é umas das causas mais frequentes da não compensação destas doenças. Quanto aos usuários com diabetes mellitus o seguimento é igual é o mesmo que o realizado com os usuários hipertensos. Nossa UBS determinou todas as quartas feiras para realizar a verificação de HGT e por tanto de pressão arterial a estes usuários, em busca de compensações, sem a necessidade de marcar ficha para consulta, neste aspecto alguns usuários cumprem muito bem, mas a cobertura de atendimento na população é de 89 (46%), mais baixo que de HAS, também acredito que este não seja o

número real, porque como mesmo acontece com a verificação periódica de pressão arterial passa também com a verificação periódica de glicose na população, e, sobretudo com pessoas com fatores de risco. A realização de estratificação de risco cardiovascular é feita aos 100% destes usuários, 25 (28%) tem atraso nas consultas em mais de sete dias, 58 (65%) tem exames complementários periódicos em dia, aos 100% é feito o exame físico e a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Oferece-se orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável aos 100% dos usuários. Com avaliação de saúde bucal em dia temos o 33 (37%). Acho que muitas coisas podem melhorar de forma imediata, e outras como o atendimento odontológico, que será resolvido mais adiante, porque não depende de nós. Mas acredito que pouco a pouco o trabalho sai, porque apresentamos empenho no cuidado à saúde da população de nossa área de abrangência.

As pessoas idosas são um dos grupos etários mais vulneráveis dentre da comunidade, e constituem parte importante da população de minha área de abrangência, pelo qual é fundamental o cuidado da saúde destas pessoas. Em minha ESF oferecemos atendimento às pessoas idosas todos os dias da semana em qualquer horário de consulta, mas o atendimento na maioria dos casos é domiciliar, fundamentalmente pessoas acamadas e com doenças crônicas que se impossibilita seu deslocamento até a UBS. As visitas domiciliares são oferecidas duas vezes na semana, além que atendemos os casos de demanda aguda, e encaminhamos ao pronto atendimento ou hospitalar ou outras especialidades se o usuário precisar. As consultas são registradas nos prontuários individuais e nas fichas de atendimento ambulatorial de cada usuário são arquivadas, o que permitiu o preenchimento fácil do Caderno de Ações programáticas e do questionário.

Em nossa ESF temos 397 pessoas idosas dentre da população da área de abrangência e acho que é adequada já que contamos com 97% do total. Quanto à qualidade do trabalho acho que é adequado também porque 100% dos usuários têm prontuários individuais. Aponta-se como deficiência a disponibilidade das cadernetas de saúde da pessoa idosa em 100% dos usuários, mas contamos com o programa “cuidando com carinho” onde os usuários se têm estas cadernetas, acredito que é porque não dá para todos. Este programa é muito bom para eles porque fazem muitas atividades que ajudam a melhorar seu estado de saúde e inter-relacionar-se com outras pessoas de sua idade. Realiza-se avaliação multidimensional rápida a

289 (73%) dos idosos; 315 (79%) tem o acompanhamento em dia; 109 (27%) têm HAS e 48 (12%) Diabetes. A avaliação de risco para morbimortalidade e a investigação de indicadores de fragilidade na velhice é feito aos 100%, assim como orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular. Tem avaliação bucal em dia 159 (40%) dos usuários, que é o indicador mais baixo. Acho que este grupo etário é um dos mais favorecidos em nossa população, já que precisam ao igual que as crianças de melhor atenção médica e uma maior preocupação de nossa ESF, sempre tratando a maneira de melhorar sua qualidade de vida.

Uns dos maiores desafios que enfrentamos é conseguir que as mães das crianças procurem as consultas preventivas de puericulturas, e não quando estiver doente. Da mesma forma acontece com a qualidade do atendimento na primeira consulta, na primeira semana de vida em 100% das crianças cadastradas, porque na maioria das mães não tem percepção do risco, nem conhecem a importância que tem esta primeira consulta. Por conta disso, aponta-se que é trabalhoso cumprir com este aspecto. Outro desafio é a realização da primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, porque conta-se apenas com um consultório odontológico no município, e isto traz consigo o comprometimento desta meta, mas a reforma da UBS está sendo aguardada e acontecerá à inauguração de outro consultório, o que pode ser uns dos melhores recursos de ótima ajuda para a comunidade e para nossa equipe.

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

Finalizando este análise situacional concluímos que ainda temos muitos desafios para melhorar, o mais importante é a atenção à saúde bucal da população e a estrutura e equipamentos de nossa UBS, mas estamos aguardando pela reforma e abertura de outro consultório médico, assim como odontológico. Quando realizamos a comparação sobre o texto realizado ao início do curso sobre a situação da ESF na APS e o Relatório da Análise Situacional, podemos dizer que não chegamos nem perto na descrição da realidade no primeiro, já que o relatado neste último foi de forma mais detalhada conseguindo ter uma descrição mais real da situação existente na UBS, por conta disso acho que o curso de especialização foi

ótimo e adequado, porque nos permitiu conhecer a situação da área de abrangência, e desta maneira realizar mais ações de promoção e prevenção de saúde ajudando na melhoria de nosso trabalho, nas condições estruturais da UBS e na atenção a saúde das crianças, levando adiante a saúde em nossa comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A taxa de mortalidade infantil (referente as criança menores de um ano) reduziu nas últimas décadas no Brasil, graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e outros fatores. Os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Além disso, 68,6% das mortes de criança com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde-tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Com o objetivo de intervir nesta realidade, foi lançado, em 1983, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, "que propõe ações voltadas a sua integralidade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital" (CARDOSO, 2008, p. 147). Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetiva, principalmente, reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência (SERRUYA, 2003). Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), que reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis. Diante dos desafios apresentados, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, trata-se da Rede Cegonha, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materna-Infantil, e de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade no Brasil. Esta trouxe um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado a gravidez,

ao parto/nascimento e a atenção integral a saúde da criança. Baseia-se na qualificação técnica das equipes de atenção básica e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidade) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e a humanização do parto e do nascimento.

O foco deste projeto de intervenção é a atenção à saúde da criança de zero a 72 meses de idade. A escolha fundamenta-se na necessidade em qualificar a atenção oferecida a essa população que contemplem diversos aspectos relacionados a essa faixa etária. Destaca-se, por exemplo, a atenção à saúde bucal, pois apesar da maioria das crianças menores de um ano serem avaliadas, a atenção às crianças maiores de um ano, não é feita de forma preventiva, só em quadro agudo. A intervenção buscará também o controle da prevenção da anemia, porque não é feito o exame aos seis meses de idade, como deveria ser realizado para o diagnóstico precoce da anemia e começar tratamento oportuno. O seguimento preventivo das crianças acima de 12 meses de idade também não é feito de forma adequada, porque costumam procurar atendimento por conta de doenças agudas e não para as consultas preventivas de puericultura. Por isso a intervenção é muito importante para a saúde desta população.

O atendimento à criança em nossa ESF é feito de maneira programada e as consultas são registradas em prontuários e cadernetas de crianças, e arquivadas de forma individual, mas acredita-se que se pode melhorar quanto a ter uma cobertura da totalidade das crianças, bem como na pontualidade deles nas consultas de puericultura. Para isto a ESF tem feito um grupo de atividades de promoção e prevenção de saúde com as mães das crianças menores de um ano, já que esta etapa da vida é a mais vulnerável; desta maneira tem-se conseguido romper com as barreiras da consulta como é trazer seus filhos a consulta só quando estão doentes. Estas atividades ajudam a discutir com as mães a importância das consultas preventivas, porque deste jeito diminui a morbimortalidade no menor de um ano e melhora ainda mais a qualidade do trabalho. A demanda de doenças agudas não é elevada, mas quando aparece algum caso é avaliado pela ESF, e se precisar de encaminhamento ao pronto atendimento ou ao hospital, é realizado contato com o pessoal médico correspondente e procede ao encaminhamento.

Com esta intervenção pretendemos melhorar o atendimento à saúde das crianças de zero a 72 meses de idade, para isto deve-se ampliar a cobertura para

95% das crianças cadastradas na UBS, com possibilidade de alcance de 100% se a equipe der continuidade à intervenção incorporando as ações no cotidiano do serviço, fazendo ações de monitoramento, e avaliação, organização e gestão do serviço, de engajamento público e qualificação da prática clínica. O acompanhamento já vinha sendo realizado em 89% das crianças cadastradas da área de abrangência, mas a atenção à saúde bucal da criança não vem acontecendo de forma adequada na UBS, como orientam os protocolos das consultas de puericultura. Espera-se que, portanto com este projeto de intervenção as atividades sejam adequadamente planejadas promovendo a prevenção de cuidados de saúde bucal e consultas preventivas de puericultura nas crianças, assim como a avaliação conjunta das crianças até 72 meses com odontólogo e psiquiatra que também está comprometida na UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar à Atenção à saúde da criança de zero até 72 meses de idade na UBS João Tadeu Souza.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade 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.

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 sete dias de vida.

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

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

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

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

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.

Objetivo 6: Promover à saúde das crianças:

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

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 quatro meses na Unidade Básica de Saúde João Tadeu Souza, no Município de Minas do Leão, R/S. Participarão da intervenção 155 crianças de zero a 72 meses de idade da área adstrita. Os agentes comunitários de saúde realizaram o cadastramento das famílias (Ficha A) no domicílio, por meio de visitas domiciliares, que ajudaram no cadastramento das crianças em consultas. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde da Criança, (2012), assim como o Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Ministério da Saúde, Brasília (2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado semanalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente, na última sexta-feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe. O percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida será monitorado por meio da revisão semanal das gestantes com tempo gestacional próximo a data provável de parto, para determinar o número possível de ingresso ao programa de puericultura.

Durante a intervenção também serão monitorados o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, com déficit e excesso de peso, com vacinas atrasadas, as que receberem suplementação de ferro, para isso serão avaliados a necessidade de tratamento odontológico, cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a partir da revisão dos prontuários das crianças e ficha espelho semanal, assim como nas consultas de puericultura, para avaliar o desenvolvimento.

Também será revisada na primeira consulta da primeira semana de vida, as crianças que realizaram o teste auditivo, para avaliar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva, porque o exame é realizado no hospital antes da alta,

mas se não forem realizado, será providenciado a marcação do exame pela enfermeira da ESF, antes do primeiro mês de vida.

O monitoramento do percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias, será realizado na primeira visita domiciliar na primeira semana de vida a realização do exame, para avaliar o percentual de crianças que realizou o teste do pezinho.

O registro de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde será revisado ao final da semana, já o monitoramento do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, será realizado da seguinte maneira: será estabelecido o risco as crianças na primeira consulta na primeira semana de vida, e serão reavaliados em cada consulta de puericultura. Portanto serão revisados ao final da semana os registros dos acompanhamentos realizados, e nas visitas domiciliares o número de crianças de alto risco e com consultas em atraso na comunidade. Além disso, serão revisados os prontuários e fichas espelhos das crianças com acompanhamento na semana, assim como nas consultas de puericulturas, para avaliar o registro das orientações, aleitamento materno e as atividades coletivas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O cadastramento das crianças acontecerá nas consultas programadas, nós apoiaremos das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde nos domicílios, e estes preencherão a Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A), bem como a Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança), disponíveis na unidade.

O atendimento será todos os dias da semana no horário da manhã e tarde, e os casos agudos de demanda espontânea serão encaminhados ao pronto atendimento para evitar demora no atendimento, porque serão destinadas cinco fichas semanais para o atendimento de crianças faltosas as consultas. Será realizada busca ativa semanal de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, além disso, se providenciará a realização da consulta na primeira semana de vida nas vistas domiciliares da enfermeira e do médico. Serão providenciados pelo gestor da saúde todos os equipamentos necessários para garantir esta ação.

Destaca-se que já existem na UBS bibliografia atualizada de 2013 com os protocolos de atenção a saúde da criança, assim como, o Manual Eletrônico da atenção de 2012.

As crianças que forem diagnosticadas com atraso em seu desenvolvimento serão encaminhadas para avaliação especializada e tratamento otimizado. Bem como será criado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit e excesso de peso, para isto se identificarão de cor amarela os prontuários e cadernetas das crianças com déficit e excesso de peso.

Será providenciada com a enfermeira do ponto vacinação que fica no pronto atendimento, a priorização das crianças com atraso na vacinação. Além disso, será providenciada com o odontólogo do pronto atendimento, a priorização do atendimento das crianças. E em cada consulta se avaliaram as crianças maiores de 6 meses com necessidade de atendimento odontológico. No caso dos exames que não forem realizados no hospital antes da alta, será providenciada a marcação do exame no primeiro mês de vida. Assim como a realização do teste do pezinho na primeira consulta na primeira semana de vida, ou na primeira visita domiciliar.

Será realizado um convênio com as farmácias populares, para que o suplemento seja vendido à metade de preço, porque esta medicação não vem pelo SUS.

Serão organizadas as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e a agenda será organizada para acolher as crianças provenientes das buscas, para isto serão disponibilizadas cinco fichas semanais para o atendimento das crianças provenientes da busca ativa de crianças faltosas. As crianças com alto risco serão avaliadas de acordo com o protocolo da atenção a saúde da criança. E as fichas se identificarão pela cor vermelho.

O registro e monitoramento das informações serão realizados pela enfermeira e o médico da ESF. Todos os membros da equipe realizarão atividades de promoção e prevenção na comunidade, tanto nas visitas domiciliares e escolas, como na sala de espera aguardando acompanhamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

No processo da intervenção serão realizadas ações de educação em saúde, vídeo debates e grupos com os pais das crianças de zero a 72 meses de idade, para

orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança, e quais os seus benefícios.

Serão informadas às mães, pais e familiares 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 na primeira semana de vida. Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança, às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade. Para isto serão realizados os grupos de crianças duas vezes ao mês para oferecer a informação necessária aos pais e/ou responsáveis, além de realizar a explicação necessária nas consultas de puericulturas. Será realizada a explicação adequada das condutas, em cada atendimento as crianças.

Nos grupos e consultas, também serão compartilhadas informações aos pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança). Orientar sobre o calendário vacinal da criança, importância da suplementação de ferro, do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, assim como o teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de criança de 6 a 72 meses de idade, sobre atendimento odontológico prioritário de criança de 6 a 72 meses de idade, e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança. Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. - Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária. Será informado também, com tempo adiantado, o calendário vacinal, nas consultas de puericultura.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe da UBS será capacitada para o acolhimento da criança nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos pelo Ministério da Saúde bem como quanto aos instrumentos de registro da unidade e do cartão da criança.

A capacitação acerca das informações que devem ser fornecidas aos pais ou responsáveis e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, acolhimento da criança; importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança será realizada na primeira reunião da equipe, para isto se providenciará uma hora antes da reunião mensal.

Nas reuniões de equipe serão realizadas ainda treinamento das técnicas de enfermagem para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde; padronização entre a equipe na realização das medidas; treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança; avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança; preenchimento da ficha de desenvolvimento; leitura do cartão da criança, registro inadequado inclusive na ficha espelho da vacina ministrada e seu aprazamento; avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade; para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento a crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico; para realização de orientação nutricional adequada conforme a idade da criança

A equipe também será treinada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde e capacitada para a identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade; para a identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança; para o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de “pega”.

Os profissionais serão informados sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção e capacitados para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 6 a 72 meses de idade; bem como serão instrumentalizados para capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

O médico será capacitado para fornecer as recomendações de suplemento de Sulfato Ferroso do Ministério de Saúde e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência

As capacitações mais necessárias para o início da intervenção serão realizadas na primeira reunião da equipe, demais informações serão trabalhadas durante os quatro meses da intervenção, para isto se providenciará uma hora antes

da reunião mensal. Será realizado pela nutricionista da UBS e especialistas que trabalham no pronto atendimento como pediatras.

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 95% 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) avaliado.

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

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitorado 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com 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

A logística é baseada na estrutura da ação programática, começando pelos itens seguintes: Protocolo ou Manual Técnico, Registro Específico e Monitoramento Regular. Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde da criança será adotado o Protocolo de Saúde da Criança, Ministério da Saúde (2012), assim como o Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Ministério Da Saúde, Brasília (2013), que na ESF contamos com um exemplar de cada um. Utilizaremos também a Caderneta da Criança, já que as 150 crianças têm suas cadernetas desde o nascimento. As fichas espelho a serem utilizadas já estão prontas na ESF as 150 cópias necessárias para a intervenção que foi realizada aqui em nossa UBS, além de 30 cópias a mais em caso de que alguma folha se estrague. Quanto aos prontuários manuais disponíveis no município, não temos problemas porque também estão disponíveis na ESF, que coleta toda a informação necessária sobre o acompanhamento da saúde da criança de zero até 72 meses de idade. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que está pronta na ESF, para isto contamos com um computador na UBS, além disso, o gestor da saúde providenciará outro no mês de janeiro.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as crianças de zero a 72 meses de idade nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários e a caderneta da criança e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas de puericulturas e avaliação bucal em atrasos, assim como vacinas em atraso.

As ações de Monitoramento e avaliação se realizará semanalmente na UBS, e os responsáveis serão a enfermeira e o médico, às sextas-feiras uma hora

no horário da tarde. Os agentes comunitários da saúde serão responsáveis pelo cadastramento e busca ativa das crianças faltosas da área de abrangência nas visitas domiciliares. Assim como, a priorização do atendimento as crianças, realizado pela enfermeira e o médico na UBS, viabilizando cinco consultas semanais para as crianças atrasadas, sendo 20 no mês. Serão providenciados junto ao gestor da saúde os equipamentos necessários para a avaliação do peso e comprimento (2 fitas métricas, 2 balanças e 2 antropômetros), não permitir a falta de vacinas e nem de medicação.

As ações de engajamento público serão realizadas pelos profissionais da equipe, como a enfermeira, médico, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Para isto serão programadas atividades como: ações de educação em saúde e vídeo debates nos grupos de crianças. Utilizaremos para esta atividade computador, retroprojeter de imagem, e a tela para projeção de imagem, que já existem no local do grupo “Cuidando com Carinho”, onde são realizados os grupos de crianças duas vezes no mês, informando sobre a importância das consultas de puericulturas, avaliação da saúde bucal, o calendário vacinal, e a realização dos diferentes testes no primeiro mês de vida, após o nascimento. Existe também um ônibus providenciado pela prefeitura e líderes comunitários, para o traslado das crianças com suas mães até este local, onde serão realizadas todas as atividades.

As ações de qualificação da prática clínica se realizarão através da capacitação da equipe quanto ao acolhimento e saúde da criança, e sobre as informações que devem ser fornecidas a mãe e a comunidade em geral sobre este programa; realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento; assim como a interpretação e o preenchimento das curvas de crescimento do cartão da criança; capacitar quanto às recomendações de suplementação de Sulfato Ferroso do Ministério de Saúde; incorporação de triagem auditiva; para a realização de teste do pezinho; avaliação da necessidade de atendimento odontológico; capacitar as ACS para o reconhecimento dos fatores de risco, e na identificação da criança em atraso de consulta. As capacitações serão realizadas por profissionais especialistas, que trabalham no pronto atendimento. Para isto será utilizada bibliografia atualizada na atenção a saúde da criança como os protocolos e o manual, além disso, o material serão expor pelos membros da

equipe, se providenciará uma hora da reunião de equipe de cada mês, o qual acontecerá na própria UBS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção sobre a ação programática de atenção à saúde das crianças de zero até 72 meses de idade na UBS João Tadeu Souza, do Município Minas do Leão, Rio Grande do sul, foi desenvolvida de acordo as ações e cronograma previstos.

No primeiro mês foi realizada a primeira capacitação do protocolo da atenção às crianças de zero a 72 meses de idade aos profissionais da equipe, pela nutricionista e a capacitação aos agentes comunitários de saúde quanto ao cadastramento das famílias e as buscas de crianças faltosas a consulta pela médica. Também foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, onde a enfermeira foi à encarregada da organização e planejamento das consultas e do acompanhamento das atividades para serem realizadas segundo o cronograma. Eu médica da equipe fiquei responsável pelo atendimento clínico e junto com a enfermeira também realizamos o monitoramento dos resultados ao final de cada semana de trabalho, e a inserção das informações na Planilha de Coleta de Dados. Os agentes comunitários realizaram o cadastramento das famílias que favoreceu o cadastro das crianças ao programa, bem como participaram das atividades coletivas e da busca ativa das crianças faltosas às consultas. Na primeira semana do primeiro mês ficou pendente a tarefa de contanto com lideranças comunitárias, a mesma não foi realizada, porque dos quatros representantes de comunidade que foram convidados apenas um compareceu, mas o encontro foi adiado para o dia 10 de fevereiro.



Figura 2: Atendimento Clínico

Na segunda semana foi realizada esta atividade, que felizmente tivemos a participação de três líderes, no qual o principal tema abordado foi a importância da ação programática da atenção à saúde das crianças de zero até 72 meses de idade, nela os representantes tiveram de acordo com apoiar esta intervenção e ajudar para que a comunidade procure a UBS para assistir as consultas planejadas.

O segundo mês desta intervenção foi realizado pela equipe que deu continuidade durante o período de minhas férias em Cuba. Durante esse período de tempos os agentes comunitários de saúde ajudaram na realização parcial das atividades com o grupo de pais planejados no local “Cuidando com Carinho”, porque tivemos algumas dificuldades na assistência dos pais pela problemática que enfrentamos com o ônibus da prefeitura, o mesmo quebrou e não foi possível oferecer o percurso pelos bairros como estava previsto. Outra dificuldade apresentada foi com as consultas odontológicas programáticas que foram realizadas também parcialmente, porque o dentista não chegava a tempo para as consultas ou simplesmente não comparecia, e então as mães se cansavam de aguardar e iam embora, ou outras mães não buscavam atendimento. Esta dificuldade foi conversada com o gestor de saúde, que relatou que o município só possuía um dentista, e que já havia tido uma conversa com ele. O gestor apontou ainda que poderia dispensa-lo no momento, pois não tinha ninguém para substituí-lo e que

estava faltando um dentista a mais no município. Relatou que já estava sendo difícil procurar por um, imagina por dois. Mas ainda assim continuamos trabalhando para que a comunidade tivesse conhecimento sobre a importância da saúde bucal e soubessem que precisam procurar atendimento odontológico da mesma maneira que procuram para tomar as vacinas. Foi realizado contato com as lideranças da comunidade, para avaliar o comportamento da população, quanto ao comparecimento das crianças às consultas. Na reunião participaram o líder do bairro São José e do recreio, o gestor de saúde não conseguiu chegar porque estava em outra atividade. Valeu a pena as ações realizadas pelos líderes junto aos agentes comunitários de saúde, sobre promoção e prevenção da saúde casa por casa nas visitas domiciliares.

No terceiro mês, a médica, que havia retornado de férias, realizou a capacitação da equipe, com o tema “cuidado da saúde das crianças na vida familiar”. A participação nessa capacitação foi muito boa e decidimos adiantar a capacitação da próxima semana que é correspondente ao quarto mês, último da intervenção, com muito boa participação dos integrantes.

Quanto às atividades do grupo de pais foi realizada na UBS como planejado, mas infelizmente o comparecimento dos pais foi ruim (dois e/ou três pais nas atividades realizadas duas vezes ao mês), ante esta situação a equipe decidiu realizar parceria com as escolas da área de abrangência, para ajudar no cumprimento desta meta realizando atividades de promoção de saúde com as crianças de cinco e seis anos de idade.

No quarto mês de intervenção as atividades planejadas em parceria com as escolas foram realizadas. Portanto na semana 14 e 16 realizaram-se ações de promoção e educação em saúde bucal na escola Getúlio Vargas com participação de toda a equipe (a enfermeira, os agentes comunitários de saúde e a médica). A atividade foi dirigida fundamentalmente as turmas de crianças de cinco e seis anos de idade, foram classificadas como boas pela participação das crianças, nós distribuímos material para ler em casa junto aos pais sobre higiene bucal, além de explicar e logo realizar a prática da escovação adequada. Ao finalizar a atividade foi indicado que as crianças conversarem com os pais para que procurem atendimento odontológico, pela importância que tem manter a saúde bucal para evitar cáries e a morfologia normal dos dentes.



Figura 3: Escola Getúlio Vargas

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na quarta semana de intervenção não foi possível realizar as atividades coletivas do grupo de pais porque ninguém compareceu, ainda não foi resolvido o problema do ônibus para levar aos pais até o local destinado para a realização da atividade. Por conta disso foi discutido que as próximas atividades acontecerão na UBS.

Mais uma vez no quarto mês de intervenção não conseguimos realizar o contato com os líderes comunitários porque os mesmos não compareceram, esta foi uma dificuldade que apresentamos nos últimos meses da intervenção, mas ainda

assim nós conseguimos terminar com a incorporação desta ação programática no cotidiano da ESF e com boa aceitação da comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para alcançar os 100% dos atendimentos das crianças no primeiro mês da intervenção, foi realizada a intensificação dos atendimentos na quarta semana.

No primeiro mês tivemos algumas dificuldades quanto aos computadores da UBS. Novos computadores foram adquiridos, entretanto fios elétricos não estavam disponíveis para a sua instalação. Esse problema demorou mais de um mês para ser solucionado. Considero também que aconteceu porque nesse período estava mudando a direção da Secretaria de Saúde, além do carnaval, e também os trabalhadores descuidaram desse aspecto. A mudança ocorrida na gestão trouxeram benefícios para a UBS como alguns ajustes que estavam pendentes na estrutura.

Apesar de haver tido problemas com os computadores ao início da intervenção, não apresentamos dificuldade na utilização da planilha de coleta de dados e ficha espelho. Foram de grande ajuda para a equipe, pois estas ferramentas nos proporcionou uma melhor organização dos arquivos e um adequado controle dos dados da comunidade de abrangência.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao final do primeiro mês foi identificado que as ações a serem realizadas pela equipe não foram de fácil adesão, porque esta intervenção gerou mais trabalho para a equipe, além de cumprir com todas as suas tarefas, os mesmos tenham que passar as informações nas sextas feiras.

Quanto aos usuários os mesmos mostraram-se satisfeitos e agradecidos com a intervenção e nosso trabalho, porque eles referem que nunca antes um médico havia dedicado horas para fazer visitas a suas casas, e muito menos tocar-lhes o corpo no exame físico, na hora da consulta médica, além disso, apontaram que não era mais preciso ficar horas numa fila com seus filhos aguardando consulta pediátrica.

Com esta intervenção até o momento também temos dados positivos na UBS, porque as atividades foram incorporadas na rotina diária da UBS da mesma maneira que venham sendo desenvolvidas na intervenção. A equipe ajudou muito na realização e cumprimento das metas de cada semana, assim como no monitoramento dos resultados obtidos ao finalizar a semana de trabalho. Apesar de o gestor em saúde e os líderes comunitários não estarem tão implicados da mesma forma que a equipe, pelo menos se alcançou a sua participação mínima.

Quanto à comunidade, que na verdade são as pessoas que mais nos importa dentro desta intervenção, podemos falar que a maioria dos pais aceitou, mas ainda existem pais que não dão o mínimo de interesse por esta ação programática, mas seguimos trabalhando para melhorar este aspecto. Sei que umas das barreiras que afeta a incorporação destes pais à intervenção, é o horário de trabalho da UBS, mas esse é uma regulamentação do município de que o funcionamento é de 8 da manhã até o meio dia, e de uma hora até as cinco, porém se afeta a incorporação de toda a comunidade nesta ação. Ainda assim tivemos mudanças na comunidade quanto ao olhar da importância de procurar a UBS para manter o seguimento preventivo das crianças, e não só quando estão doentes, mas temos que continuar trabalhando neste aspecto até conseguir que seja o olhar de toda a comunidade.

Finalmente chegamos ao final da intervenção incorporando esta ação programática nas atividades do dia a dia da equipe, e manteremos as mesmas ações na comunidade e no serviço, para continuar melhorando a saúde das crianças e diminuir os índices de morbimortalidade nesta faixa etária.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada sobre a melhoria da atenção à saúde das crianças de zero até 72 meses de idade na UBS João Tadeu Souza. Na área adstrita à UBS existem 155 crianças nesta faixa etária, foram inscritas no programa a totalidade destas crianças participando da intervenção para a felicidade da equipe.

No primeiro mês de intervenção se realizou o cadastramento de aproximadamente 30 crianças semanais, ao redor de 7 ou 8 crianças por dia, já na quarta semana deste mês, foram atendidas as 60 crianças restantes para completar o total de 150 crianças existentes no momento na área de abrangência. Isto foi possível graças à ajuda de outro colega médico participante também do Programa Mais Médico para o Brasil e a equipe. Realizamos um primeiro atendimento destas crianças neste mês, as quais receberam atendimento também nos meses subsequentes a intervenção. Aproveitamos a ocasião por encontrar-nos na semana da pesagem da bolsa da família, o que propiciou a vinda deles a UBS, e assim a equipe não ficou sobrecarregada no período de minhas férias.

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

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

Alcançou-se uma cobertura de 150 crianças (96,8%) no primeiro mês de intervenção; no segundo mês nasceram duas crianças que foram incorporadas ao programa para somar 152 crianças (98,1%); já no terceiro mês tivemos a incorporação de três crianças, duas que nasceram, e uma de um ano de idade que não morava na área de abrangência, mas que chegou com seus pais e estiveram de acordo a participar nesta ação programática somando ao final da intervenção 155 crianças (100%). No quarto mês de intervenção mantivemos as 155 crianças inscritas até o terceiro mês, portanto o mesmo percentual, conforme visualizado na figura 4.

Esta meta foi alcançada graças ao cadastramento e monitoramento das crianças entre zero e 72 meses de idade da área adstrita no primeiro mês de intervenção, na realização desta ação ajudou muito o cadastro das famílias da comunidade realizada durante as visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, que ofereciam informação aos familiares sobre a importância de prevenir doenças em seus filhos através das consultas periódicas na UBS onde tenham prioridade. Todas as crianças participaram do programa, às vezes tenham pais que não mostravam muito interesse, mas acabavam procurando a UBS para nossa satisfação.

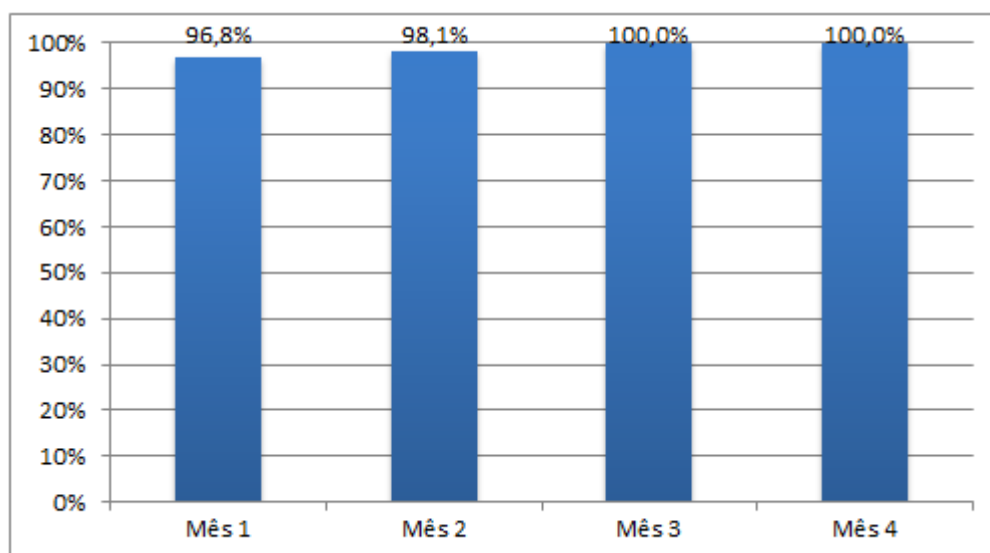


Figura 4: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da na UBS João Tadeu Souza, 2015.

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.

Das 150 crianças atendidas, 130 (86,7%) tiveram a consulta na primeira semana de vida no primeiro mês; durante o segundo e terceiro mês nasceram quatro crianças, duas em cada mês as quais foi realizada a consulta na primeira semana de vida, somando 132 crianças (86,8%) das 152 cadastradas no segundo mês, e 134(86,5%) das 155 crianças cadastradas no terceiro mês. Uma das crianças inscrita no terceiro mês não possuía a primeira consulta na primeira semana de vida porque morava em outra área de abrangência e ingressou com um ano de idade. No quarto mês não ingressou criança alguma no programa, portanto mantivemos o mesmo percentual do terceiro mês, tendo melhor percentual no segundo mês de intervenção, que pode ser observado na figura 5.

Esta meta não foi cumprida em 100% das crianças, porque quando a intervenção iniciou já haviam nascidos algumas das crianças, e infelizmente não foram captados na primeira semana de vida pela equipe. Ainda assim tivemos um percentual adequado graças às captações na primeira semana de vida das crianças que nasceram a partir do começo da intervenção, ao monitoramento das gestantes que estavam próximas a data provável de parto, e as buscas em visitas domiciliares de crianças que nasceram e não compareceram a UBS na primeira semana de vida.

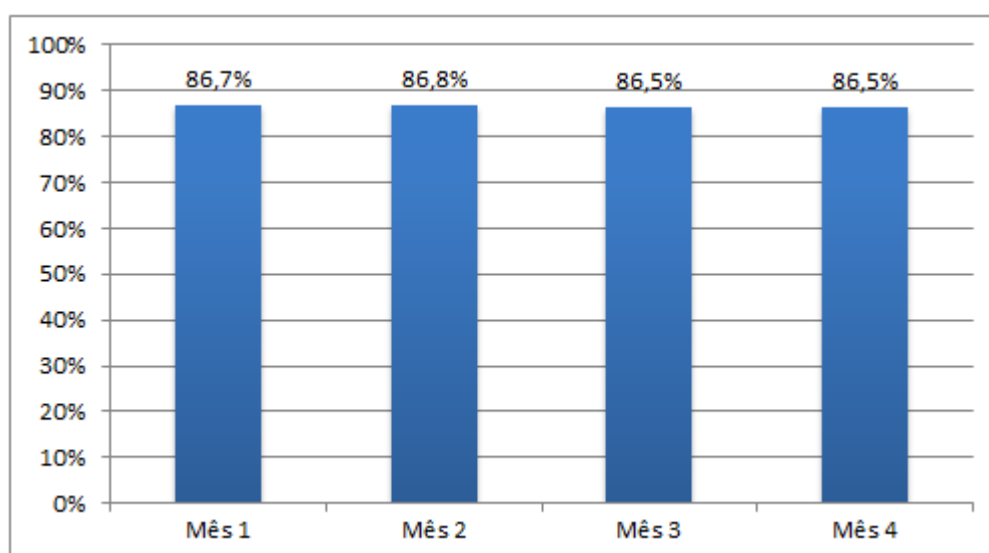


Figura 5: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

O monitoramento do crescimento no primeiro mês foi de 146 crianças (97,3%) das 150 inscritas. As quatro crianças restantes não cooperaram no momento da consulta, motivo pelo qual não conseguimos monitorar o crescimento, apesar de haver tomado numerosas iniciativas para que a criança se sentisse bem e acomodada. No segundo mês de intervenção, onde conseguimos monitorar as 152 (100%) crianças cadastradas, ocorrendo da mesma maneira no terceiro e quarto mês monitorando as 155 (100%) crianças inscritas no programa, conforme figura 6.

Estas ações foram realizadas pela técnica de enfermagem com ajuda dos agentes comunitários de saúde e a nutricionista da equipe nas atividades, também nas consultas de seguimento com médico e enfermeiro e na pesagem do Programa da Bolsa de Família. Contamos para estas atividades com todos os equipamentos necessários providenciados pela Secretaria de Saúde (balanças, antropômetro e fitas métricas), além das capacitações oferecidas aos profissionais para o aprendizado das técnicas utilizadas na pesagem e os protocolos existentes na UBS realizada pela nutricionista. Apesar de não cumprir com o monitoramento do crescimento em 100% das crianças no primeiro mês, conseguimos atingir a meta nos últimos três meses.

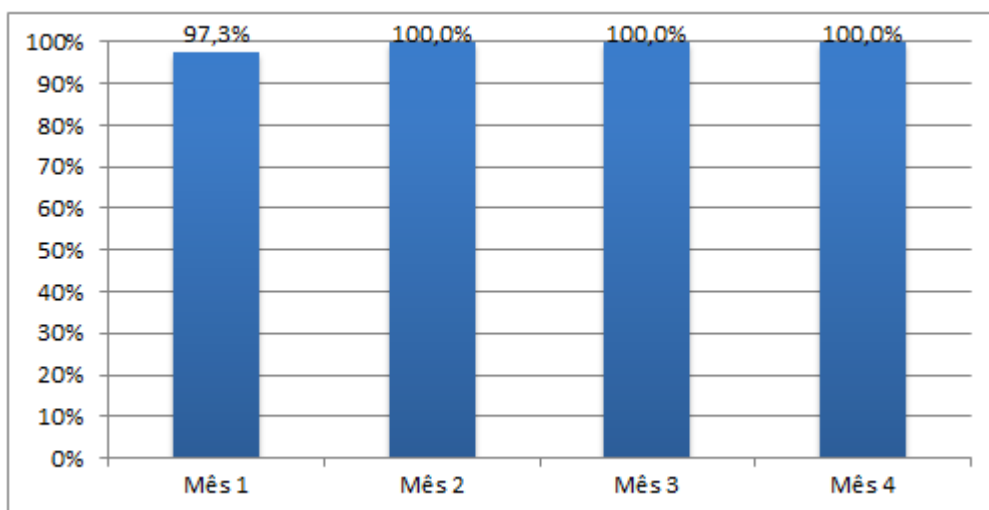


Figura 6: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

Todas as crianças com déficit de peso foram monitoradas no percurso da intervenção. Sendo 8 crianças no primeiro mês (100%), 11 no segundo mês (100%), e 13 crianças no terceiro e quarto mês (100%), sendo os meses que tiveram mais

crianças com déficit de peso. As mesmas foram avaliadas pela pediatra e pela nutricionista para reeducação alimentar e acompanhamento periódico pelo risco de desnutrição, doença que leva a caquexia e traz como consequência um inadequado crescimento e desenvolvimento das crianças.

Alcançamos esta meta com ajuda da revisão dos prontuários e cadernetas das crianças semanalmente, e a criação de um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit peso, para isto se identificou de cor vermelho os prontuários e cadernetas das crianças.

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

Todas as crianças com excesso de peso foram monitoradas durante a intervenção, tendo como resultados 18 crianças no primeiro mês, 22 no segundo mês, 25 crianças no terceiro mês, e 21 no quarto mês. Mostrando-se o terceiro mês com o maior número de crianças com excesso de peso. As mesmas também foram avaliadas pela pediatra e pela nutricionista para reeducação alimentar e acompanhamento periódico pelo risco de obesidade, doença muito comum na população infantil que traz como consequências o desenvolvimento precoce de doenças cardiovasculares e metabólicas.

A ação que mais nos ajudou atingir esta meta foi a revisão dos prontuários e cadernetas das crianças semanais, e a criação de um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso, para isto se identificou também de cor vermelho os prontuários e cadernetas das crianças.

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

Quanto ao monitoramento do desenvolvimento no primeiro mês tivemos 146 crianças (97,3%) das 150 inscritas, as quatro crianças restantes não cooperaram no momento da consulta pelo qual não conseguimos monitorar o desenvolvimento, da mesma forma como foi comprometido o monitoramento do crescimento. Não sendo assim segundo mês de intervenção, onde conseguimos monitorar as 152 (100%) crianças cadastradas, ocorrendo da mesma maneira no terceiro e quarto mês monitorando as 155 (100%) crianças inscritas no programa.

Felizmente não foi diagnosticada nenhuma criança com retardo do desenvolvimento neuro-cognitivo durante a intervenção, portanto não precisamos encaminhar aos centros especializados. Isto aconteceu graças ao monitoramento

das crianças em cada consulta de puericultura, onde se orientavam aos pais quanto ao desenvolvimento normal das crianças dependendo a faixa etária. Também ajudou as orientações que ofereciam os agentes comunitários nas visitas domiciliares, e apesar de termos tido dificuldade na realização dos grupos de pais acho que esse espaço também ajudou nas orientações oferecidas a este grupo populacional.

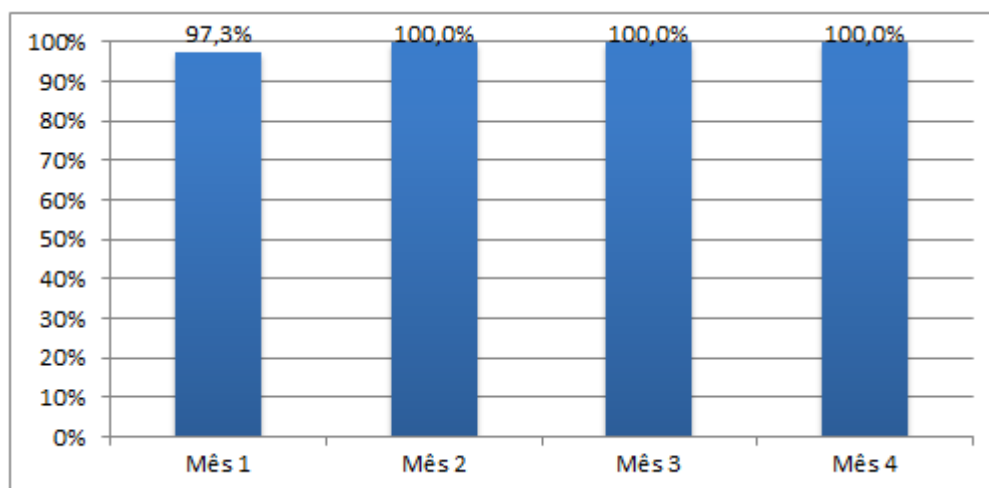


Figura 7: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

O comportamento das crianças com vacinas em dia foi da seguinte maneira: no primeiro mês tivemos 132 crianças (88,0%) de 150 inscritas, no segundo mês 130 (85,5%) de 152 crianças, no terceiro mês 129 (83,2%) de 155 inscritas, e no quarto mês 127 crianças (81,9%) de 150 inscritas, conforme pode ser visualizado na figura 8. Neste último mês tivemos menos crianças com vacinas em dias. As causas fundamentais foram o adocimento de algumas crianças na data da vacina, e o esquecimento dos pais de levar as crianças para vacinar, apesar de serem lembrados nas consultas de seguimento e nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários. Atribuímos esse fato também ao nível educacional dos pais, por não compreenderem que manter o esquema vacinal das crianças em dia é o mesmo que ter crianças com menor probabilidade de ficar doentes.

Para atingir esta meta foi monitorado o calendário vacinal das crianças em cada consulta e a revisão das cadernetas de vacinação semanal. Com isto foi possível encontrar as crianças que tinham atrasos na vacinação, para orientar os pais quanto à recuperação das mesmas. Entretanto, ainda assim não conseguimos atingir a meta. Não foi possível atingir 100% das crianças, mas o importante é que a

comunidade compreendeu a importância que tem a vacinação na proteção do sistema imunológico de seus filhos.

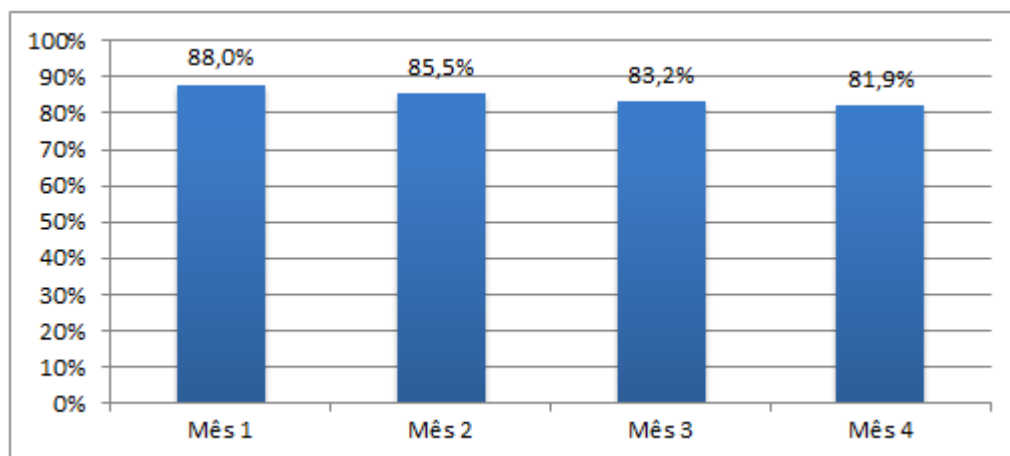


Figura 8: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

As crianças inscritas no programa entre 6 e 24 meses de idade, receberam a suplementação de ferro, e dessa forma, conseguimos alcançar um percentual de 100% nos quatro meses de intervenção. No primeiro mês foram 59 crianças, no segundo e terceiro mês de intervenção 60, e 61 crianças no quarto e último mês.

Esta meta foi possível atingir pela orientação que oferecemos aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. Apesar de não ter garantido a dispensação do medicamento (suplemento) na farmácia básica da UBS, conseguimos realizar parceria com as farmácias populares para descontarem um por cento do valor normal do medicamento, e desta forma os pais tiveram maior acesso ao suplemento.

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

Quanto à realização da triagem auditiva, no primeiro mês todas as 150 crianças inscritas no programa realizaram a triagem, o que correspondeu a 100%. Entretanto, esse comportamento não foi visualizado nos meses seguintes. No segundo mês, das 152 crianças, 149 (98,0%) tiveram a triagem realizada, faltando três crianças. No terceiro mês, 151 (97,4%) das 155 crianças, faltando quatro esta vez, e por último atingimos 100% das 155 crianças no quarto mês.

Não conseguimos atingir 100% das crianças nesta meta em todos os meses, pois, além do esquecimento dos pais, sobretudo porque a maioria são pais adolescentes, também tivemos dificuldades na hora de marcação das consultas, por não ter vagas nas instituições designadas para a realização do teste, o que atrapalho o cumprimento da meta. Ainda assim conseguimos atingir 100% da população alvo ao final da intervenção.

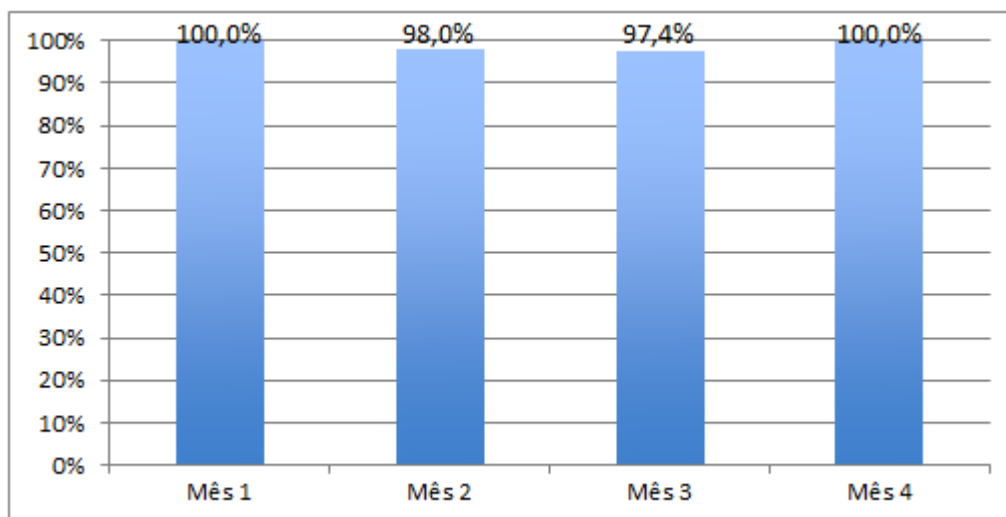


Figura 9: Proporção de crianças com triagem auditiva. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

Todas as crianças inscritas no programa fizeram o teste do pezinho até sete dias de nascido, o que corresponde a 100%, sendo 150 crianças no primeiro mês, 152 no segundo mês e 155 crianças no terceiro e quarto mês de intervenção.

Conseguimos atingir esta meta garantindo a realização de teste do pezinho na UBS, bem como orientando a comunidade, em especial a gestante, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

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

As crianças entre seis a 72 meses de idade foram avaliadas em 100% nas consultas de puericultura quanto à necessidade de atendimento odontológico, e encaminhadas ao dentista para ter a primeira consulta odontológica. Portanto no

primeiro mês se avaliou as 143 crianças nesta faixa etária, no segundo mês 144, no terceiro mês 147 crianças, e no quarto mês 148 crianças.

Esta meta foi atingida graças à sinalização dos agentes comunitários de saúde no monitoramento a partir das fichas da intervenção, das crianças da área de abrangência de seis a 72 meses de idade. Também informamos a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário das crianças desta idade, e de sua importância para a saúde geral.

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.

Quanto à realização da primeira consulta odontológica em crianças de seis a 72 meses de idade, podemos dizer que no primeiro mês das 143 crianças nesta faixa etária 31 (21,7%) tiveram a primeira consulta odontológica, no segundo mês das 144 crianças 38 (26,4%), no terceiro mês das 147 crianças 46 (31,3%), e no quarto mês das 148 crianças 51 (34,5%) tiveram a consulta, conforme podemos visualizar na figura 10.

Esta foi uma meta difícil de atingir, apesar de que as crianças terem prioridade na consulta, contávamos apenas com um dentista em todo o município, e o mesmo não chegava a tempo as consultas ou simplesmente não comparecia. Algumas mães que estavam com consultas agendadas para os seus filhos, cansavam-se de aguardar e iam embora, ou outras mães não procuravam atendimento.

Apesar de tudo tivemos saldo positivo. À medida que passavam os meses de intervenção, esta meta foi melhorando pouco a pouco, chegando com melhor percentual ao quarto mês, o que significa que não foi em vão o trabalho realizado para atingir esta meta, já que a comunidade entendeu a importância que tem cuidar da saúde bucal, porque assim estão cuidando da saúde em geral.

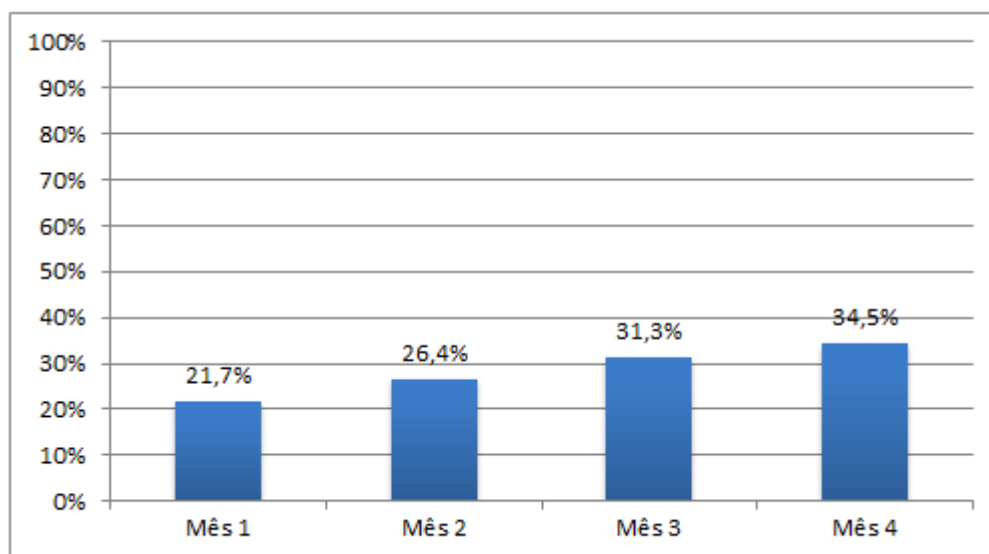


Figura 10: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

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

A adesão ao programa de Saúde da Criança foi boa, porque se realizou as buscas dos 100% das crianças faltosas durante a intervenção. No primeiro mês se realizou a busca ativa das 65 crianças faltosas as consultas, no terceiro mês 67 crianças, no terceiro mês 60 e no quarto mês se realizaram a busca de 56 crianças.

A ação que mais ajudou a alcançar este indicador foi monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas semanal previstas no protocolo (consultas em dia), para saber quais eram as crianças faltosas as consultas. Outras ações também foram importantes, como: organização das visitas domiciliares para buscar crianças e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, sobretudo monitorar as buscas das crianças faltosas e a informação à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

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.

Ao longo da intervenção monitoramos o registro de todos os acompanhamentos das crianças na unidade de saúde. Mas no primeiro mês das 150 crianças inscritas 147 (98%) tiveram o registro atualizado. Três crianças não tiveram

o registro atualizado foi porque foram levadas por suas babás, e as mesmas não tinham domínio absoluto do histórico das crianças. No segundo mês as 152 crianças tiveram o registro atualizado, assim como as 155 crianças no terceiro e quarto mês para 100%.

A ação que mais nos ajudou nesta meta foi o preenchimento do SIAB/folha de acompanhamento em todas as consultas, assim como da ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança). A equipe colaborou muito no registro das informações, fundamentalmente os agentes comunitários nas visitas domiciliares, a enfermeira e a médica na UBS no momento das consultas de puericulturas.

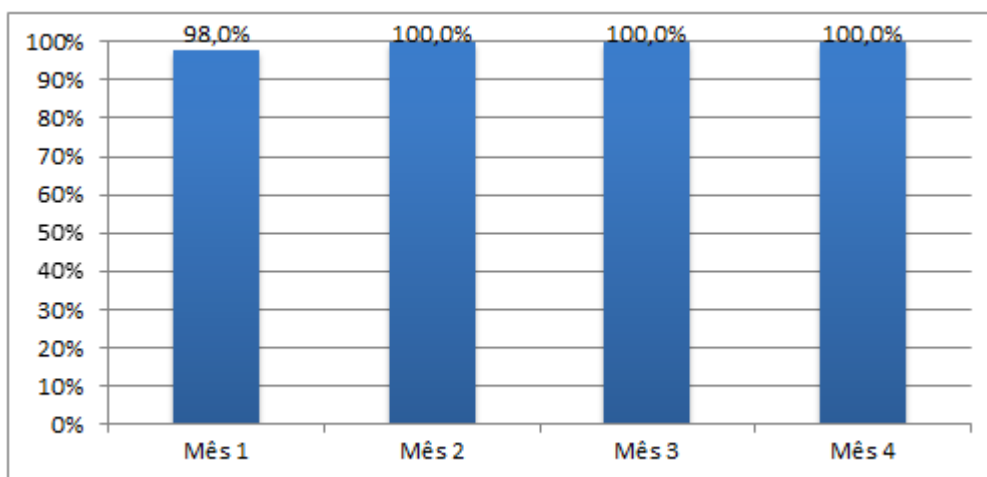


Figura 11: Proporção de crianças com registro atualizado. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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.

Todas as crianças cadastradas no programa foram avaliadas quanto ao risco durante a intervenção. No primeiro mês foram avaliadas 150 crianças (100%), no segundo mês 152 (100%) e no terceiro e quarto mês 155 crianças (100%).

Mediante o monitoramento do número de crianças de alto risco existentes na comunidade, conseguimos realizar um acompanhamento continuado destas crianças, dar prioridade no atendimento, e verificar as crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

A ação que mais nos ajudou foi a identificação na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco, principalmente aquelas com

déficit e excesso de peso, assim como com anemia fundamentalmente por déficit de ferro.

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.

Em 100% das consultas de saúde das crianças realizadas ao longe da intervenção, oferecemos orientações para prevenir acidentes na infância, registrando todas as informações em prontuários ou fichas de acompanhamento/espelho. Orientamos também a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância em atividades coletivas, grupo de pais e em visitas domiciliares.

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

Durante a primeira consulta no primeiro mês foram colocadas para mamar 43(28,7%) crianças das 150 inscritas, no segundo mês 45 (29,6%) das 152 crianças, no terceiro e quarto mês 46 (29,7%) das 155 crianças. Conforme foi visualizado na figura 12.

Esta meta foi difícil de atingir porque a maiorias das crianças inscritas no programa tinham mais de dois anos de idade e com aleitamento materno inexistente, incluindo que outras de até quatro meses já tinham alimentação artificial, o que impediu a observação do aleitamento na primeira consulta, mas foram observadas as crianças que durante a intervenção tiveram aleitamento materno exclusivo e/ou complementar. Também sempre em cada consulta foi orientado ao total de mães sobre a importância do aleitamento.

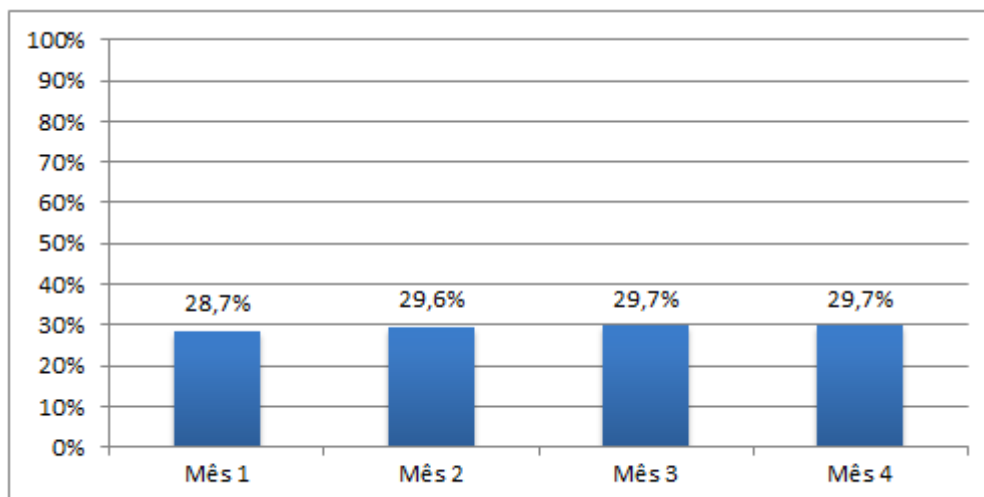


Figura 12: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS João Tadeu Souza, 2015.

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

De acordo com a faixa etária das crianças 100% das mães receberam orientações nutricionais e registradas nos prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho em cada consulta de puericultura. Uma das ações que nos ajudou muito atingir esta meta foram às capacitações oferecidas aos profissionais da equipe, realizada pela nutricionista e a médica sobre as orientações nutricionais adequadas conforme a idade das crianças, além dos grupos de pais.

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

Esta meta foi atingida com 100% das crianças e das mães, porque além de ser orientado quanto ao tema nas consultas de puericultura, realizamos também parceria com a escola Getúlio Vargas para realizar atividades de promoção da saúde bucal, promovemos a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, além do esclarecimento a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Monitoramos cada uma das atividades educativas coletivas realizadas e distribuímos material para ler em casa junto aos pais sobre a saúde bucal, etiologia e prevenção de cáries.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero a 72 meses de idade, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com um melhor destaque para ampliação no atendimento odontológico e para a classificação de risco nesta faixa etária.



Figura 13: Atendimento clínico

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde segundo o Protocolo da Atenção a Saúde das crianças relativas ao acolhimento e demanda espontânea, busca ativa de crianças faltosas as consultas, avaliação de risco e monitoramento do peso, crescimento e desenvolvimento, realização de testes, vacinação, orientações sobre nutrição, acidentes na infância, e sobre etiologia, cuidados e prevenção de caries. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, e dos agentes comunitários de saúde. Cada profissional cumpriu seu papel na ação programática, onde a enfermeira foi a encarregada da organização e planejamento das consultas e do acompanhamento das atividades para serem realizadas segundo o cronograma. Eu médica da equipe fiquei

responsável pelo atendimento clínico e junto com a enfermeira também realizamos o monitoramento dos resultados ao final de cada semana de trabalho, e a inserção das informações na Planilha de Coleta de Dados. Os agentes comunitários realizaram a sinalização das crianças existentes para serem absorvidas ao programa, bem como participaram das atividades coletivas e da busca ativa das crianças faltosas às consultas. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como foi na pesagem das crianças do programa da bolsa de família e na parceria da equipe com as escolas da área da abrangência.

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

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas os pais e/ou responsáveis das crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre aqueles membros da comunidade que ainda desconhecem o motivo desta priorização. Ao finalizar a intervenção conseguimos a ampliação da cobertura do programa para o total de crianças da área de abrangência.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção às crianças e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos a incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Para isto, vamos ampliar o trabalho de informação junto à comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção as crianças de zero até 72 meses de idade, em especial as de alto risco. Notamos que a falta de algumas crianças não terem o cartão SUS nos prontuários e cadernetas, dificultaram a qualidade na coleta dos registros das informações. Vamos por tanto adequar a ficha das crianças para poder coletar e monitorar todos os dados e indicadores que tínhamos previstos no projeto.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura do atendimento odontológico nas crianças desta faixa etária. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos investir nos próximos focos de intervenção, neste caso no programa de pré-natal e puerpério, assim como, o programa dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde,

A UBS João Tadeu de Souza do município de Minas do Leão, durante 16 semanas no período de fevereiro a junho de 2015, foi envolvida na realização de um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança de zero até 72 meses de idade da área de abrangência da UBS. Nós adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde, número 33 (2013), e o protocolo do Ministério da Saúde da Criança, (2012). A atividade de intervenção foi realizada no período de quatro meses em conjunto com a comunidade e dirigida às crianças de toda a área de abrangência. A qualidade dos registros das crianças acompanhadas na Unidade de Saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. Houve a organização e gestão do serviço para que as tarefas planejadas fossem realizadas, mas tivemos dificuldades no transporte oferecido, pelo qual se dificultou a realização de algumas atividades, como foi o grupo de pais das crianças e o contato com as lideranças comunitárias, mas ainda assim, se deu um jeito para garantir a realização das mesmas. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros das crianças, assim como foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de testes e vacinas, para isto utilizamos a estratégia de busca ativa de crianças faltosas a consultas e com atraso

nos itens mencionados anteriormente, nas visitas domiciliares de cada integrante da equipe.

Foram atualizados os prontuários manuais, as fichas espelho e a caderneta de vacinas disponíveis para cada um das crianças. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da Unidade de Saúde, cadastrando 155 crianças de zero até 72 meses de idade da área de abrangência, que corresponde a 100% do total de crianças da área.

Os ACS realizaram o cadastro das famílias em visitas domiciliares o que facilitou os cadastros das crianças em consultas. Também, foram realizadas capacitações sobre atenção à saúde das crianças, registros de informações, realização das medidas de comprimento e altura, nas reuniões de trabalho da equipe, assim como atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros das crianças e suas famílias, e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção, traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliar a cobertura de atenção à saúde das crianças de zero até 72 meses de idades. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido. Durante a intervenção foi atingida uma cobertura de 100% do programa de atenção à saúde das crianças na UBS. A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os resultados seguintes: todas as crianças têm ficha de acompanhamento e a caderneta de vacinação, as quais prestam para fazer o acompanhamento deles durante longo tempo. Foi garantida a realização dos testes as crianças, tais como o teste do pezinho e da orelhinha, embora este último tivesse algumas dificuldades no agendamento, pela falta de vagas nas instituições destinadas para a sua realização.

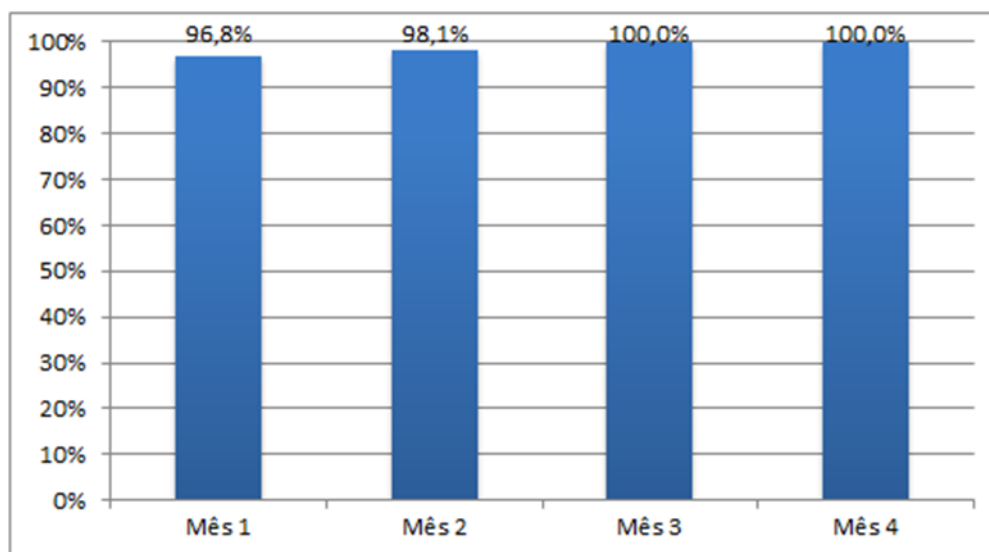


Figura 4: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da na UBS João Tadeu Souza, 2015.

O monitoramento do crescimento foi realizado em 100% das crianças inscritas no programa. Todas as crianças com déficit de peso foram monitoradas no percurso da intervenção e avaliadas pela pediatra e pela nutricionista para reeducação alimentar e acompanhamento periódico pelo risco de desnutrição, doença que leva a caquexia e traz como consequência um inadequado crescimento e desenvolvimento das crianças. Assim como aquelas com excesso de peso foram monitoradas durante a intervenção

Quanto ao monitoramento do desenvolvimento também foi alcançado em 100% crianças inscritas no programa. O comportamento das crianças com vacinas em dia foi da seguinte maneira: no primeiro mês tivemos 132 crianças (88,0%) de 150 inscritas, no segundo mês 130 (85,5%) de 152 crianças, no terceiro mês 129 (83,2%) de 155 inscritas, e no quarto mês 127 crianças (81,9%) de 150 inscritas.

As crianças inscritas no programa entre 6 e 24 meses de idade, receberam a suplementação de ferro, e dessa forma, conseguimos alcançar um percentual de 100% nos quatro meses de intervenção.

Quanto à realização da triagem auditiva, atingimos 100% das 155 crianças no quarto mês. Assim como 100% realizaram o teste do pezinho até 7 dias de nascido. As crianças entre seis a 72 meses de idade foram avaliadas em 100% nas consultas de puericultura quanto à necessidade de atendimento odontológico, e encaminhadas ao dentista para ter a primeira consulta odontológica. Quanto à

realização da primeira consulta odontológica em crianças de seis a 72 meses de idade, ao final da intervenção tivemos 51 crianças (34,5%) que tiveram a consulta.

A adesão ao programa de Saúde da Criança foi boa, porque se realizou as buscas dos 100% das crianças faltosas durante a intervenção. Todas as crianças cadastradas no programa foram avaliadas quanto ao risco durante a intervenção, assim como seus pais receberam orientações para prevenir acidentes na infância, e orientações nutricionais.

Realizamos também parceria com a escola Getúlio Vargas para realizar atividades de promoção da saúde bucal, promovemos a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, além do esclarecimento a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Monitoramos cada uma das atividades educativas coletivas realizadas e distribuimos material para ler em casa junto aos pais sobre a saúde bucal, etiologia e prevenção de cáries.



Figura 14: Atividade de escovação.

Resumindo, a intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção das crianças na UBS. Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento e acompanhamento. Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade e com as famílias através das ações de promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações e as necessidades mais sentidas da população. E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento das crianças da área da abrangência da UBS. Tomando este

projeto como exemplo, também pretendemos investir nos próximos focos de intervenção, neste caso no programa de pré-natal e puerpério, assim como, o programa dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

A Secretaria de Saúde garantiu equipamentos, vacinas e a impressão dos documentos e materiais que precisamos para a realização da intervenção, assim como, o transporte para levar as crianças às instituições destinadas para a realização de testes programados segundo o protocolo de atenção a saúde das crianças. Por isso, registramos nossos sinceros agradecimentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A ESF João Tadeu Souza do município Minas do Leão realizou recentemente um trabalho de intervenção no período de 4 meses (fevereiro a junho de 2015) em conjunto com as principais lideranças da comunidade e dirigida às crianças de zero até 72 meses de idade de toda a área de abrangência. Para a realização deste trabalho, chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde das crianças, atividades como educação em saúde, importância da vacinação, necessidade de assistir às consultas na UBS para acompanhamento, importância de assistir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo todos os danos provocados pelo uso de bicos e mamadeiras. Nosso objetivo foi ampliar a cobertura de atenção das crianças proposto na intervenção, para melhorar a saúde das crianças de toda a comunidade. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles e cadastrar a maior quantidade. No final da intervenção foram cadastradas 155 crianças, atingindo uma cobertura de 100% das crianças da área de abrangência.

Os familiares das crianças receberam educação em saúde sobre a atenção a saúde. Todas receberam atendimento clínico adequado e foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico. Todos tiveram direito a realização dos testes pelo SUS, garantido pela Secretaria de Saúde do Município. Foram preenchidos e completados os dados nas fichas individuais de cada criança nas consultas da UBS e receberam acompanhamento segundo os protocolos do Ministério de Saúde.

Foi realizada avaliação de risco nas crianças e, no caso daqueles com maior risco tiveram atendimento e seguimento com maior número de consultas e visitas domiciliares, assim como também foram encaminhados para avaliação especializada pela pediatra e pela nutricionista. Foi garantida a orientação nutricional das crianças nas consultas e outras atividades de educação em saúde sobre higiene bucal.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mas a intervenção tem enfoque para os familiares das crianças. A intervenção gerou alguns problemas para os demais usuários, devido que as crianças foram atendidas todos os dias da semana nos horários da manhã e da tarde, mas sempre foi respeitado o número de fichas do resto da população com consulta de agendamento. Os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela, e ajudaram para que a comunidade compreendesse a importância da intervenção no cuidado da saúde de seus filhos.

Por enquanto, estão dadas todas as condições para continuar trabalhando no Programa de Atenção a saúde das crianças de zero até 72 meses de idade na Unidade de Saúde. Para isto, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de atividades com o grupo de pais das crianças, com a finalidade de integrar os diferentes programas como é o grupo de gestantes na prevenção e promoção de saúde. Assim deixamos um convite para que vocês participem as quartas feiras de 15 em 15 dias, do programa "Bem me Quer" que está sendo instaurado para as crianças na UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso de Especialização em Saúde da Família foram trazidas minhas expectativas em relação ao curso, paralelo com o projeto pedagógico e guia do especializando, porque como médica de família e comunidade tenho que ter conhecimento de quais são os principais problemas que afetam a comunidade onde a gente trabalha, para assim ajudar na prevenção de doenças crônicas que pode sofrer a população da área de abrangência, desta maneira podemos superar a tradicional transmissão de informação e dar ênfase aos campos da saúde coletiva e da prática clínica com foco sistêmico e holístico na realidade cotidiana da APS.

Este projeto pedagógico teve o propósito de superar a oferta de disciplinas e conteúdos fragmentados e concatenou os conteúdos relacionando-os com a prática. Desta forma estimulou a participação e a autonomia dos especializando na solução de problemas concretos no contexto em que atuamos o que proporcionou visibilidade das atividades em Saúde da Família e nosso protagonismo na geração de mudanças em nossa equipe e em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS).

A intervenção desenvolvida na UBS João Tadeu Souza, do município Minas do Leão/RS, trouxe para mim uma vivência especial, porque consegui entrar na vida de cada família da comunidade, conheci de perto seus problemas para juntos procurarmos uma solução. Isto também trouxe consigo uma importante inter-relação entre a equipe de saúde da família – médico - comunidade muito importante para o desenvolvimento do trabalho da ação programática sobre a atenção a saúde das crianças de zero até 72 meses de idade da nossa área. Foi muito importante este trabalho porque a comunidade compreendeu a importância que traz consigo manter o equilíbrio da saúde de seus filhos, através de consultas programadas de seguimento contínuo para a prevenção de doenças.

Conseguimos romper os mitos existentes na comunidade quanto à procura de atendimento médico só quando as crianças estivessem doentes e hoje em dia disciplinadamente os pais das crianças procuram a UBS para as consultas preventivas.

Temos que seguir trabalhando para melhorar ainda mais a atenção à saúde bucal na população. Por conta disso, todos prontos da equipe estão prontos para manter incorporadas todas as ações realizadas na intervenção, e continuar melhorando a saúde na comunidade através da incorporação de outras ações programáticas como é o caso dos usuários hipertensos e diabéticos, e do pré-natal e puerpério.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual da Estrutura da UBS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em out. 2014.

CARDOSO, M.R.S. O pré-natal e a atenção a saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Diálogos possíveis: Revista da Faculdade Social da Bahia, v.7,n.1, p.141-160, 2008.

PRADO, Ernande Valentin; Falleiro, Letícia Moraes; Mano, Maria Amélia. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. Rev APS. V. 14, n. 4, p. 464-471, 2011.

SERRUYA, Suzann Jacob. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. 2003. 132p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formato Condicional - Formato como Tabela - Estilos de Célula - Inserir Excluir Formatar - Células

AutoSoma - Preencher - Limpar - Classificar e Filtrar Edição

23

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1											
Idade da Criança	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?
de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
156											
157											
158											
159											
160											
161											
162											
163											
164											
165											
166											
167											

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores Plan1

Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | AutoSoma | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar

103 | 23

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

	B	C	M	N	O	P	Q	R	S	T	
para	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	A cri
ões de imento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	156										
	157										
	158										
	159										
	160										
	161										
	162										
	163										
	164										
	165										
	166										
	167										

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | Plan1

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1								
Idade da Criança	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
Idade da Criança	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	156							
	157							
	158							
	159							
	160							
	161							
	162							
	163							
	164							
	165							
	166							
	167							

Anexo C - Ficha espelho

Diminuir zoom (Ctrl+menos)

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário _____ Cartão SUS _____
 Nome completo _____ Data de nascimento ___/___/___ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço _____ Telefone 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 () EOA Resultados OD () normal () alterado OE () normal () alterado

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tríplice bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___
2ª dose	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___
3ª dose	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___
Reforço	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	Data ___/___/___ Lote ___ Ass. ___	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 D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante