UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 8

Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.

Reinaldo Carmona Galvez

Pelotas, 2015

Reinaldo Carmona Galvez

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado/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: Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G182m Galves, Reinaldo Carmona

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS / Reinaldo Carmona Galves; Ana Luiza Parcianello Cerdótes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, pelo seu apoio em todos os momentos, pelos seus valores, pela motivação constante que me permitiu ser uma boa pessoa, mas mais que tudo, pelo seu amor.

Agradecimentos

A minha equipe de Trabalho pelo apoio e dedicação na realização deste trabalho.
A minha Orientadora pela sua ajuda, ensino e apoio em todos os momentos.

Resumo

Carmona Galves, Reinaldo. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. 75f. 2015.** 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 caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores. De acordo com os protocolos para realizar um trabalho com atendimento de qualidade para crianças, é necessário considerar vários requisitos, uma cobertura elevada, cumprir com o número de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; não ter atraso da consulta agendada em mais de sete dias, realizar o teste do pezinho até o sétimo dia, fazer a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, realizar a triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, manter as vacinas em dia, avaliação de saúde bucal em 100% das crianças, orientação de aleitamento materno exclusivo a todas as mães, orientação para prevenção de acidentes. Nossa ESF não tem os indicadores que medem a qualidade do programa, evidenciando deficiência no acompanhamento desse grupo. O objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na ESF Santo Antônio, Lajeado, RS. A intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na área de cobertura da equipe de Estratégia de Saúde da Família. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica, n°33, Saúde da Criança, Brasília – DF 2012, portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. O cadastro das crianças na planilha de coleta de dados foi feito no momento da consulta. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Os dados obtidos destes registros foram preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção para 172 crianças (95%), mudou a qualidade da atenção, 100% em quase todas as ações de qualidade, aquelas que não foram alcançadas tiveram como determinante ser crianças que antes da intervenção não havia sido feito. A comunidade e o serviço foram beneficiados, pois a qualidade do serviço prestado aumentou, o serviço foi organizado e a equipe capacitada. A equipe continuara o desenvolvimento dos objetivos no dia-a-dia do trabalho da ESF melhorando os resultados e o mais importante melhorando a satisfação da população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Reunião com lideres da comunidade da ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.	62
Figura 2	Acolhimento das crianças de zero a 72 meses na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS	62
Figura 3	Capacitação da equipe sobre a saúde bucal na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.	64
Figura 4	Realização do grupo de puericultura na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.	65
Figura 5	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	67
Figura 6	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	68
Figura 7	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	70
Figura 8	Proporção de crianças com triagem auditiva, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	70
Figura 9	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	71
Figura 10	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	72
Figura 11	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	74
Figura 12	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.	75
Figura 13	Reunião com lideres da comunidade da ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.	
Figura 14	Realização do grupo de puericultura na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.	

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS-	Atenção Primaria de Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
EaD-	Educação a Distancia
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
HIV-	Ministério da Saúde
MS -	Human inmunodificiencia vírus(English)
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS-	Universidade Aberta do SUS
RAS-	Relatório Analise Situacional
RS-	Rio Grande do Sul

Sumário

Apresentação ..... **Erro! Indicador não definido.**
1 Análise Situacional ..... **Erro! Indicador não definido.**
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 ..... **Erro! Indicador não definido.**
2 Análise Estratégica ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.1 Justificativa 20
2.2 Objetivos e metas 22
2.2.1 Objetivo geral 22
2.2.2 Objetivos específicos e metas 22
2.3 Metodologia 23
2.3.1 Detalhamento das ações 24
2.3.2 Indicadores 34
2.3.3 Logística 39
2.3.4 Cronograma 43
3 Relatório da Intervenção ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.1 Ações previstas e desenvolvidas 45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas 49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados 49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 49
4 Avaliação da intervenção ..... **Erro! Indicador não definido.**
4.1 Resultados 50
4.2 Discussão 59
5 Relatório da intervenção para gestores ..... **Erro! Indicador não definido.**
6 Relatório da Intervenção para a comunidade ..... **Erro! Indicador não definido.**
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem **Erro! Indicador não definido.**
Referências ..... **Erro! Indicador não definido.**
Anexos 70

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho de 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas, sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado, o volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas ao longo do curso. No primeiro capítulo observamos o relatório da análise situacional (RAS) e o comentário comparativo entre o texto inicial e o RAS desenvolvido na unidade 1 do curso. No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção (objetivos, indicadores, metodologia, logística e cronograma) que ocorreu ao longo da unidade 2. O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção e discussão, construídos ao longo da unidade 4. No quinto e sexto capítulo está descrito o relatório da intervenção para gestores e comunidade, respectivamente. No último e sétimo capítulo apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Analise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Para o adequado funcionamento da Estratégia Saúde da Família, são necessários alguns requisitos, existência de equipe multiprofissional composto de médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde bucal, cobertura de 100% da população cadastrada, cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil. A ESF onde eu trabalho esta localizada a noroeste do centro da cidade, com acesso adequado para os usuários, embora haja opinião da população que deve estar no meio da comunidade, tem uma estrutura com todos os locais e requisitos básicos necessários para alcançar os objetivos .Tem 2 enfermeiras, uma delas e a diretora da UBS, 3 técnicos em enfermagem ,1 auxiliar de enfermagem responsável pela vacinação ,um dentista com o assistente,1 nutricionista,1 técnico em reabilitação, 4 Agentes comunitários de saúde, um Pediatra e um Médico da ESF. A ESF funciona de segunda a sexta-feira com horário de 7h 30min – 4h 30min, todos os dias com acolhimento desenvolvido principalmente pela enfermeira e técnicas de enfermagem, em que o principal objetivo é dar prioridade para usuários com necessidades e problemas de saúde mais urgentes, muitos não entendem a prioridade de atendimento, mas com persistência e explicação conseguiram entender a vantagem desse método, durante esse período também são feitas conversas sobre questões de saúde com maior incidência na comunidade, consultas são realizadas no período da manha e da tarde ,exceto segunda e quinta-feira a tarde que as visitas as famílias são feitas, acompanhamos uma população de 3401 habitantes, predomina o sexo feminino, 2483 tem mais de 15 anos e 1421 são mulheres entre as idades de 10 e 59 anos, oferecemos atendimento a 27 mulheres grávidas, dos quais 6 são menores de 18 anos, acompanhamos 57 crianças com menos de um ano de idade, 324 hipertensos ,107 diabéticos e 36 asmáticos, muitos deles não estão bem controlados. A maioria da população é parda, as condições socioeconômicas e escolar de baixa a média, as condições sanitárias de higiene são insatisfatórias pelas dificuldades na destinação de resíduos sólidos e líquidos, existem muitas pessoas que utilizam água de poço, ou seja, sem tratamento, existem muitos animais de estimação em geral e

outros pequenos animais, o que favorece a presença de vetores e a possibilidade de desencadeamento de doenças transmissíveis .O nível de imunidade e aceitável mais ainda há muitos adultos a concluírem esquema atualizado da vacinação. As doenças transmissíveis como HIV, Hepatites, Sífilis e outras doenças sexualmente transmitidas tem impacto substancial sobre a comunidade. Fatores de Riscos como Obesidade, Sedentarismo, tabagismo, estresse, má alimentação, drogas são fatores que influenciam a saúde da população. Também trabalhamos com o grupo de usuários hipertensos, diabéticos e mulheres grávidas, além disso, tem um grupo de pessoas com o nome nos amigos da balança com o objetivo do educar e reduzir o peso. É prioridade para o equipe envolver-se em atividades de promoção, prevenção e tratamento dos fatores de riscos e doenças para mudar o estado de saúde atual da comunidade e satisfazer os objetivos para quais este sistema de atenção de saúde foi desenhado, a organizamos as ações na reunião de equipe . A reunião da equipe de saúde é realizada todas as quintas-feiras das 15h às 16h e 30 min, que examina as dificuldades da Comunidade estabelecidas pelos agentes comunitários e lá é dada prioridade a estratégias para solucioná-los, também discute o trabalho da semana anterior, situações negativas e realizações positivas, também sempre ocorre um espaço para compartilhar um bom lanche café e chimarrão.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O nome Lajeado vem do ponto de referência que se dava às sesmarias no Rio Taquari e águas formavam cascatas sobre lajeiros, daí o nome da cidade. A colonização de Lajeado remonta a 1853, com o estabelecimento da Colônia Conventos, fundada por Antônio Fialho de Vargas. Em 1855 recebia a Colônia Conventos os primeiros imigrantes e, em 1857, já possuía 168 habitantes, dos quais 81 homens e 87 mulheres, sendo 49 deles chegados naquele ano da Europa. No ano seguinte chegavam mais 20 colonos ficando assim distribuída a população segundo religião e a nacionalidade: Brasileiros: 76, Alemães: 112 – Católicos: 71, Evangélicos: 117. Deste total, 100 eram do sexo masculino e 88 do feminino (IBGE).

O tamanho de sua área geográfica é restrita, contendo cerca de 90 quilômetros quadrados, resultado da emancipação de vários municípios à sua volta. Hoje é uma cidade predominantemente urbana, com área rural restrita. Conforme o último censo do IBGE, Lajeado possui atualmente 71.481 habitantes, compostos por

uma população rural de 265 pessoas e uma população urbana de 71.216 pessoas. (2010, Área Territorial Oficial IBGE).

Desde julho de 2013, o Município assumiu a gestão plena do sistema de saúde. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser prioridade, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Rede de Atenção à Saúde Municipal é composta por dez ESFs, uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), um Serviço de Atenção Especializada às DST/AIDS (SAE), 14 Consultórios odontológicos instalados, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três Centros de Saúde, cinco Unidades Básicas de Saúde, uma Base do SAMU, três Centros de Atenção Psicossocial, três Centros de Fisioterapia, uma Farmácia Escola e um Centro de Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Central de Vacinas e Saúde do Trabalhador) (IBGE, 2012).

O município também possui uma Unidade de Pronto Atendimento, uma Unidade de Pronto Socorro, localizada no Hospital Bruno Born, com cuidados clínicos-cirúrgicos para crianças e adultos, além disso, o município tem cuidados para mulheres grávidas, estas instituições fazem parte da rede de cuidados e através deles são feitas as ações de encaminhamentos , também apoiados por outras especialidades que o município não tem e são fornecidos por Porto Alegre e municípios vizinhos. Existem diversos laboratórios para análises adicionais, 10 laboratórios de análises clínicas, 2 Anatomia Patológica, 1 análise de DNA.

Nossa ESF está localizada na periferia do município, consistindo de uma população com dificuldades socioeconômica, caracterizada como urbana é uma ESF tradicional, formada por uma equipe de saúde, composta por 3 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras, 1tecnica de enfermagem de vacinação, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 assistente social, 2 fisioterapeutas , 1 nutricionista, informática, 1 assistente de farmácia, 2 serviços gerais, 2 médicos (1 com complemento de 24h semanais), alguns deles como nutricionista e fisioterapeutas prestam serviço em outras ESF do município por organização da Secretaria da Saúde e apenas trabalham parte da semana em nossa unidade, uma das enfermeiras têm a responsabilidade de liderar a equipe e organizar o trabalho . Nosso centro está ligado ao ensino dos técnicos de enfermagem (UNIVATE), todos os serviços e ações que hoje tem atenção na primária, como promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação são fornecidas na unidade.

Em nossa ESF existem várias dificuldades estruturais que afetam o bom funcionamento, embora tenha a maioria dos departamentos, faltando alguns que são importantes, por exemplo, não tem exemplo sala de coleta, sala dos ACS, de área administrativa, de utilidades, de nebulizações, além disso, as demais não têm as dimensões adequadas para um bom trabalho e oferta de um serviço de qualidade, um exemplo é a farmácia que o tamanho é demasiadamente pequeno. O processo de acolhimento que é fundamental no desenvolvimento dos objetivos da unidade, embora tenha, deve melhorar para alcançar a satisfação e confiança da população.

A visita domiciliaria deve ser mais frequente, bem como melhorar a sua qualidade sempre executando uma análise abrangente da família visitada e preparar ações de promoção, prevenção e tratamento, conforme o caso. As atividades com grupos (adolescentes, grávidas, crianças, idosos, hipertensos) embora funcione deve aumentar ainda mais o número de participações, nossas reuniões de equipe de saúde são semanais e usuários faltosos são analisados, mas às vezes somos superficiais na análise do porque da ausência e o acompanhamento adequado não é determinado.

O acompanhamento das pessoas que são encaminhados em situação de emergência como para consulta agendada ainda não tem a qualidade necessária e às vezes, é desconhecido a contra referência dessas pessoas que aguardam ou já foram avaliados por especialistas. Temos que aumentar o trabalho de promoção e prevenção nos centros educativos em nossa área, aumentar a intersertorialidade. Para a solução destes problemas o pessoal de saúde e a comunidade devem trabalhar juntos para alcançar melhores resultados. Nossa ESF tem uma população de 3401 pessoas inscritas, mas existem dados que atualmente deve ser perto de 4128 usuários, o que mostra que a população total é maior que o máximo permitido para um bom funcionamento de uma equipe de estratégia. A tabela 1 mostra a distribuição da população por sexo e idade estimada de acordo com os registros existentes na ESF.

Tabela 1 – Distribuição da população de acordo com idade e sexo, ESF Santo Antônio, Lajeado/RS.

Distribuição (sexo e faixa etária)	ESF Santo Antônio
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1031
Mulheres entre 25-64 anos	671
Mulheres entre 50 e 69 anos	211
Gestante na área	39
Menores de 1 ano	57
Menores de 5 ano	111
Pessoas de 5-14 anos	599
Pessoas de 15-59 anos	2242
Pessoas com 60 anos ou mais	392
Pessoas entre 20 -59 anos	1881
Pessoas com 20 anos ou mais	2252
Pessoas com 20 e mais com Hipertensão	312
Pessoas com 20 e mais com diabetes	95

Os dados mostram que há um baixo número de mulheres grávidas, no entanto a quantidade de crianças menores de um ano de idade é maior e predomina a população menor de seis meses, o mesmo acontece para até cinco anos e de 15-59, o que justifica nossa população ter baixas condições socioeconômicas e com pouco desenvolvimento, uma população maioritariamente jovem. Há um baixo número de pessoas diagnosticadas com hipertensão e diabetes, demonstrando a necessidade de melhorar o trabalho no diagnóstico em usuários com riscos e idades frequentes, talvez essa dificuldade tem alguma ligação com a menor quantidade da população idosa , pois o não diagnóstico da doença crônica trás consigo aumento da mortalidade neste grupo. Nossa equipe de saúde identificou estes problemas e estratégias estão em curso, assim como, ações de saúde estão sendo feitas para modificar estes indicadores, mas estamos confiantes de que podemos atingir o objetivo.

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta e análise quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de

saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. (Brasil, 2011). Desde o início da implementação do acolhimento em nossa unidade um programa de treinamento foi desenvolvido para que todos possam ter conhecimento da essência, metodologia e as perspectivas que você quer conseguir com este método, foram analisadas em todas as reuniões semanais o assunto. A maioria das dificuldades deveu-se a não aplicação de um acolhimento com equidade e avaliação e estratificação de risco, nos últimos dias mostra um desempenho melhor, pois está mais fácil para os profissionais, dessa forma será levado um serviço melhor à população. O acolhimento em nossa ESF é realizado todos os dias, desde que a unidade abre até fechar a qualquer momento, é feito principalmente por 2 técnicos de enfermagem, com a colaboração de outros profissionais da equipe, todos os membros da equipe desde o recepcionista até o pessoal de limpeza estão fazendo a preparação para saber como realizar um melhor acolhimento. Há sempre uma enfermeira e um médico na retaguarda para fornecer soluções para a demanda espontânea, além dos usuários programados. Sempre é dada uma solução para a demanda espontânea, durante o processo de trabalho conversas sao feitas aos usuários para explicar o funcionamento do acolhimento. A equipe faz o trabalho com equidade e tendo em conta a estratificação de risco, situação comum em nossa pelas baixas condições socioeconômicas e educacionais. Sempre no agendamento consultas são deixadas livres para lidar com a demanda espontânea e sempre estratégias são tomadas para que não haja excesso de demanda. Durante o desenvolvimento deste processo tem sido alcançado um serviço melhor, um maior relacionamento com a comunidade e, também, uma melhor organização do processo de trabalho, é verdade que às vezes temos um pouco de sobrecarga, mas pensamos que com o decorrer do tempo devido ao planeamento e desenvolvimento do trabalho isso irá mudar.

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo país nas últimas décadas – com a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado de coisas precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que

se possam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis. (Brasil, 2012)

O desenvolvimento do programa de saúde da crianca é sem dúvida a pedra angular do trabalho em atenção primária e deve ser alvo de esforços, sem deixar de lado os cumprimentos dos outros programas. Nossa ESF tem 57 crianças com menos de um ano e analisando o caderno de ações programáticas dá uma cobertura de 100% da população, pois a estimativa ficou em 41 crianças, mas, os indicadores que medem a qualidade do programa não são atendidos adequadamente para esse grupo, bem como a faixa etária de 1-6 anos. Durante o desenvolvimento do trabalho nós temos percebido que o programa não foi executado e nao está inteiramente apropriadao porque existem dificultades, por exemplo, nao tem um único registro com os dados necessários e os documentos que existem não estam completos. Quando nós avaliamos o número de consultas em conformidade com os protocolos mostrou que naqueles menores de um ano é de 19 (46%), analisando as crianças que estavam com atraso da consulta agendada a mais de sete dias tem-se 36 (88%) das crianças e principalmente de 1-7 anos. O teste do pezinho e o monitoramento do crescimento ficou em 11(27%) e a realizaçao da primeira consulta antes dos sete dias e o monitoramento do desenvolvimento foi feito em 12 (29%) crianças. O cumprimento do programa de vacinaçao nas crianças avaliadas é de 21 (51%), o mesmo ocorre nas avaliações de saúde bucal e triagem auditiva nos menores de 1 ano, porque no resto, não foi possível encontrar os dados, já a orientação para o aleitamento materno exclusivo foi realizado para 25(61%) das crianças e orientações para evitar acidentes para 31 (76%) das crianças. Nossa ESF tem um grupo de crianças, momento em que se realizam consultas e conversas sobre vários temas de interesse para as mães, a execução de uma consulta multidisciplinar em que participa a enfermeira, um técnico de enfermagem a nutricionista, assistente social e médico, onde é realizada uma avaliação global da criança, as medidas necessárias são tomadas em cada caso, e acompanhamentos são realizados.

Apesar da redução importante da mortalidade materno- infantil no Brasil nas últimas décadas, um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. (Brasil, 2012).

Os dados registrados na UBS mostram as dificuldades na implementação dos programas do período pré-natal e pós-natal. Começando com a ausência de um registro onde todos os aspectos que medem a qualidade destes programas são refletidos. O número total de mulheres grávidas em nossa unidade é 39 e o caderno programáticas tem estimado 51, representando 76% do número total de cobertura, logo, existe a possibilidade de que existam grávidas que não fazem pré-natal ou que fazem em outro lugar, tornando difícil executar ações de saúde sobre esses grupos e o risco de alterações na sua gestação pode comprometer a vida da mãe e/ou do feto. Quando analisamos os aspectos de avaliação da qualidade do programa, podemos ver que havia apenas registro no controle do número total de mulheres grávidas que tinha começado o pré-natal no 1º trimestre, numeros de consultas, exame ginecológico e uma avaliação oral, não tinha registros de todos os exames laboratoriais, vacinas, de acordo com o protocolo, nao foi dada a todas os suplementos de sulfato ferroso e ácido fólico, também nao foram orientadas sobre aleitamento exclusivo.

Nossa equipe de saúde começou a fazer ações e estratégias que achamos que vai mudar esses resultados, foi feito pela primeira vez um registro de todas as mulheres grávidas e puérperas, registrando todos os dados obtidos durante a gravidez e puerpério, foi organizado os grupos de gestantes que se desenvolvem uma vez por semana com atividades de educação, promoção e prevenção, envolvendo semanalmente o enfermeiro, técnico de enfermagem, o assistente social, a nutricionista, uma agente comunitaria de saúde, o médico, o dentista e a assistente, às vezes, também se executa uma consulta multidisciplinar com os mesmos profissionais que fazem semanalmente os grupos com uma avaliação abrangente sendo tomada e realizada ações conjuntas para resolver os problemas encontrados durante o desenvolvimento da consulta, foi organizado o trabalho para que o seguimento seja feito de acordo com os protocolos, por outro lado nas reuniões semanais é analisada as dificuldades encontradas na realização destes programas e estratégias são pensadas, pois acreditamos que isso dará resultados favoráveis e melhorará a qualidade do atendimento à população, que é o objetivo da ESF.

A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo que as mulheres representam 51,03% desta população. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher vem promovendo importantes avanços em todos os ciclos de vida,

resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas (Brasil, 2013)**.**

Os programas sobre câncer de colo do útero e câncer de mama no país são bem projetados, mas na prática as ações necessárias para o cumprimento destes objetivos não são feitas. Quando olhamos os dados que existe na nossa ESF relacionadas ao câncer de colo de útero e de mama comprende-se que não há um registro onde se encontra os dados nessesários para avaliar a qualidade dos programas, há apenas um registro do exame de papanicolau realizado e tem dados incompletos, nossa ESF só dá cobertura a 671 (72%) da estimativa que trás 937 mulheres, testes com mais de 6 meses de atraso, testes alterados , avaliação de risco, amostras satisfatórias, testes com representação das células da união escamocolunar , não foi possível obter pela ausência de um registo atualizado com o comportamento durante os últimos anos. A cobertura na prevencao do cancer de mama oferecida às mulheres com idade entre 50-69 anos é de 211(60%), quanto aos indicadores de qualidade (mamografias em dias, com mais de 3 meses de atraso, avaliação de riscos e prevenção) não foi possível obter quaisquer dados porque não há organizada um registro de todos estes aspectos. Todos os dias são feitas incontáveis ações de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação relacionadas ao câncer de colo do útero e mama, mas não há nenhuma estatística organizada das ações e resultados do mesmo, por isso não pode ser feita uma avaliação do trabalho. Quando avaliamos com nossa equipe as dificuldades de saúde que existe todos concordam que há necessidade de fazer mudanças urgentes e organizar o processo de trabalho com base em protocolos e solicitações de dados do Caderno de açãoes programática, só assim seremos bem sucedidos para elaborar estratégias que modificam os indicadores acima, será necessário uma organização com um levantamento para cada área e em seguida fazer uma inscrição única em nossa unidade, só assim podemos assumir o controle de todos as mulheres, manter rastreamento dos casos de risco e desenvolver acões de saúde para melhorar os resultados destes programas.

O Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde

(SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renais crônicas submetidas à diálise. A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. (Ministério da Saúde 2013, Cadernos de Atenção Básica, Diabetes Mellitus, pág., 21).

Durante a busca de informações para completar os dados do caderno de ações programativas relacionados com a HAS e o DM conseguimos nos dar conta que não existe registro apropriado destes elementos, apenas pude obter informações diretamente no prontuario, o que significava que era difícil obter todas as informações. O total de hipertensos inscritos são 312 (41%), a estimativa do CAP trás 760 usuários com hipertensão, diabéticos é 95 (44%), tendo como estimativa 217 usuários diabéticos. Os indicadores de qualidade analisados mostram que não é adequado o trabalho que estamos fazendo, já que os usuários com HAS , apenas 56 (18%) tinham a estratificação de risco cardiovascular, 61(20%) tinham consulta com mais de 7 dias em atraso, apenas 201 (64%) dos testes de laboratórios periódicos foram feitos, apenas 146 (47%) foram a avaliação da saúde bucal ,e 280 (90%) foi realizada as orientações sobre nutrição saudável e prática de atividade física. Com a diabetes mellitus o comportamento foi semelhante existem apenas 41(43%) usuários com estratificação de risco cardiovascular, 53 (56%) deles tinha atraso da consulta em mais de 7 dias, somente 78 (82%) tinham atualizado exames periódicos, 81 (85%) deles tinham feito o exame de pés e palpação de pulsos tibial posterior e pedioso, elementos importantes na prevenção e diagnóstico de doença vascular periférica e as lesões infeciosas da planta do Pé, em nenhum usuário foi encontrado exame da sensibilidade dos pés, importante no diagnóstico da poli neuropatia periférica, apenas 53 (66%) tem feito avaliação bucal, importante na prevenção de alterações, 85 (89%) recebeu orientações sobre nutrição e atividade física regular. Fazendo uma avaliação dos resultados podemos entender que nossa equipe de saúde tem de criar uma estratégia para fazer ações de saúde, logo que possível para aumentar a busca dos usuários, bem como educação, promoção e prevenção com o objetivo de aumentar a qualidade, assim como a manutenção adequada de acompanhamento de todos os inscritos, procurar faltosos a consulta, melhor fu ncionamiento dos grupos de Hiperdia, agendamento apropriado para que

o trabalhador pode participar da consulta e acima de tudo para criar um registro de usuários por áreas da ESF, através dos ACS. Nossa equipe de saúde vai realizar todas as ações para alcançar as mudanças necessárias e melhoras os resultados.

O século que se inicia apresenta a perspectiva de revelar uma população idosa mais representada, tornando com isto a saúde dos idosos um dos grandes desafios para a saúde pública. (Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 3, julho-setembro, 2006, pp. 657-667).

O envelhecimento da população tem um comportamento mundial semelhante, especialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a expectativa de vida é um dos elementos a ter em conta para medir o desenvolvimento de um país, daí a preocupação dos estados de assegurar a qualidade de vida da população de idosos. O Ministério da saúde do Brasil tem elementos bem projetados para atingir este objetivo e a Atenção Primária de saúde é responsável pela execução dessas ações. Em nossa ESF existem dificuldades que temos que mudar se queremos cumprir o que o Ministério da Saúde exige, no momento é muito difícil para nós obter dados sobre a população idosa, porque não há nenhum documento onde podemos encontrar, nós temos que recorrer para o prontuário e é bastante trabalhoso, elementos da qualidade, como avaliação multidimensional, risco para morbimortalidade e indicadores de fragilização, era impossível encontrar no registro qualquer resposta, a cobertura agora dada à comunidade é apenas de 371 (80%), pois a estimativa de idosos para área é de 464 idosos, por outro lado não existe em nossa ESF uma caderneta de saúde da pessoa idosa, bem como o número daqueles que são hipertensos e diabéticos não é real, há uma cobertura muito baixa para estes indicadores. A implementação e o cumprimento dessas ações de qualidade certamente aumentariam o nível de saúde e qualidade de atendimento em nossa comunidade, nossa equipe de saúde tem o compromisso de mudar esses resultados e desenvolver ações organizadas, a partir do registro apropriado, funcionamento dos grupos de idosos até a aplicação dos testes de avaliação da funcionalidade da pessoa idosa, acho que o desempenho dessas ações sem dúvida aumentariam os cuidados e a expectativa de vida de nossa comunidade idosa.

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

Durante o curso e a realização de cada tópico compreendemos quão longe estávamos da realidade nossa ESF, existem vários problemas que devem ser resolvidos, começando por atingir um registro bom de toda a população, assim, ser capaz de criar estratégias, para executar ações de saúde e no final para avaliar o resultado do trabalho, no início será um pouco difícil, mas no final o resultado da qualidade e o trabalho será muito melhor, nós temos a força de ter uma equipe conscientizada dos problemas da população e trabalhamos com muito amor, só falta organizar o trabalho e implementar ações que nos dará os resultados que queremos e que exigem a nossa comunidade.

2. Analise Estratégica

2.1 Justificativa

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças 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 faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (IBGE, 2010).

De acordo com os protocolos e o caderno de ações programáticas para realizar um trabalho com atendimento de qualidade para crianças, é necessário considerar que as ações de qualidade fiquem em 100%. O cumprimento dos requisitos permite fornecer melhores cuidados para as crianças. Estes objetivos não são alcançados em nossa ESF, devido a isso que é preciso executar ações que modifiquem a atenção melhorando a qualidade do atendimento da população.

A ESF Santo Antônio está localizada na periferia do município, consistindo de uma população majoritariamente com dificuldades socioeconômicas, caracterizada como urbana e tradicional, tem várias dificuldades estruturais que afetam o bom funcionamento. Embora tenha a maioria dos departamentos, faltam algumas que são importantes, não tem sala de coleta, sala para os ACS, área administrativa, de utilidades, de nebulizações, além disso, as dimensões não são adequadas para um bom desempenho do trabalho e oferta de um serviço de qualidade; formada por uma equipe de saúde, composta por 3 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 assistente de saúde bucal, 1 assistente social, 2 de reabilitação, 1 nutricionista, 1 assistente de farmácia, 2 pessoas dos serviços gerais , 1 médico da ESF, alguns deles como a nutricionista e fisioterapeutas prestam serviço em outros centros do município e apenas trabalham parte da semana em nossa unidade, uma das enfermeiras têm a responsabilidade de liderar a equipe e organizar o trabalho. A população é de 3401 pessoas, mas existem dados que atualmente devem ter de 4128, o que mostra que a população total é maior que o máximo permitido para um bom funcionamento de uma equipe de ESF (IBGE, 2014).

Durante o trabalho é perceptível que o programa não é executado adequadamente, porque existem dificuldades, como nao tem um único registro com os dados necessários e os documentos que existem não estão completos (ficha espelho). Quanto ao número de consultas em conformidade com os protocolos mostrou que o número nos menores de um ano fica em 26(46**%**) de consultas, analisando as crianças que estavam com atraso da consulta agendada mais de 88% das crianças tinham atraso e principalmente aquelas de 1-6 anos. Além disso, 49 crianças (27%) tem realizado o teste de pezinho na 1° consulta antes dos sete dias, os demais foram realizados após os sete dias. O cumprimento do programa de vacinação nas crianças avaliadas foi cumprido em 43 crianças (76%) nos menores de 1 ano , porque no resto, não foi possível encontrar os dados, o acompanhamento do desenvimento do peso e comprimento so pode avaliar em 49 (27%) crianças das crianças, os demais indicadores comportam-se da mesma forma, nao tem identificado as crianças de risco, a saúde bucal foi avaliada em 8 crianças (13%), nao tem registro no prontuário das orientações sobre aleitamento materno, nutricionais e prevençao de acidentes. A ESF tem um grupo de crianças que funciona nos dias das consultas, em que são realizadas conversas sobre vários

temas de interesse para as mães, e a execução de uma consulta multidisciplinar em que participa a enfermeira, um técnico de enfermagem, a nutricionista, assistente social e o médico, as medidas necessárias são tomadas em cada caso, e acompanhamentos são realizados.

Sabemos que no decorrer do trabalho haverá dificuldades, mas a equipe vai conseguir fazer todas as ações para dá assistência às crianças por meio das consultas, realização de mais consultas durante a semana para cobrir a demanda, melhorar o funcionamento do grupo de crianças que motiva o apoio da população e melhorar a qualidade da nossa consulta multidisciplinar. Estamos confiantes de que vamos atingir as metas e aumentar a qualidade dos cuidados a nossas crianças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na ESF Santo Antônio, Lajeado, RS.

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 100% 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 7 dias de vida.
Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em100% das crianças de 6 e 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 de acompanhamento/espelho da saúde da criança 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 a saúde das crianças.

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santo Antônio, Lajeado/RS. Participarão da intervenção todas as crianças de 0 a 72 meses da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica, n°33, Saúde da Criança, Brasília – DF 2012, portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem

realizadas em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. O cadastro das crianças na planilha de coleta de dados (Anexo 1) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo 2). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo 1).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento A enfermeira semanalmente em reunião com os agentes comunitários e técnicos de nossa equipe realizará um monitoramento das crianças cadastradas, procurando aquelas que veem morar na nossa área e aquelas que nasceram.

Organização e gestão do serviço

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.
- Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: Mediante o monitoramento conseguiremos manter o cadastro atualizado, todos os ACS são responsáveis por manter atualizado o registro de cada uma de suas áreas e avaliaremos mensalmente. Manter prioridade para as crianças em situações de saúde aguda durante a semana e realizar a assistência nas consultas agendadas. Aumentar os horários das consultas de puericultura por semana.

Engajamento público

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

Detalhamento: Durante as primeiras 6 semanas em visitas domiciliares, atividades na ESF e consultas, ACS, técnicos, enfermeiras e médicos aumentarão

as ações de promoção, prevenção explicando a comunidade os benefícios do programa de Saúde da Criança e a necessidade de priorizar este Programa.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar à equipe no acolhimento da criança, sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento: A enfermeira e o médico no primeiro mês continuaram as conversas relacionadas com os protocolos e ações que devem fornecer o cuidado à saúde da criança, manter a publicidade dos protocolos nas áreas de acolhimento, triagem e consultas. Manter as participações dos membros da equipe nos grupos e consultas.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em100% das crianças de 6 e 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.

Monitoramento e avaliação

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

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.
- Monitorar as crianças com déficit de peso.
- Monitorar as crianças com excesso de peso.
- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.
- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.
- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.
- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.
- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.
- Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.
- Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Detalhamento Durante toda a intervenção a enfermeira e o médico realizarão avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas durante as visitas domiciliares, consultas e em reunião semanal de a equipe analisarão os resultados.

Organização e gestão do serviço

- Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.
- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.
- Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

- Garantir com o gestor a disponibilizacao das vacinas e materiais necessários para aplicação.
- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).
- Realizar controle da cadeia de frio.
- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.
- Realizar controle da data de vencimento do estoque.
- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).
- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.
- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.
- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário às crianças crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. • Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Um técnico de enfermagem tem a responsabilidade diariamente de manter os recursos materiais necessários para o cumprimento das ações, a enfermeira realizará supervisão para serem cumpridas estas atividades.

Engajamento público

- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as 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.
- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).
- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.
- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.
- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.
- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Detalhamento: Durante a consulta, os grupos, e visitas domiciliares o médico e a enfermeira explicarão aos pais as variações do desenvolvimento da criança, assim como a importância do cumprimento do esquema vacinal , a realização dos testes e avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança**.**
- Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.
- Padronizar a equipe na realização das medidas.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
- Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.
- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.
- Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.
- Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.
- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: Durante o primeiro mês semanalmente por 1 hora o médico e enfermeira realizarão atividades de capacitação da equipe sobre os temas antes mencionados e manterá a supervisão para o cumprimento correto das ações.

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.
- Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: A análise será feita por área, todos os ACS explicitarão o comportamento em suas áreas, organizarão as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, continuar o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Organização e gestão do serviço

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.
- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: Semanalmente na reunião da equipe o médico e a enfermeira analisarão as crianças faltosas, as razões da falta e as ações a fazer em cada caso, se priorizará o agendamento de consultas para as faltosas e aquelas provenientes das buscas.

Engajamento público

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

Detalhamento: Em cada consulta, visita domiciliar e atividade de grupo o médico e a enfermeira explicarão para as mães e a comunidade a importância do acompanhamento regular das crianças e as alterações que podem ser detectadas durante sua realização.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Durante o primeiro mês, semanalmente a enfermeira e o médico como parte da capacitação da equipe vai treinar os agentes comunitários no domínio da caderneta 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.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Em cada consulta o médico avaliará o cumprimento dos registros e acompanhamento da criança e realizará ações em cada caso.

Organização e gestão do serviço

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.
- Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Realiza-se um registro central na ESF com os elementos que avaliam a qualidade do programa e continuaremos mantendo atualizado com os dados obtido em cada acompanhamento, o responsável é o enfermeiro que participa no acompanhamento, os ACS e o Médico. Continuaremos o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento, o médico realizara avaliação mensal dos dados.

Engajamento público

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

Detalhamento: Semanalmente em visitas domiciliares, consultas, grupos e mensalmente em reuniões do conselho de saúde a enfermeira orientará a comunidade de seus direitos na manutenção dos registros.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Continuaremos o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento, o médico realizará avaliação mensal dos dados.

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.
- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento: O médico avaliará em cada consulta e visita domiciliar as crianças com alto risco e priorizará o atendimento com periodicidade maior e realizando monitoramento da assistência das atividades.

Organização e gestão do serviço

- Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.
- Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: Em cada consulta o médico avaliará as crianças com alto risco, identificarão elas no prontuário e fichas, sendo o atendimento com periodicidade maior (mensalmente).

Engajamento público

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

Detalhamento: Os agentes comunitários, a enfermeira e o médico durante o primeiro mês será orientado o conselho de Saúde da comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão capacitar os profissionais da equipe para a identificação dos fatores de risco, semanalmente e mensalmente se avaliarão os resultados.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.
- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1a consulta.
- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.
- Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira em cada consulta, atividade de grupo o visita domiciliar realizará atividade de promoção e prevenção de saúde, e manterá o monitoramento do cumprimento pelos demais membros da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.
- Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.
- Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.
- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.
- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.
- Organizar todo material necessário para essas atividades.
- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: A enfermeira semanalmente indicará a responsabilidade de cada um dos membros da equipe no cumprimento das tarefas e avaliará os resultados em cada reunião semanal.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.
- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobra a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.
- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.
- Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.
- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.
- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Detalhamento: Orientar nas consultas, visitas domiciliares, atividades e outras ações a mãe e a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, sobre a alimentação adequada para crianças, preencher nos registros as ações desenvolvidas. Convidar mensalmente a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Visitar cada 3 meses as escolas e capacitar os responsáveis sobre fatores de risco para acidentes ,sobre nutrição, vacinas e pelo cuidado geral da criança.

Qualificação da prática clínica

- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.
- Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".
- Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.
- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.
- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: O médico semanalmente continuará capacitando a equipe nos temas relacionados anteriormente.

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 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1 Proporções 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 em100% 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 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa Saúde da Criança vamos usar os Protocolos de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012, serão realizadas xerox dos protocolos pela a enfermeira e distribuídos aos profissionais. Utilizaremos o prontuário das crianças, a ficha espelho disponíveis na ESF, no entanto, essa ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, vacinas, suplemento de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho, avaliação de risco,

orientações nutricionais sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção vão utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso, Faremos contato com a SESA para dispor e imprimir as fichas espelho necessárias, a estimativa total de crianças e de 181. Estimamos alcançar com a intervenção 181 crianças. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, serão preenchidas pela técnica de enfermagem e posteriormente capacitados os profissionais sobre o uso correto.

Nosso primeiro objetivo é fazer um registo de todas as crianças abaixo dos seis anos de idade para realizar um resgate daqueles com inadequado acompanhamento, a equipe já está trabalhando, cada agente de saúde comunitária está revendo as crianças nesses grupos de idade em sua área e aqueles que têm dificuldade no rastreamento, qualquer falta ou está sendo atendido em outra unidade, teremos uma informação mais precisa e com eles vamos a começar a executar as ações necessárias para melhorar os indicadores que medem a qualidade do programa e a cobertura. Neste registro serão notificados detalhes sobre vacinação, desenvolvimento, realização de testes, orientações e assistência odontológica. Durante a realização deste registro vamos melhorar a adesão da família ao programa, para o cumprimento dos objetivos e metas temos o apoio e o trabalho de toda a equipe, uma vez que fizemos a proposta de realizar este trabalho e o pessoal acredita ter necessidade de resolver essas dificuldades e começarmos a trabalhar, existe em nossa unidade os recursos humanos e materiais para atingir os objetivos, além d o apoio dos líderes da Comunidade e o Conselho de saúde.

Para organizar o registro específico do programa saúde da criança a enfermeira revisará o registro identificando as crianças que vieram à consulta de puericultura nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário e na ficha espelho, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta semanal em atraso, teste de pezinho, saúde bucal, vacinas em atraso, suplementação de ferro, avaliação de risco e orientações sobre nutrição e acidentes.

Os Agentes comunitários realizaram um monitoramento das crianças semanalmente procurando aquelas novas na área e os novos nascimentos, avaliar semanalmente e mensalmente o número de crianças que ingressam no programa antes dos sete dias, assistência à consulta, realizar o teste do pezinho antes dos

sete dias, a enfermeira e os agentes de saúde vão fazer busca ativa procurando os faltosos e as causas das faltas e fornecer ações, apoiados nas gestantes com data do parto para esse mês. Todos os ACS são responsáveis por manter atualizado o registro de cada uma de suas áreas e avaliar semanal e mensalmente em reunião de equipe. A técnica de enfermagem do acolhimento vai dar prioridade para as crianças em situações de saúde aguda durante a semana. O médico e enfermeira aumentarão os horários de consultas de puericultura nas semanas para não ter demanda e poder realizá-lo na parte da tarde para que as mães não tenham dificuldades na assistência.

O médico e enfermeira farão o monitoramento de 100% das crianças em consulta com avaliação da curva de crescimento, com déficit ou excesso de peso, alterações do DNPM, vacinação incompleta ou atrasada, crianças que realizaram triagem auditiva, suplementação de ferro e identificarão/monitorarão mensalmente as crianças de alto risco. A enfermeira vai criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com alguma alteração no desenvolvimento e avaliação de risco e as informações obtidas serão anotadas na ficha espelho.

A assistente bucal e odontólogo irão monitorar a saúde bucal de 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica e necessidade de tratamento odontológico. A enfermeira no acolhimento dará prioridade para as crianças, disponibilizando 15 consultas semanais para este grupo. A análise dos resultados será feito semanalmente em reunião de equipe e os resultados serão registrados em ficha espelho. Para as atividades de promoção de saúde bucal contamos com o apoio de toda a equipe.

A capacitação da equipe será voltada para o acolhimento da criança, sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral, para a adoção dos protocolos nas áreas de acolhimento, triagem e consultas, treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde e interpretação das curvas, capacitar os profissionais de enfermagem para que todos possam realizar o teste do pezinho e continuar com a participação dos membros da equipe nos grupos e consultas. As capacitações vão ser feitas pelo médico, nutricionista e enfermeira administrativa, ocorrerão na própria UBS, para isto serão reservados 30 minutos ao início da reunião semanal da equipe,

os temas serão discutidos por todos os profissionais de acordo os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, com debate ao final da exposição.

A comunidade será orientada mediante conversas, distribuição de instrutivos em visitas domiciliares, nas consultas, por agentes comunitários, técnicos, enfermeiras e médico sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, informar às mães nas consultas do pré-natal sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida, compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura. Os agentes de saúde, enfermeiras ,auxiliar de odontologia ,odontólogo e médico orientaram as mães e a comunidade durante as consultas, visitas domiciliares, atividades no grupo de puericultura e outras ações sobre formas de prevenção de acidentes na infância, a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, orientações nutricionais orientações, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária da criança, sobre a alimentação adequada para crianças e preencher nos registros as ações desenvolvidas.

A enfermeira administrativa e o médico fara o convite mensalmente para a participação dos membros da comunidade e das escolas na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação das crianças e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

2.3.4 Cronograma

	Atividades	Semanas															
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
1	Capacitar a equipe no acolhimento da criança, sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.	X	X	X	X												
2	Estabelecer o papel de cada profissional na ação programática.	X	X	X	X												
3	Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Realizar atendimento clínico das crianças.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, Solicitar apoio em o sentido de ampliar a captação de criança e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo Populacional.	X	X	X	X	X	X										
6	Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.	X	X	X	X												
7	Capacitar a equipe para realizar teste do pezinho.	X	X	X	X												
8	Capacitar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.	X	X	X	X												
9	Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".	X	X	X	X												
10	Capacitar as ACS para identificação das crianças em atraso através da caderneta da criança.	X	X	X	X												
11	Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.	X	X	X	X												
12	Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.	X	X	X	X	X	X	X									
13	Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida procurando pelos faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

14	Realizar visita domiciliar às crianças na primeira semana de vida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Monitorar a qualidade dos registros das crianças acompanhados na unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Monitorar as crianças com avaliação da curva de crescimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Monitorar as crianças com déficit e com excesso de peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Monitorar em cada consulta o DNPM das crianças	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Monitorar semanal e mensalmente o 100% das crianças com vacinação incompleta ou atrasadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Monitorar em cada consulta a suplementação de ferro para as crianças com menos de 24 meses	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Monitorar semanalmente com ACS e em consultas as crianças que realizaram triagem auditiva.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Monitorar semanalmente com ACS e em consultas as crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica e necessidade de tratamento odontológico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Identificar e monitorar semanalmente as crianças de alto risco existentes na comunidade.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	Orientar nas consultas, visitas domiciliarias, atividades e outras ações a mãe ia comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, sobre a alimentação adequada para crianças	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	Monitorar a intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3. Relatório da Intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe desde um início teve o objetivo fundamental de melhorar a qualidade da saúde da criança na ESF Santo Antônio, foi feita uma reunião com os lideres da comunidade e explicado o objetivo da intervenção (figura 1), muitas ações foram feitas, uma muito importante foi trabalhar para alcançar a meta de cobertura em 100%, que no final não foi cumprida porque o tempo disponibilizado para a intervenção não foi como o planejado de 16 semanas, mas sim de 12 semanas, o cadastramento das crianças aumento muito e foram feitas estratégias desenvolvidas principalmente pelos ACS para elevar o número de crianças em acompanhamento, por outro lado disponibilizamos consultas com prioridade no acolhimento para as crianças durante toda semana (figura 2), foi feita capacitação para toda a equipe sobre os protocolos de atenção da criança, embora não conseguimos imprimir, eles foram disponibilizados em formato digital nos computadores do local de acolhimento e outras áreas da ESF, os profissionais da equipe realizaram ações não só com o atendimento das crianças, mas também na orientação a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Figura 1 – Reunião com lideres da comunidade da ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.

Figura 2 – Acolhimento das crianças de zero a 72 meses na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS

Outra ação muito importante, mas que foi cumprida parcialmente foi realizar a primeira consulta na primeira semana de vida, embora todas as ações fossem desenvolvidas pela equipe, a mesma não conseguiu cumprir a meta de 100%, a causa fundamental foi a existência de um número grande de crianças que nasceram antes da intervenção e naquele momento não foi feita a consulta e agora era impossível de modificar esse indicador, por outra parte cumprimos integralmente o monitoramento do crescimento, desenvolvimento neurológico, do déficit ou excesso de peso, a vacinação em todas as crianças e explicar aos pais sua importância na prevenção de doenças, nas crianças sem aleitamento materno exclusivo foi iniciado a suplementação de ferro aos 4 meses e nas crianças com aleitamento aos 6 meses, sendo explicado para as mães a necessidade de manter a suplementação de ferro até os 18 meses, todos os testes (orelhinha, olhinho, pezinho) foram realizados em todas as crianças nascidas durante a intervenção e cumprido integralmente, existindo um grupo de crianças nascidas antes e que a ação não foi feita em tempo. A possibilidade de contar com a equipe de odontologia com elevada motivação para o trabalho e a participação de todos os profissionais fizeram possível a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a realização da consulta nas crianças com idade compreendida para essa ação. Todas as ações foram cumpridas integramente porque a equipe teve a capacitação necessária para a

realização de um exitoso trabalho (figura 3), além disso, a capacidade dos membros da equipe de explicar para as mães e a comunidade os resultados e desenvolvimento das crianças nas consultas, grupos e demais atividades feita na ESF.

Figura 3 – Capacitação da equipe sobre a saúde bucal na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.

As crianças com algum tipo de alteração foram avaliadas integralmente e com a ajuda do Pediatra, feitas as ações para um tratamento correto. Embora existiram crianças faltosas as consultas e outras atividades, a busca ativa foi cumprida integralmente e a equipe tem a responsabilidade de melhorar as ações de promoção na comunidade para evitar as ausências das crianças. Desde antes de iniciar a intervenção foi disponibilizado todos os recursos materiais necessários para o cumprimento das consultas, grupos, visitas domiciliarias e demais atividades com a qualidade requerida. A avaliação de risco foi uma ação que foi de prioridade durante

a intervenção e por sorte só 3 crianças foram avaliadas como de risco e todas as ações e orientações foram feitas integralmente com a ajuda do pediatra. Existe um aspecto que foi cumprido parcialmente e que a equipe deve melhorar e tem haver com a interpretação da caderneta das crianças, ficha espelho e planilha de dados, para isso temos feito uma continua capacitação nas reuniões, dessa forma vai ser possível superar essa dificuldade. Muitas ações de promoção de saúde foram feitas sobre o aleitamento materno, prevenção dos acidentes, desenvolvimento normal das crianças, todos eles discutidos nos grupos, consultas, visitas e reuniões com a comunidade (figura 4). Os resultados obtidos na saúde bucal mostraram a importância das ações desenvolvidas pela equipe. Outro aspecto que devemos manter e sem dúvida é a busca ativa como estratégia para alcançar um melhor atendimento nas crianças que estão nas creches e em ocasiões que tem dificuldades para assistir a consulta porque precisam dos pais e eles trabalham, temos criado estratégias, mais não são suficientes.

Figura 4 – Realização do grupo de gestantes e puérperas na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista na intervenção deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme se pretendia.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção existiram muitas dificuldades como fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, mas despois das capacitações dos profissionais as dificuldades foram diminuindo, ainda a equipe tem que aperfeiçoar mais esta ação, acredita-se na medida em que continue o trabalho os resultados vão ser melhores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas foram incorporadas a rotina do trabalho, a equipe considera que o Projeto e só o inicio de todas as ações que devem ser desenvolvidas para melhorar a saúde das crianças, o fundamental começa agora que é o desenvolvimento de todas as ações no dia-a-dia e que a equipe esta preparada para começar a fazer um trabalho com qualidade e a cada dia trabalhar por melhores resultados.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

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

Meta. 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

A intervenção tratou da melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança. O primeiro indicador para analisar foi a proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, a ESF tem 181 crianças na faixa etária analisada, no início proponhamos alcançar 100% de cobertura, mas não foi possível, a Figura 5 mostra que durante o primeiro mês tivemos 68 (37,6%) crianças, durante o mês 2, 128 (70,7%) crianças inscritas no programa e no terceiro mês 172 (95%) crianças, a meta não foi cumprida, a equipe trabalho para cumpri-lo e acredita-se que o tempo disponibilizado foi muito curto para acompanhar todas as crianças. A intervenção está incorporada na rotina da unidade, nosso trabalho vai alcançar em pouco tempo está meta, visto que faltaram apenas 9 crianças e a equipe esta motivada com a continuidade das ações.

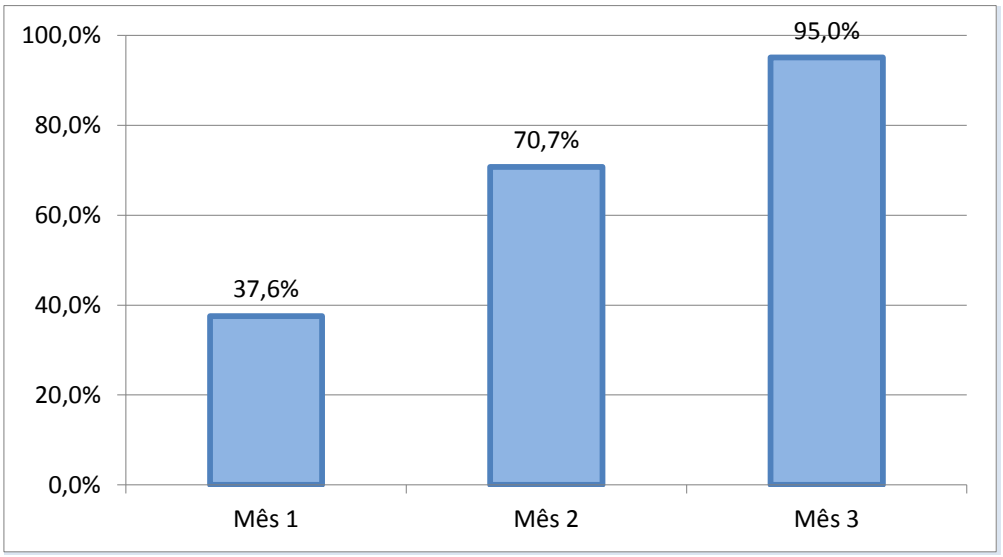

Figura 5 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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.

O segundo indicador refere-se à proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. A figura 6 mostra que no primeiro mês 59 (86,8%) crianças foram avaliadas, durante o segundo mês foi de um 78 (60,9%) e no terceiro mês 110 (64%), a primeira impressão parecia que o indicador não foi trabalhado corretamente, mas foi cumprido para todas as crianças nascidas durante o desenvolvimento do projeto, não para aquelas que foram incluídas no programa com uma idade superior, não existindo possibilidades de atingir esse indicador. A equipe tem elaborado todas as ações e mecanismo para que no futuro todas nossas crianças possam ter sua consulta na primeira semana e mudar os resultados negativos influenciados por um trabalho mal realizado em meses anteriores.

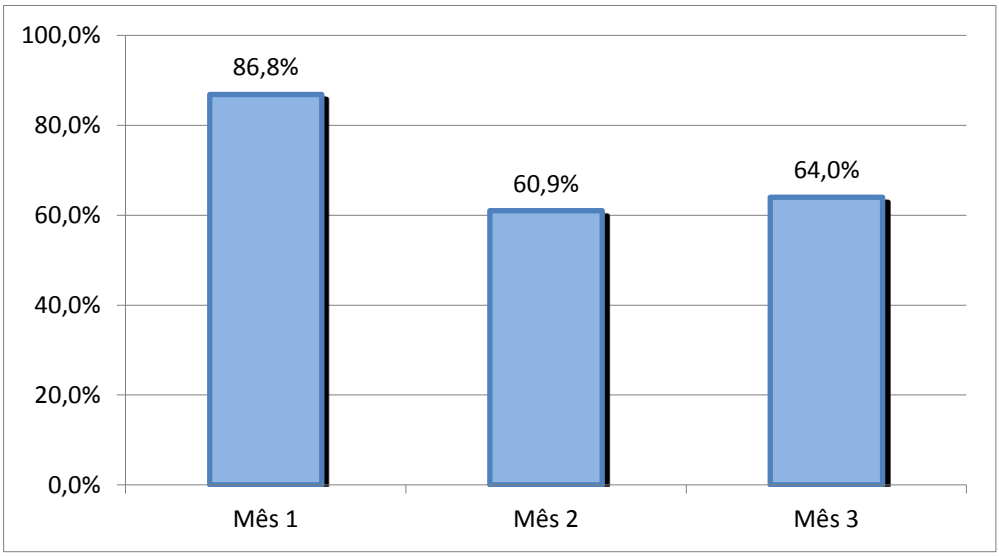

Figura 6 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Desde um início até o final da intervenção alcançamos 100% das crianças no monitoramento do crescimento, no primeiro mês alcançamos 68(100%) crianças, no segundo mês 128(100%) e no terceiro mês 172(100%), nesse resultado participou toda a equipe, todos fizeram possível o cumprimento das ações nas consultas, grupos e visitas domiciliares, a equipe tem o compromisso de manter seu cumprimento na rotina do trabalho no dia a dia da ESF.

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

As alterações nutricionais como o déficit de peso constitui um fator de risco no desenvolvimento normal das crianças, durante toda a intervenção nossa equipe não avaliou nenhuma criança com déficit de peso. As ações de pesquisa em consultas, grupos e visitas domiciliares continuaram sendo feitas para manter os resultados, ou seja, um estado nutricional adequado em nossas crianças.

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

Durante o desenvolvimento da intervenção, no primeiro mês avaliamos 1(100%) criança com excesso de peso, no segundo mês 1(100%) e no terceiro mês 1(100%) com excesso de peso, só uma criança foi avaliada com excesso de peso, essa criança foi monitorada durante os três meses e ações estão sendo realizadas para modificar seu estado nutricional, a equipe com a ajuda do pediatra continuou um seguimento diferenciado para que a criança alcance o peso adequado e dessa forma prevenindo alterações no futuro.

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

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais, podemos avaliar que durante o primeiro mês avaliamos 68(100%) crianças, segundo mês 128(100%) e no terceiro mês alcançamos o monitoramento de 172(100%) das crianças inscritas na intervenção. Desde o inicio, não existiram maiores alterações e aquelas obtidas foram avaliadas e ações desenvolvidas para um melhor desenvolvimento das crianças. Nossa equipe tem a certeza de poder manter cumprindo esses resultados na rotina de trabalho de nossa ESF.

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

A prevenção constitui umas das ações principais na atenção primaria, a vacinação é sem dúvida uma das ações fundamentais de prevenção a desenvolver pelas ESF para alcançar uma melhor saúde as crianças, durante 1 mês 68(100%) crianças foram atualizado o esquema da vacina, o segundo mês 128(100%) e no

tecer mês 172(100%) das crianças tiveram o esquema vacinal atualizado, sempre existiram famílias que foi necessárias ações quase impositivas para que suas crianças realizassem a vacinação, foram muitas as ações desenvolvidas para alcançar esses resultados e a equipe pensa que devemos aumentar ações de promoção na comunidade para poder manter e aumentar os resultados.

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

Desde o início da intervenção a equipe fez muitas ações de saúde e uma foi incentivar as mães a utilização da suplementação de ferro nas crianças sem aleitamento exclusivo aos quatro meses e aquelas que tinham aleitamento exclusivo aos seis meses, a figura 7 mostra que durante o primeiro mês 37 (97,4%) crianças, no mês 2, 65 (100%) e no terceiro mês 84 (100%), esses resultados vão seguir corretos se a equipe continuar desenvolvendo ações para que as mães cumpram por 18 meses a suplementação de ferro nas crianças e evitar a anemia e suas complicações muito frequente em nossa comunidade.

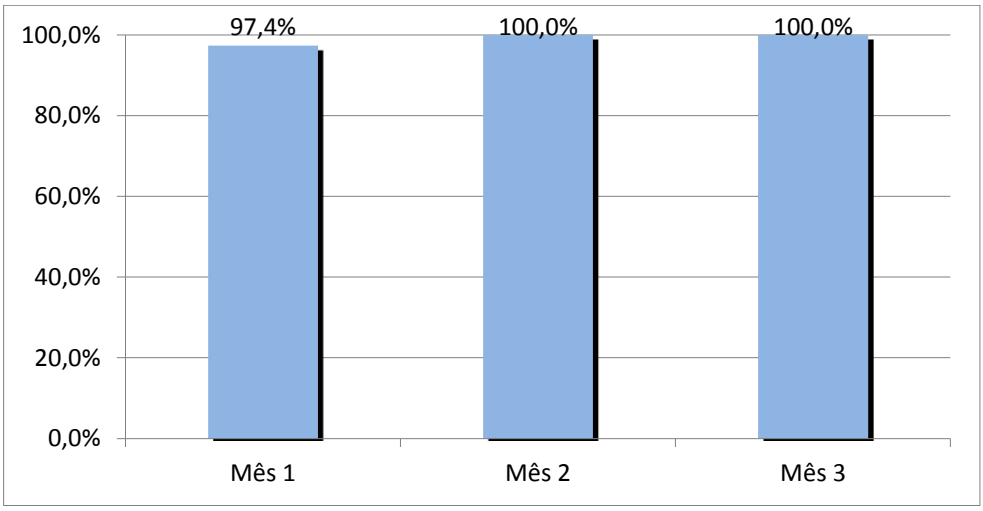

Figura 7- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Não importa a idade, história familiar, fazer triagem auditiva faz parte do bem-estar das crianças, a figura 8 mostra que durante o primeiro mês 62 (91,2 %) crianças tiveram a triagem auditiva, no segundo mês 111 (86,7%) e no mês 3, 172 (100%). Essa diminuição existiu, pois algumas crianças que foram incorporadas ao projeto nunca haviam feito a triagem por razões não explicáveis, várias ações de

saúde e encaminhamento em coordenação e com ajuda da fonoaudióloga do município foram realizadas para melhorar esse indicador e ao terminar a intervenção 100% das crianças tinham a triagem em dia, agora a equipe deve manter o seguimento naquelas crianças que o teste foi feito tardiamente e manter esse resultado alcançado no último mês de intervenção.

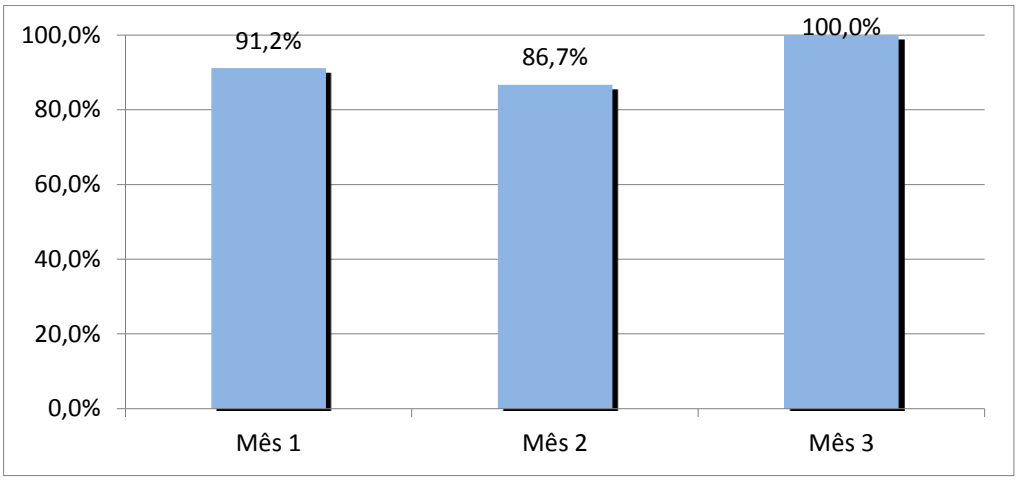

Figura 8 - Proporção de crianças com triagem auditiva, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Antes do desenvolvimento da intervenção de acordo as informações obtidas apenas 26% das crianças faziam o teste do pezinho até sete dias de vida, a figura 9 mostra que durante o primeiro mês 65 (95,6%) crianças tiveram o teste do pezinho, no mês 2, 115 (89,8%) e no terceiro mês 158 (91,9%). No final não conseguimos o objetivo que foi cumprir 100%, mas a equipe irá procurar mais informação caso existam registros errados por ser este indicador de cumprimento restrito em todas as ESF e temos o compromisso de seguir trabalhando para melhorar esses resultados e realizar em tempo esse importante teste para o diagnóstico de doenças genéticas que afetam o futuro das crianças.

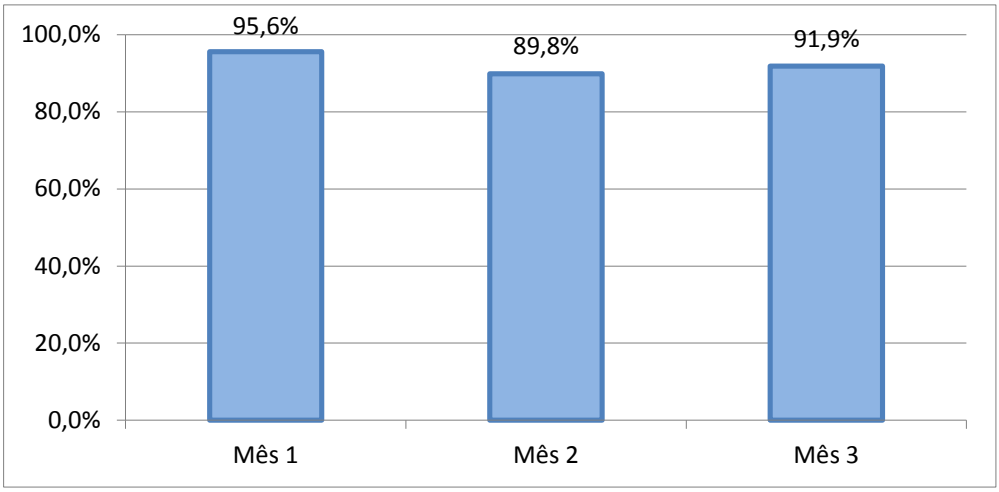

Figura 9 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em100% das crianças de 6 e 72 meses.

As medidas de promoção e prevenção para problemas odontológicos nas crianças começam desde o nascimento, no início da intervenção não existia um registro das necessidades de atendimento das crianças e a equipe desenvolveu muitas ações de saúde e estratégias que alcançaram o resultado que foi proposto. Durante o primeiro mês foram avaliadas 45(100%) crianças, no segundo mês 105 (100%) e no terceiro mês 144(100%) das crianças. O mérito em especial para a técnica e o dentista da ESF que desde o início tiveram todo interesse e apoio para o cumprimento dos objetivos, a equipe tem o compromisso de manter o resultado no futuro e na rotina da ESF.

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

A figura 10 abaixo mostra que durante a intervenção no primeiro mês 41 (91,1%) realizaram a primeira consulta, resultado que melhorou no segundo mês com 105 (100%) e no terceiro mês 172 (100%), foram muitas as estratégias desenvolvidas pela equipe, mas foi alcançado o objetivo e temos o compromisso de manter os resultados, embora a demanda de nossa população seja muito alta.

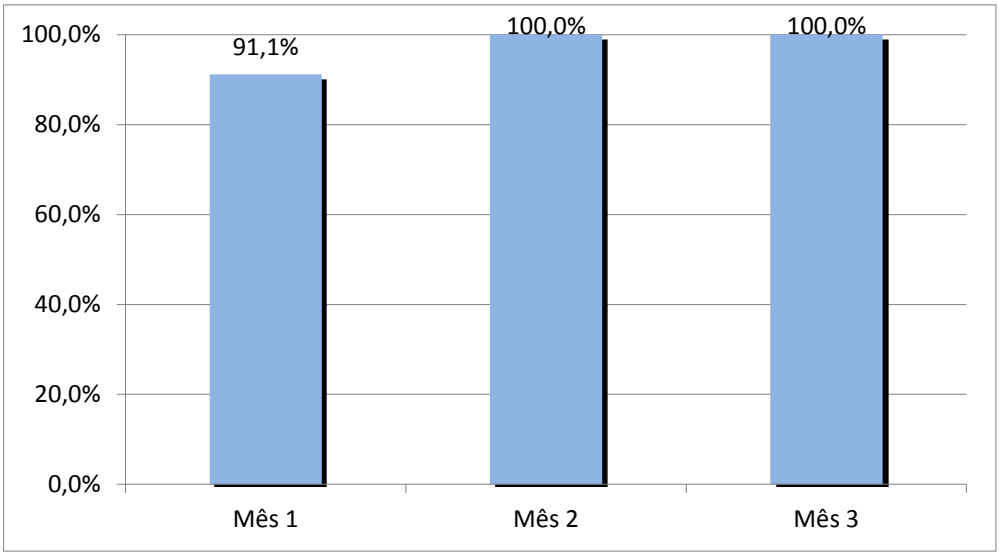

Figura 10 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Antes de começar nosso trabalho e do desenvolvimento do projeto a equipe avaliava 46% das crianças menores de um ano e 21% das demais, posteriormente ao começo da intervenção os resultados melhoraram. A causa principal dos baixos resultados foi a ausência as consultas, a equipe com o desenvolvimento da intervenção realizou muitas ações para alcançar a meta proposta alcançar 100% das buscas nas crianças faltosas, durante o primeiro mês tivemos 5 crianças faltosas, no segundo mês 7 e no terceiro mês 10, conseguimos sempre buscar todas as crianças faltosas. A equipe esta convencida que esse é um indicador que tem que trabalhar muito mais em união com os lideres da comunidade para evitar as ausências das crianças, e trabalhar com as famílias das crianças faltosas, além de tomar as medidas necessárias para cumprir o direito das crianças de serem avaliadas de acordo a faixa etária, conforme o Ministério preconiza.

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.

Manter um registro atualizado dos dados de cada criança é indispensável para a qualidade das ações na saúde das crianças, antes da intervenção não existia

um registro exato das ações feitas nas crianças, motivo pelo qual foi impossível avaliar o cumprimento do desenvolvimento das crianças maiores de 1 ano. Com a disponibilização da ficha espelho e planilha de coleta de dados foi possível ter controle sobre a saúde das crianças da área adscrita, durante o primeiro mês alcançamos 68(100%) crianças no segundo mês 128(100%) e no terceiro mês 172(100%) crianças com o registro atualizado. A equipe desde o início achou oportuna a existência da planilha de coleta de dados e temos realizado todas as ações utilizando de forma rotineira a mesma.

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.

A avaliação integral da criança definindo se tem algum risco é muito importante no futuro da criança e para desenvolver ações por toda equipe que previnam ou estabilizem. Durante a intervenção 100% das crianças foram avaliadas, só três crianças durante toda a intervenção foram avaliadas como de risco e todas por risco social e econômicos a equipe realizou as ações necessárias para dar seguimento diferenciado e mudar ou melhorar os fatores que afetam seu estado 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.

As ações de saúde de promoção e prevenção para evitar acidentes nas crianças começam desde a gravidez, nossa equipe realizou ações que possibilitaram o resultado obtido no final da intervenção, durante o primeiro mês alcançamos 68(100%), no segundo mês 128(100%) e no terceiro mês 172(100%) das mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes. As continuidades na rotina do serviço pela equipe possibilitaram evitar acidentes em nossas crianças.

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

O aleitamento materno é fundamental no futuro das crianças, a figura 11 mostra os resultados da intervenção, durante o primeiro mês tivemos 59 (86%) crianças, diminuindo no segundo mês para 80(62,5%) e no terceiro mês 99 (57,6%),

os resultados tem uma explicação parecida ao teste do pezinho, a maior quantidade de crianças com idade para colocar a primeira consulta foi no primeiro mês, existindo muitas crianças durante esse mesmo mês e outros meses que não foi feita essa ação na primeira consulta de sua vida e foi impossível recuperar esse indicador, motivo pelo qual foi impossível cumprir ao final o objetivo de 100% em todas as crianças, mas aquelas nascidas durante a intervenção foi cumprida. A equipe tem feito todas estratégias para seu cumprimento no futuro e a responsabilidade de manter como rotina da ESF.

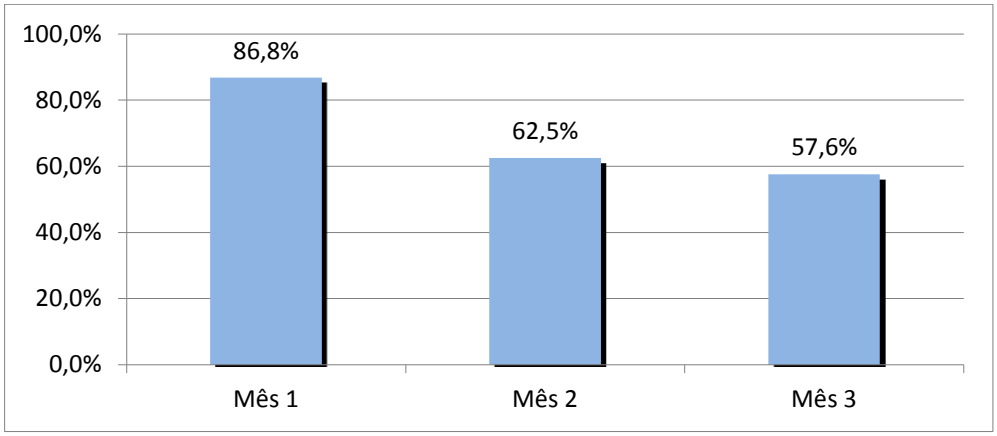

Figura 11- Numero de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

As orientações nutricionais para o aleitamento exclusivo, assim como a incorporação da alimentação de acordo com a faixa etária da criança é imprescindível no desenvolvimento geral da criança. A figura 12 mostra como durante o primeiro mês se comportou esse indicador, 68 (91,2%), no segundo mês alcançamos 128(100%) e no terceiro mês 172(100%), o que responde ao objetivo do inicio da intervenção. A realização de uma consulta multidisciplinar, além dos grupos de puericultura com participação da nutricionista e a capacitação dos profissionais foram fatores que possibilitou esse resultado e a equipe tem a responsabilidade de continuar realizando as ações para manter os resultados.

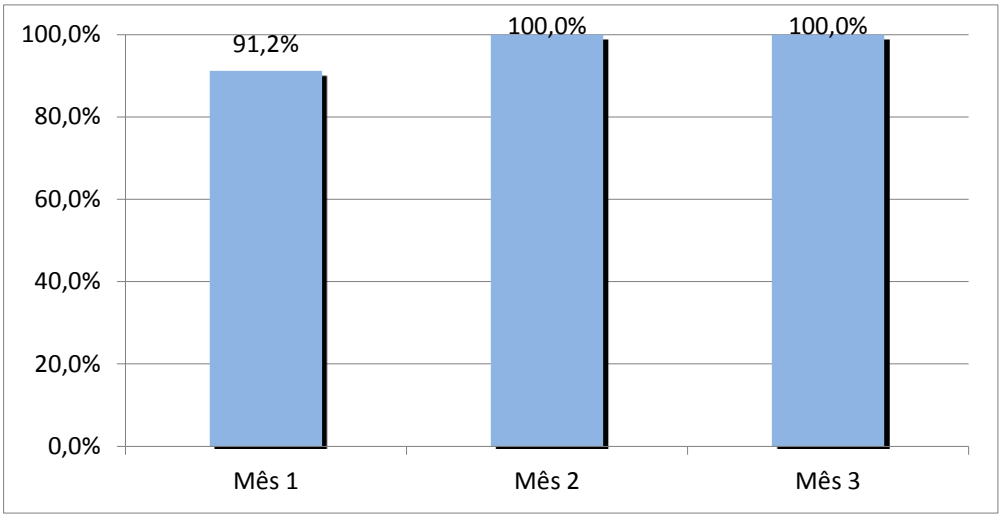

Figura 12-Proporçao de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, na ESF Santo Antônio, Lajeado/RS. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Durante as avaliações das crianças em consultas, grupos de puericultura, visitas domiciliares foram feitas orientações sobre higiene bucal para todas as mães das crianças, no primeiro mês alcançamos 68(100%), no segundo mês 128(100%) e no terceiro mês 172 (100%) mães das crianças foram orientadas sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção em minha ESF propiciou a ampliação da cobertura da atenção nas crianças de 0 a 72 meses, mudo a qualidade na atenção elevando todos os indicadores que o Ministério exige sejam cumpridos, melhorou os registros das crianças e os resultados de seu desenvolvimento, elevamos a qualificação dos profissionais da ESF para o atendimento das crianças e o mais importante melhorou a satisfação da população.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, monitoramento e tratamento das crianças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos técnicos de enfermagem e o trabalho unido de toda a equipe. Os técnicos ficaram com a responsabilidade de continuar com o acolhimento das

crianças, cadastro, participação nas atividades dentro e fora da ESF, as enfermeiras continuaram com o cumprimento dos grupos, consultas dentro e fora da unidade, cadastramento, acolhimento e interação com a comunidade, a equipe de odontologia continuara desenvolvendo suas atividades com o apoio da equipe para manter os resultados alcançados, os ACS continuam fazendo o papel mais importante que é a pesquisa de criança nesse faixa etária, cadastro e seguimento das crianças, sempre com o apoio de toda a equipe, os outros profissionais com seus núcleos de trabalho cumpriram as atividades que correspondem a cada um, nós temos a responsabilidade de continuar o desenvolvimento dos objetivos da intervenção no dia-a-dia da Unidade .O desenvolvimento da intervenção acabou tendo impacto nos outros programas que prioriza o Ministério como o pré-natal, atendimento nos idosos, pessoas com diabetes e hipertensão, a equipe esta motivada para fazer ações para mudar os indicadores existentes nesses programas e melhorar a qualidade geral de atendimento da população.

Antes da intervenção as atividades de atenção das crianças eram responsabilidade do médico e enfermeira e a intervenção ofereceu a possibilidade de repartir atribuições para toda a equipe, o que melhoro o cadastro, acolhimento, avaliação e tratamento de um número maior de crianças, ações desenvolvidas com melhor qualidade pela capacitação ótima da equipe, classificamos as crianças de risco e disponibilizamos um atendimento diferenciado, a intervenção mostrou para a equipe as ações fundamentais para serem realizadas, como as consultas, visitas domiciliarias, vacinação, educação para a saúde, todas elas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção das crianças.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas as mães e pais das crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e a qualidade da atenção, ainda tem algum que questiona a prioridade para as crianças, porém são poucos e com a continuidade de nosso trabalho terminara por mudar esses questionamentos. A porcentagem de cobertura alcançada mostra a importância de manter as ações para que a comunidade disfrute de uma atenção de excelência com as crianças. Os lideres da comunidade tem mostrado sua satisfação pelo trabalho da equipe e tem se colocado à disposição para qualquer tarefa que seja necessária realizar.

A intervenção poderia ter melhores resultados se a equipe tivesse organizado melhor no início e as ações tivessem sido desenvolvidas com participação total da

comunidade, por isso acho que faria em primeiro lugar uma capacitação da equipe utilizando maior tempo e maior participação de toda a população nas ações da intervenção, e despois começaria o desenvolvimento da intervenção. As dificuldades encontradas no transcurso da intervenção a maioria foram solucionadas e aquelas que ainda persistem vão ser eliminadas no desenvolvimento das ações na rotina da ESF. No futuro os resultados vão ser melhores porque a equipe agora tem todas as condições e a comunidade mais envolvida.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram incorporadas as ações na rotina da ESF, no final a equipe tem uma organização que possibilita a realização e cumprimento de todas as ações, existem algumas dificuldades em algumas ações que no futuro será solucionada. Somo os responsáveis por fazer cumprir todas as ações e manter a motivação para melhorar os resultados da intervenção.

Com os resultados alcançados a equipe continuará desenvolvendo todas as ações, aumentando sua capacitação, melhoraram as ações de saúde com a população e trabalharemos por elevar cada dia mais a qualidade de atenção das crianças. Durante o desenvolvimento da intervenção a equipe melhorou o atendimento das gestantes e muitas ações são desenvolvidas para melhorar a atenção, a equipe esta motivada e tem a experiência anterior e nos meses próximos vai conseguir mudar os indicadores existentes.

Relatório da intervenção para Gestores

Prezado gestor (a) municipal:

Neste momento venho relatar como transcorreu a intervenção realizada através do projeto de intervenção elaborado como parte do curso de especialização em saúde coletiva da Universidade Federal de Pelotas/RS vinculada ao Programa Mais Médico.

A intervenção foi realizada no período de maio de 2015 a Agosto de 2015, com o foco na saúde da criança, tendo como objetivo geral a Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Santo Antônio, Lajeado, tendo ações nos quatro eixos (Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica).

O desenvolvimento da intervenção muda à qualidade da atenção das crianças na nossa ESF, as ações realizadas e sua continuidade no cotidiano de nosso trabalho elevam a saúde nesta população.

Desde o início foi feita uma reunião com os lideres da comunidade e explicado o objetivo da intervenção (Figura 13), muitas ações foram feitas, uma muito importante foi trabalhar para alcançar a meta de cobertura em 100%, que no final não foi cumprida porque o tempo disponibilizado para a intervenção não foi suficiente mais o 95% das crianças foram avaliadas, por outro lado disponibilizamos consultas com prioridade no acolhimento para as crianças durante toda semana, foi feita capacitação para toda a equipe sobre os protocolos de atenção a criança, os profissionais da equipe realizaram ações não só com o atendimento das crianças, mas também na orientação a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Figura 13 – Reunião com lideres da comunidade da ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.

Os resultados fundamentais alcançados durante a intervenção mostram a mudança na qualidade da atenção, a equipe realizou as seguintes ações em nas crianças acompanhadas: monitoramento do crescimento, déficit ou excesso de peso, o desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação atualizada, suplementação de ferro, triagem auditiva e olhinho, avaliação da necessidade da atenção odontológica e a realização da primeira consulta odontológica, avaliação da existência de algum risco para a saúde, orientações nutricionais, de higiene bucal e prevenção de acidentes. Todos esses indicadores foram cumpridos em 100% das crianças, a realização da primeira consulta na primeira semana foi cumprida em 64%, a realização do teste do pezinho foi cumprido em 91,9% das crianças, 57,6% das crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta, esses indicadores não forem cumpridos em 100%, pois, foram acompanhadas crianças que antes da intervenção não haviam recebido a tempo determinada ação, sendo impossível modificar, mais em todas as crianças nascidas meses antes e durante a intervenção foi cumprida em 100%, Realizamos atividades como os grupos de puericultura (Figura 14), as consultas, e visitas domiciliares.

Figura 14 – Realização do grupo de puericultura na ESF Santo Antônio no município de Lajeado/RS.

Todas as ações foram cumpridas integramente porque a equipe teve a capacitação necessária para a realização de um exitoso trabalho, além disso, a capacidade dos membros da equipe de explicar para as mães e a comunidade os resultados e desenvolvimento das crianças nas consultas, grupos e demais atividades feita na ESF.

As crianças com algum tipo de alteração foram avaliadas integralmente e com a ajuda do pediatra, feitas as ações para um tratamento correto. Embora existissem crianças faltosas as consultas e outras atividades, a busca ativa foi cumprida integralmente e a equipe tem a responsabilidade de melhorar as ações de promoção na comunidade para evitar as ausências das crianças.

As ações previstas foram incorporadas a rotina do trabalho, a equipe considera que o Projeto e só o início de todas as ações que devem ser desenvolvidas para melhorar a saúde das crianças, o fundamental começa agora que é o desenvolvimento de todas as ações no dia-a-dia e que a equipe esta preparada para continuar fazendo um trabalho com qualidade e a cada dia trabalhar por melhores resultados.

Relatório da intervenção para a Comunidade.

Prezada comunidade

A equipe desde o início teve o objetivo fundamental de melhorar a qualidade da saúde da criança na ESF Santo Antônio, depois de ser feita a reunião com os lideres da comunidade e explicado o objetivo da intervenção, muitas ações foram feitas, uma muito importante foi trabalhar para alcançar a meta de avaliar 100% das crianças de 0-6anos, que no final não foi cumprida porque o tempo disponibilizado para a intervenção não foi suficiente, mais na continuidade do desenvolvimento das ações alcançaremos esses resultados, o cadastramento das crianças foi aumentado e foram feitas estratégias desenvolvidas principalmente pelos ACS para elevar o número de crianças em acompanhamento, por outro lado disponibilizamos consultas com prioridade no acolhimento para as crianças durante toda semana, como vocês devem ter percebido, os profissionais da equipe realizaram ações não só com o atendimento das crianças, mas também na orientação a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Outra ação muito importante, mas que foi cumprida parcialmente foi realizar a primeira consulta das crianças na primeira semana de vida, embora todas as ações fossem desenvolvidas pela equipe, a causa fundamental foi a existência de um número grande de crianças que nasceram antes da intervenção e naquele momento não foi feita a consulta e agora era impossível de modificar, por outra parte cumprimos integralmente o monitoramento do crescimento, mas com a ajuda de todos vocês é possível sempre acompanhar as crianças na primeira semana de vida, o desenvolvimento neurológico, com baixo ou acima de peso, a vacinação das crianças e explicar aos pais sua importância na prevenção de doenças, as crianças sem aleitamento materno exclusivo foi iniciado a suplementação de ferro aos 4 meses , e nas crianças com aleitamento exclusivo aos 6 meses , sendo explicado para as mães a necessidade de manter a suplementação de ferro até os 18 meses para prevenção da anemia, todos os testes (orelhinha, olhinho, pezinho) foram realizados em todas as crianças nascidas durante a intervenção e cumprido integralmente, existindo um grupo de crianças nascidas antes e que a ação não havia sido feita em tempo. A possibilidade de contar com a equipe de odontologia com elevada motivação para o trabalho e a participação de todos os profissionais foi

possível a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a realização da consulta nas crianças com idade compreendida para essa ação, além disso, a capacidade dos membros da equipe de explicar para as mães e a comunidade os resultados nas consultas, grupos e demais atividades feita na ESF.

As crianças com algum tipo de alteração foram avaliadas integralmente e com a ajuda do Pediatra, feitas as ações para um tratamento correto. Embora existissem crianças faltosas as consultas e outras atividades, a busca ativa foi cumprida integralmente e a equipe tem a responsabilidade de melhorar as ações de promoção na comunidade para evitar as ausências das crianças. A avaliação de risco foi uma ação que foi de prioridade durante a intervenção e por sorte só 3 crianças foram avaliadas como de risco, em todas elas a causa fundamental foram problemas sociais, todas as ações e orientações foram feitas integralmente com a ajuda do pediatra. Muitas ações de promoção de saúde foram feitas sobre o aleitamento materno, prevenção dos acidentes, desenvolvimento normal das crianças, todos eles discutidos nos grupos, consultas, visitas e reuniões com a comunidade.

Dessa forma acompanhamos 172 crianças de 0-6 anos, ou seja, 95% das crianças da nossa área, já que contamos com 181 crianças. Um aspecto que devemos aumentar são as ações para melhorar o atendimento das crianças que estão nas creches porque em ocasiões tem dificuldades para assistir a consulta porque precisam dos pais e eles trabalham, temos criado estratégias, mas, não são suficientes.

Todas as ações desenvolvidas continuaram como rotina do trabalho, a equipe considera que a intervenção e só o início e seguiremos trabalhando com qualidade para melhorar os resultados na saúde das crianças e de toda a comunidade, contamos com a participação de todos para divulgar nosso trabalho, os bons resultados e sempre que tiverem uma criança no convívio lembre-se que estamos sempre prontos para atender e acompanhar.

Reflexão critica sobre o processo pessoal de Aprendizagem

Nesta semana vamos fazer uma reflexão crítica sobre minha aprendizagem no curso, podemos dizer que no início achamos que o curso foi um pouco chato, mas depois no transcorrer minhas expectativas inicias foram superadas, o curso e especialmente a intervenção me deram as ferramentas para enfrentar situações do trabalho com um jeito diferente, de pensar e abordar os problemas, incorporando conhecimentos e realizando ações para melhorar o funcionamento do sistema de saúde no Brasil.

No campo profissional me ajudou a desenvolver o idioma do português, me adaptei com maior rapidez e pude compreender com mais facilidade esta língua, me manteve sempre em constante estudo da área clínica, o que é muito bom para aperfeiçoamento e familiaridade com os protocolos de atendimentos e pude realizar meu trabalho com ótima qualidade, elevando a saúde da comunidade.

Através da especialização encontrei o jeito de trabalhar com a equipe com mais interação, não sendo apenas um membro a mais, mas com capacidade de tomar decisões e conseguindo capacitar toda a equipe, para assim melhorar a qualidade da atenção da população. Entre outras coisas aprendidas mais relevantes foi a maior organização, planejamento, execução das atividades do dia-a-dia do nosso trabalho. Alcançamos uma adesão melhor com a população da área da abrangência, em especial com os usuários da intervenção, conhecer seu jeito de vida, o jeito de enfrentar suas dificuldades e como foram mudadas situações que afetavam sua vida, sua visão sobre o trabalho e os trabalhadores da unidade básica, tudo isso foi muito importante no meu desenvolvimento na comunidade e para minha preparação profissional.

O curso melhorou meu desempenho no computador, mantendo uma boa comunicação com o site da especialização e com minha orientadora, através de discussões muito produtivas, outro aspecto foi a experiência no preenchimento dos materiais da intervenção (Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho) ao ter um programa bem estruturado e qualificado que me deu a possibilidade de quantificar os dados ate chegar aos indicadores esperados, trazendo isto muito benefício para minha vida pessoal e profissional ao incorporar novos conhecimentos.

Temos que destacar que a estruturação do curso permite ao especializando elevar a qualidade na prática clínica e a troca frequente com os demais colegas. Eu quero dar os parabéns aos orientadores, o apoio metodológico e a Universidade Federal de Pelotas por deixar os profissionais mais preparados, capacitados e mais envolvidos nos problemas da comunidade, o que ao final vai elevar a saúde da população e de todo o povo brasileiro.

.

Referencias

Biblioteca. ibge.gov.br/visualização/dtbs/riograndedosul/lajeado.pdf 2010, Área Territorial Oficial IBGE.

Cadernos de ações programáticas, Saúde da Criança

Ministério da Saúde, 2011, Acolhimento a demanda espontânea, cap. 28

Ministério da Saúde, 2012, Saúde da Criança, Caderno de Atenção Básica No33 parte1, pág.20.

Ministério da Saúde, 2012, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Pág. 4.

Ministério da Saúde, 2012, Cadernos de Atenção Básica No 33, pág., 21

Ministério da Saúde, 2012, Saúde da Criança, Caderno de Atenção Básica No33, parte 1, pág.17.

Ministério da Saúde, 2013, Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama,pag 23 e pg18

Ministério da Saúde 2013, Cadernos de Atenção Básica, Diabetes Mellitus, pág., 21

Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 3, julho-setembro, 2006, pp. 657-667.

.

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 Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da	Sexo	A criança fez a primeira	A criança está com o	A criança	A criança com déficit de peso está
	de 1 até o total de	Nome	Em meses	0 - Mascu	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1	0		0	0			
	2	0		0	0			
	3	0		0	0			
	4	0		0	0			
	5	0		0	0			
	6	0		0	0			
	7	0		0	0			
	8	0		0	0			
	9	0		0	0			
	10	0		0	0			
	11	0		0	0			
	12	0		0	0			
	13	0		0	0			
	14	0		0	0			
	15	0		0	0			
	16	0		0	0			
	17	0		0	0			
	18	0		0	0			
	19	0		0	0			
	20	0		0	0			
	21	0		0	0			
	22	0		0	0			

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA

Departamento de Medicina Social

UFPEL

Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa __/__/ __ __ __ __ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____
Nome completo:_____ Data de nascimento: _/__/ __ __ __ __Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
Endereço:_____ Telefones de contato:_____/_____/_____
Nome da mãe: _____ Nome do pai:_____ Peso ao nascer:_____ g
Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____
Data da primeira consulta odontológica: __/__/_____ Profissional que realizou: _____ _____

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

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	*BCG*	*Pentavalente*	*VPI*	*Rotavírus*	*Pneumoc. 10*	*Mening. C*	*Tríplice viral*	*Trípl. 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

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/m² (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 infência													
Aleitamento materno: 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 registar 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.

_____