

**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 0 a 72 meses na UBS Maria Iza
Viane de Castro, Bujari/AC**

Yandre José Garcia Perera

Pelotas, 2015

Yandre José Garcia Perera

**Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Maria Iza
Viane de Castro, Bujari/AC**

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

Orientador: Caroline De Souza Kroning

Pelotas, 2015

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

P437m Perera, Yandre Jose Garcia

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari/AC / Yandre Jose Garcia Perera; Caroline de Souza Kroning, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 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. Kroning, Caroline de Souza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais que não mediram esforços para
que eu fosse profissional da saúde.

Agradecimentos

Para Yolanis, obrigado pelo seu amor, paciência, incentivo e força.

À orientadora Caroline Kroning Feijó, com quem compartilhei a realização deste trabalho e que teve paciência para me ajudar a concluir o mesmo.

À minha equipe de saúde, ferramenta indispensável para implementar este projeto.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

Resumo

PERERA, Yandre José Garcia. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari/AC**. 2015. 92f. 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.

Toda criança brasileira tem direito à vida e à saúde, porém esta meta ainda não foi alcançada, persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis e também falta de ações dos serviços de saúde, tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O presente estudo teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS Maria Iza Viane do Castro do Bujari, no estado do Acre. O foco da intervenção foi escolhido levando-se em conta as necessidades prementes observadas na comunidade, por ser a saúde da criança um dos grupos mais sensíveis quanto às doenças, porque são menores as resistências às mudanças, além de podermos verificar resultados concretos em menor prazo. A intervenção realizada contemplou ações em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Para os objetivos específicos que abarcam a cobertura do programa, qualidade de atendimento, adesão e promoção de saúde da criança, foram elaboradas metas com as suas respectivas ações desenvolvidas, implementadas e executadas nos quatro eixos e elaborados indicadores que permitiram o monitoramento das respectivas metas. Os dados mais relevantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças, na qual conseguimos alcançar 100%(182). Foram adequadamente avaliadas as 182 crianças da área de abrangência incluídas no programa, sendo ofertadas orientações educativas de prevenção e promoção de saúde e, como aspecto relevante da qualidade, conseguiu-se aumentar a proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. A intervenção trouxe benefícios para a comunidade, não somente porque aumentou seus conhecimentos sobre saúde e consciência sobre a importância do acompanhamento adequado das crianças, mas trouxe ainda grande impacto sobre o serviço, ganhando-se em organização e melhoria na qualidade e integralidade da atenção ofertada em saúde da criança. Maior credibilidade por parte da comunidade, coesão, definição de lideranças e devido aos excelentes resultados obtidos, a intervenção foi incorporada à rotina de atendimento da unidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	65
Figura 2	Gráfico da Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	66
Figura 3	Gráfico da Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	67
Figura 4	Gráfico da Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015	69
Figura 5	Gráfico da Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	71
Figura 6	Gráfico da Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	72
Figura 7	Gráfico da Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	73
Figura 8	Gráfico da Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Acre
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliares de Serviços Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Quilômetros
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	47
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4 Avaliação da intervenção	63
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	78
5 Relatório da intervenção para gestores.....	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	83
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86
Referências	88
Anexos	89

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas está composto por sete seções.

A primeira contém o relatório da análise situacional, no qual está apresentado um panorama da Unidade Maria Iza Viane de Castro, Bujari/AC, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade, com identificação de seus pontos mais deficitários.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, não realizadas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A avaliação da intervenção está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção.

Na quinta seção está composta pelo relatório da intervenção para os gestores e na sexta seção encontra-se o relatório para a comunidade.

A sétima seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para a construção deste projeto bem como os anexos que serviram para orientar o desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari/AC.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade de saúde está localizada no município de Bujari, no estado do Acre e tem uma mistura na cultura da população por ficar próximo à Amazônia.

O trabalho é realizado em equipe e esta é composta por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois técnicos de farmácia, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais têm um papel muito importante, já que são eles quem conhecem tudo o que acontece nas famílias e com os seus membros.

A equipe de saúde é uma ferramenta que permite a atuação completa para desenvolver uma estratégia de saúde à altura do atendimento que a população precisa, pois somente com um trabalho em equipe podemos superar os problemas que se apresentam no dia a dia na unidade de saúde, procurando soluções aos mesmos dando mostras da governabilidade de nossa equipe.

Felizmente a Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com um oferecimento de vacinas de acordo às principais doenças preveníveis e também com medicações necessárias para satisfazer a demanda do tratamento de doenças crônicas e agudas.

Além das consultas médicas, ofertamos consultas de puericultura, atenção pré-natal e desenvolvemos ações pelo Programa de controle de câncer de colo uterino e de mama, estes são conduzidos pela enfermeira, com o auxílio do médico, quando necessário.

O atendimento é realizado por livre demanda, isso quer dizer que todo o usuário que chega no horário estabelecido recebe atendimento médico, também fazemos atendimento de urgências, apesar de não termos condições estruturais

ou insumos, (oxigênio, fio e agulha para sutura, entre outros). Acredito que as principais limitações que a UBS possui estão relacionadas com administração e são consequência da má gerencia dos mesmos.

Em nosso serviço também são realizadas ações de educação em saúde, atendimentos são realizados tanto no atendimento individual como nas palestras em atendimento em grupos, estas são dirigidas pelo médico, pelas enfermeiras, apoiados pelos técnicos em enfermagem e pelos ACS o que contribui para melhorar a qualidade da saúde das famílias, a prevenção do consumo de substâncias químicas, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outras potencialmente preveníveis nas quais estão envolvidas as pessoas com e sem fatores de risco, com o objetivo, em longo prazo, de mudar estilos de vida.

A equipe tem uma área de abrangência extensa até agora estão cadastrados 3.530 usuários, mas esse não é o numero certo, pois os ACS são insuficientes e são precisamente eles quem fazem esse trabalho, mas daqui para frente criaremos estratégias para melhorar essa situação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS está localizada no município de Bujari, que pertence ao estado de Acre; situada na periferia do município com características próprias, onde a população tem uma mistura entre costumes de área urbana e rural já que está próxima ao município de Rio Branco, Acre.

Bujari está localizado ao nordeste do estado do Acre, limita-se ao norte com o Amazonas, ao sul com o município de Rio Branco. Sua área é de 3.467.681 km² e possui uma população de 9.173 habitantes.

O município conta com três UBS, duas na zona urbana e uma rural, este município não tem hospital, contamos com apoio das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Ponto Socorro de Rio Branco, que é o município mais próximo. Não tem Centro Especialidades Odontológicas (CEO), em uma das UBS tem laboratório clínico onde são realizados exames de rotina e contamos com um equipamento de ultrassom para fazer acompanhamento das gestantes e a para a população que necessita fazer esse tipo de exame.

A UBS possui uma população de 3.529 pessoas em sua área de abrangência, é um local adaptado para oferecer serviços de saúde, assim sua

estrutura física não é a ideal para oferecer uma rotina de atendimento de excelência. Contamos com diferentes salas e serviços, sendo eles distribuídos entre consultório médico, consultório da enfermeira, sala da vacinação, farmácia e sala de curativos, nesta última também são realizadas nebulizações, administração de medicamentos intramusculares e endovenosos, esterilização de instrumentais e descontaminação. Além disso, também temos uma recepção, almoxarifado, cozinha e pátio de serviço. A unidade funciona em dois turnos de atendimento de segunda-feira à sexta-feira.

Para o atendimento da população, a UBS conta com uma equipe formada por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, sete ACS e dois auxiliares de limpeza.

Quanto ao equipamento e instrumental, nossa UBS tem um computador o qual é utilizado para busca e arquivamento da informação por toda equipe de saúde, ainda precisamos de mais um computador para os prontuários eletrônicos o que facilitará a realização das estatísticas.

Referente ao material de consumo, o abastecimento não é adequado, ainda faltam muitas coisas necessárias para oferecer um serviço de excelência, por exemplo; às vezes chega à nossa procura usuários que sofreram algum ferimento e pela falta de material para sutura, não é possível atender e é algo que poderia ser resolvido na atenção primária, mas temos que encaminhar para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o que sobrecarrega os serviços de pronto atendimento, falta também oxigênio na UBS o que dificulta o atendimento de doenças como crise aguda de asma, em ambas as situações o trabalho é deficitário e se põe em risco a vida do usuário. A nossa governabilidade neste ponto está limitada a solicitar recursos, como fazemos a cada mês, mas depende da gerência de saúde do município. Temos que esclarecer que a equipe sempre procura soluções imediatas para estabilizar o usuário com os poucos recursos que temos na unidade.

Outra situação corriqueira é a falta de remédios básicos para o tratamento de doenças crônicas que já são cadastrados, o serviço da farmácia municipal não garante que cheguem a tempo e alegam que está faltando recurso, isso traz como consequência que o usuário fique descompensado e precise ser encaminhado

para internação hospitalar sobrecarregando a atenção secundária com problemas que podem ser resolvidos na mesma comunidade.

Outro ponto é o fato dos encaminhamentos para atendimento especializado, as consultas para avaliação por especialidades são muito demoradas devido à carência de especialistas no município, a maioria das vezes, não são aceitos os exames indicados pelo médico da UBS e isso aumenta a demora para o diagnóstico e tratamento. A justificativa é que o Sistema Único de Saúde (SUS) está superlotado, prejudicando ao usuário que é quem sofre pela demora que muitas vezes é de mais de seis meses.

O acesso dos usuários a exames complementares para apoio diagnóstico é relativo já que tem acesso aos de rotina de forma imediata na própria UBS, porém exames como raios-X, ultrassom, endoscopia, tem que ser agendados na UPA e em hospitais e a lista de espera, às vezes, demora mais de 6 meses e as indicações destes exames feitas pelo médico da família não são aceitas para o agendamento dos mesmos.

Um dos problemas mais importantes e que mais afetam tanto aos usuários como nosso trabalho são os casos de urgência/emergência que precisam de remoção, às vezes, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) questiona o diagnóstico ou, às vezes, não tem ambulâncias disponíveis, outras vezes realizamos a remoção do usuário adequadamente, descrevendo detalhadamente o quadro clínico, exame físico e impressão diagnóstica e o pessoal que recebe o usuário não leva em conta isso, mas estes problemas são humanos e não do sistema que, o meu modo de ver, está bem estruturado para que funcione de maneira eficaz.

Quanto às atribuições dos profissionais está o mapeamento e territorialização da área; na UBS existe o mapa do território da área de abrangência, mas está desatualizado, devido ao aumento constante da população, é necessário cadastramento constante dos novos moradores o qual não pode ser feito por déficit de ACS, isso traz consigo dificuldade tanto para o trabalho da equipe, como para o próprio usuário; em primeiro lugar, porque ocasiona um sub registro e a equipe não tem o número certo da população e assim todos os dados estatísticos não são confiáveis, isso afeta o planejamento do trabalho com grupos de risco, os mais afetados por determinada doença, para

as quais desenvolvem-se diferentes ações de prevenção de saúde e, às vezes, a equipe não conhece os problemas apresentados em alguma família não cadastrada. A estratégia utilizada para minimizar este problema é aproveitar cada visita à família e cada atividade na comunidade para atualizar o cadastro e fazer ações de promoção e prevenção de saúde, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, grupos de agravos e o mais importante; conhecer nossa população.

O cuidado dos usuários deve ser integral; de demanda espontânea, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; tanto na UBS como na visita à família na comunidade. Nesse aspecto, nossa equipe não tem problemas, na unidade mantemos seguimento e controle de doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma, entre outras, ofertamos atendimento da demanda espontânea, consulta de puericultura, pré-natal, identificação de usuários dependentes de álcool e drogas e seu tratamento, realizamos busca ativa e notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, realizamos ações de prevenção de câncer de colo de útero e mama, curativos, nebulizações, aplicações de medicamentos intramusculares e intravenosos, vacinação, entrega de medicamentos, também realizamos atendimentos nas visitas domiciliares, às vezes o atendimento aos usuários que moram longe da unidade é reduzido porque não temos transporte e dependemos do transporte municipal e apesar de fazer a solicitação oficial, não enviam, mas isso ainda não afeta a população porque procuramos alternativas como o uso de transporte particular dos integrantes da equipe.

Apesar de nossa UBS não ter condições para atendimento de urgências e emergências, a equipe faz o atendimento com estabilização do usuário antes de encaminhar ao atendimento superior (UPA ou Pronto Socorro)

Quanto aos insumos necessários para o funcionamento da UBS, podemos dizer que a equipe não tem participação, realizamos a solicitação e alguns são entregues e outros não, afetando o atendimento do usuário e dificultando nosso trabalho.

Em nossa UBS realizamos atividades de grupos específicos tais como; hipertensos e/ou diabéticos além de atendimento ao grupo de idosos

mensalmente, pré-natal e prevenção do câncer ginecológico diariamente, o mesmo acontece com as consultas de puericultura, acrescentando as ações de promoção e prevenção de saúde. Também realizamos atividades de grupos na comunidade desenvolvendo temas como aleitamento materno, combate ao tabagismo, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde bucal, entre outros, promovemos a participação da comunidade no controle social e identificamos parceiros e recursos na comunidade que ajudam a potencializar ações intersetoriais com a equipe e dessa maneira melhoramos o atendimento à população.

Nossa equipe realiza reuniões semanais em que construímos a agenda do trabalho e organizamos o processo do mesmo, para um melhor desenvolvimento das ações durante a semana, também discutimos casos, planejamos ações a desenvolver durante a semana (palestras, visitas domiciliares, atividades de saúde em comunidades distantes) e dividimos informações e indicações orientadas pelos gestores.

O acolhimento é feito como indicado, é muito difícil atender a livre demanda, atender as urgências que sempre chegam e as consultas sem ultrapassar os horários, dedicando o tempo para cada atendimento o que ocasiona desconforto ao pessoal que não está acostumado a esta forma de atendimento, mas a satisfação da população é uma grande inspiração para a mudança dos costumes e nossa equipe está comprometida com isso. A organização do trabalho, o atendimento por prioridades, ajuda ao funcionamento da UBS, conjuntamente mantemos a população sempre informada das alterações no funcionamento. Temos momentos de grande demanda espontânea, mas existe um planejamento dos serviços que possibilita atender os casos que envolvem aos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem o qual é discutido nas reuniões que realizamos cada semana.

Levando em consideração a parte de Pré-natal e Puerpério do Caderno de Ação Programática (CAP) verificamos que a forma de registro permitiu o preenchimento e utilizamos; fundamentalmente, os prontuários e os cartões de Pré-natal para a obtenção de dados, das gestantes registradas com atendimento em nossa UBS neste ano.

Acompanhamos um total de 19 (36%) gestantes da estimativa de 52 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 19 gestantes acompanhadas 100% (19) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foi prescrito sulfato ferroso, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo, a 89,5% (17) foi solicitado na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, um total de 78,9% (15) foram avaliadas quanto à saúde bucal; dentre as acompanhadas 84,2% (16) recebeu a dose da vacina Hepatite B e 94,7% (18) a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Estas gestantes receberam seguimento de acordo ao estabelecido pelo protocolo conforme indicações de exames complementares, administração de vacinas nos meses correspondentes, suplementação de sulfato ferroso de acordo com o protocolo, exame físico em cada consulta e avaliação ginecológica por trimestre bem como orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, técnicas correta de aleitamento, alimentação saudável durante a gestação, recomendamos prática de exercícios físicos, de forma individual e coletiva nas atividades de grupo, onde também falamos desde os riscos nas diferentes etapas da gestação até os cuidados dos recém-nascidos. Pelo qual podemos concluir que os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliados estão dentro de limites normais.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 27% (19) do total de 70 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (19) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto e registro da consulta realizada, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, também 100% (19) realizaram exame ginecológico, exame das mamas, do abdome bem como quanto ao estado psíquico. Dentre as acompanhadas um total de 89,5% (17) receberam orientações sobre planejamento familiar e foram avaliadas quanto à intercorrências.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal na UBS estão: cadastramento de 100% da população, o

que facilita a identificação da população risco de engravidar; sensibilizar a população sob a importância das captações precoce das gestantes em tempo para um acompanhamento adequado e evitar complicações, esse trabalho deve ser realizado por meio de ações de educação em saúde junto à população por meio de palestras e de forma individual; conscientizar as gestantes sobre a importância de assistir as consultas planejadas para levar a gestação satisfatoriamente a término. Levar controle estrito das gestantes quanto à sua Data Prevista do Parto (DPP) para realizar a captação das puérperas antes dos 7 dias.

Levando em consideração a parte da saúde da criança do CAP realizamos uma reflexão sobre o processo de trabalho nesta ação na UBS e podemos dizer que a forma de registro permitiu o preenchimento utilizamos, fundamentalmente, os prontuários e as cadernetas das crianças para a obtenção de dados.

Para avaliar a cobertura levamos em conta 6 meses, que é o tempo que estou trabalhando no serviço porque antes disso, passaram vários meses sem a presença do médico no serviço. Estas crianças receberam um acompanhamento de acordo ao estabelecido, todos os dias da semana, e o atendimento foi feito tanto pela enfermeira como pelo médico e a administração e controle de vacinas feito pelo técnico de enfermagem. Sempre indicando o dia de retorno, explicando às mães a importância do seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança.

A demanda do atendimento para estas crianças vão além da puericultura, também chegam cada dia à unidade procurando atendimento por doenças agudas e além do exame físico e tratamento também realizamos avaliação do desenvolvimento da criança e programamos a próxima consulta.

Ainda quando não temos dentista na unidade, fazemos avaliação da saúde bucal e oferecemos às mães educação e promoção em saúde dos diferentes riscos que podem apresentar-se nas diferentes etapas da vida das crianças, como as doenças mais frequentes, problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, acidente, técnicas para estimular o desenvolvimento do bebê como a linguagem, caminhar, entre outros.

A estimativa do CAP é de 70 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 27% (19). Destas, 31,6% (6) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e 5,3% (1) das crianças está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 57,9% (11) realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 94,7% (18) está com as vacinas em dia foram avaliadas quanto à saúde bucal. Um total de 100% (19) está com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta realizado, com as mães e/ou responsáveis orientados quanto ao aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes bem como realizaram teste do pezinho e triagem auditiva.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção da saúde da criança na UBS estão, cadastramento de 100% da população, o que facilita a identificação das gestantes com a sua data provável de parto para garantir que a captação do recém nascido seja feito antes dos 7 dias de vida e também para conhecer o número real de crianças da nossa área por sexo e idade o que facilita o planejamento para as consultas de puericultura e a vacinação. Isso seria possível se aumentasse o número de ACS da equipe ou incorporasse uma nova ESF ao serviço. Sensibilizar à população sob a importância das captações dos recém nascidos em tempo para um melhor seguimento e evitar complicações, através da educação em saúde. Conscientizar as mães sobre a importância de assistir as consultas planejadas e da vacinação do acordo ao programa nacional o que garanta a saúde da criança, organizar o grupo de mães das crianças para desenvolver trabalho de promoção de saúde através da puericultura.

Tendo em vista as elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de controle do câncer de colo de útero e de mama são de grande importância na atenção primária à saúde.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, foi possível o preenchimento do CAP. Utilizamos, fundamentalmente, o registro que temos na UBS dos preventivos realizados e os prontuários das usuárias registradas neste ano. Temos um total de 743 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos a 95,7%

(713) das mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas, 1,7% (12) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 60,7% (433) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, 97,9% (698) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, 100% (713) receberam orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, 91,7% (654) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, um total de 39,3% (280) das mulheres apresentou células representativas da junção escamocolunar na amostra coletada; 37,2% (265) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e 21,6% (154) das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado.

Esse é um dos programas bem desenvolvido na unidade, para isto tem contribuído toda a propaganda pelos meios de difusão massiva (TV, rádio, jornais), à promoção de saúde realizada em atividades na comunidade e de forma individual, as mulheres conhecem as implicações que trazem consigo um diagnóstico tardio desta doença e que com um simples exame na unidade o mesmo pode evitar complicações.

Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo de útero na UBS, por isso nossa equipe desenhou uma estratégia que implica a todos em que cada membro tem um papel ativo para que este programa se desenvolva satisfatoriamente, por exemplo:

Os ACS em suas visitas domiciliares fazem pesquisas das mulheres que não tem realizado exame preventivo há 3 anos, identificam as que precisam realizar pela primeira vez, falam da importância do mesmo para um diagnóstico oportuno de qualquer doença que afeta ao colo de útero, desde um processo inflamatório, uma doença de transmissão sexual até um carcinoma. A enfermeira realiza os exames preventivos.

Além disso, podemos utilizar estratégias para não perder o acompanhamento de mulheres com exame alterado, dentro das quais estão; as visitas domiciliares para lembrar à usuária que precisa de acompanhamento e explicar as conseqüências que pode ocasionar uma recaída, fazer reuniões

familiares com aquelas usuários que faltam reiteradamente ou negam se continuar com o seguimento, atualizar diariamente o registro de exames positivos.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, a forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do CAP. Para preencher esta parte avaliamos os prontuários das mulheres de mais de 50 anos que estão nos arquivos da unidade. Do total de 176 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 70% (124) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 30,6% (38) das mulheres está com mamografia em dia, 82,2% (102) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama; 17,7% (22) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% (124) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

A saúde da mulher, às vezes, é descuidada, pois as responsabilidades que elas têm junto à família e seus papéis nesta faz com que as mulheres se esqueçam de se cuidar e prevenir das doenças que podem aparecer que são próprias do seu gênero. Nessa fase, entra nossa responsabilidade para com a saúde, fazer um trabalho de promoção de saúde; que é base da medicina familiar, a consciência e em todos os níveis; individual, coletivo, em visitas domiciliais, em palestras, entre outras; fazer exame de mamas a todas as mulheres que vão à consulta independentemente da doença que tiver como parte do exame físico geral, explicar as técnicas do autoexame de mamas a todas as mulheres independentemente da idade.

Para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado poderíamos confeccionar um registro como aquele que usamos para exame de colo de útero alterado onde se registraria os dados pessoais da usuário, a data do diagnóstico, a patologia diagnosticada, a freqüência do seguimento e revisar o mesmo cada semana, na reunião da equipe e dar como tarefa aos ACS a busca das usuários para avaliação.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a diabetes Mellitus, são umas delas.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), podemos dizer que a forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do CAP, utilizamos, fundamentalmente, os prontuários dos usuários registrados com atendimento em nosso serviço de saúde neste ano. Temos que especificar que somente utilizamos os últimos 6 meses, que é o tempo que estou trabalhando na unidade porque antes disso, passaram vários meses sem à presença do médico, além disso, as consultas anteriores a esta data nos prontuários, não estavam completas, algumas não apresentavam o exame físico, em outras faltavam os tratamentos ou conduta, e geralmente não tinha as orientações recomendadas ao usuário.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à quantidade, pois em uma população que conta com mais de 3.529 pessoas não concorda que existem tão poucos usuários cadastrados como portadores de HAS. Particularmente considero que ainda falta aprofundar na pesquisa dos casos que com certeza existem já, que a HAS é uma doença que muitas vezes passa inadvertida para o doente, cabe a nós fazer o cadastramento adequado da população para identificar os usuários de risco para esta doença, ajudar à população na identificação dos sintomas e sinais que sugerem o seu desenvolvimento, para isso nós fizemos um planejamento de uma estratégia de intervenção na comunidade que no primeiro momento informamos à população (tanto de forma individual como coletiva) sob os fatores de risco, os sintomas mais frequentes que se apresentam dessa doença, também temos como premissa a verificação de pressão arterial a todo usuário de mais de 20 anos que chega a consulta por qualquer motivo, deste jeito podemos fazer um diagnóstico oportuno.

Temos um total estimado de 620 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais segundo o CAP. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 25% (152) das pessoas com hipertensão residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 50,6% (77) das pessoas com hipertensão acompanhadas e 71,7% (109) estão com os exames complementares periódicos em dia. Um total de 100% (152) receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável e avaliação de saúde bucal; 96,1% (146) receberam orientações sobre a importância da prática de

atividade física regular e 21,7% (33) está com atraso das consultas em mais de sete dias.

E em relação à DM, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece não adequada a nossa realidade. A cobertura está em 29% (51) do total estimado de 177 pessoas com diabetes para a área segundo o CAP. Um total de 88,2% (45) teve a estratificação de risco cardiovascular realizada, 80,4% (41) realizou os exames complementares periódicos em dia; 19,4% (15) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Um total de 100% (51) realizou exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possui registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, foi ofertada orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e receberam avaliação de saúde bucal.

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Em relação à Saúde do Idoso a forma de registro permitiu o preenchimento do CAP, mas foi muito difícil a coleta da informação, pois utilizamos somente os prontuários nesta coleta e os registros de trabalho diário; destes últimos, pegamos os nomes e endereço dos usuários vistos com mais de 60 anos e procuramos os prontuários nos arquivos e com isso percebemos que as cadernetas para os idosos são muito importantes, por isso a equipe solicitou as mesmas para começar este registro.

Acompanhamos 217 idosos perfazendo 96% da estimativa de 225 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 45,2% (98) dos idosos são hipertensos e 11,5% (25) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade 53,9% (117) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa e nenhuma possui Avaliação Multidimensional rápida e nem avaliação de saúde

bucal; 3,2% (7) está com o acompanhamento em dia, 86,2% (187) possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada, possui investigação de indicadores de fragilização na velhice e receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e, um total de 82,9% (180) receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física.

Na nossa unidade de saúde existe uma realidade bem próxima do exigido pelas normativas do MS, no entanto ainda existem aspectos que podem ser melhorados na saúde do idoso, além da consulta e da visita domiciliar pode-se elaborar uma ficha para coletar dados da vida do usuário, seu histórico de saúde em ordem cronológica baseada em acontecimentos próprios da sua idade e que vem acontecendo e que pode ajudar no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações futuras nele. Quanto à cobertura de Saúde da Pessoa Idosa a maior dificuldade é a avaliação da saúde bucal já que não constamos com odontólogo, o outro indicador afetado é em relação a caderneta do idoso que só encontramos 117, tenho que reconhecer que até agora não tinha trabalhado com o tema, mas percebemos a importância da mesma para o adequado seguimento e controle do idoso.

Para melhorar o atendimento dos idosos precisamos aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos, temos que preencher todas as cadernetas dos idosos com os dados gerais, suas doenças, os tratamentos, avaliações de risco além das orientações necessárias para melhorar sua qualidade de vida, também nossa equipe tem como proposta, a criação do grupo de idosos da comunidade.

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

Ao concluir a Análise Situacional é notório que ainda temos muito trabalho a fazer daqui para frente, mas temos que reconhecer que estamos mais organizados que no começo, que o trabalho feito até agora está dando frutos o que se traduz no reconhecimento da população para com nosso trabalho, que é a satisfação maior que pode ter o profissional da saúde, tenho muita sorte de ter uma equipe que sabe escutar e está aberto a pôr em prática ações que por experiência própria, tem tido resultados no melhoramento da saúde da população

e que para eles são novas, que tem vontade de trabalhar muito no melhoramento da saúde da comunidade. Tudo o que está dentro de nossas possibilidades para melhorar a saúde da população, nossa equipe vai fazer, sempre punindo em práticas novas ideias que contribuam a ofertar uma atenção de excelência como o povo merece.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Toda criança brasileira tem direito a vida e a saúde, porém esta meta ainda não foi alcançada, persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis e também falta de ações dos serviços de saúde, tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Existem muitos programas lançados pelo Ministério da Saúde para melhorar estes indicadores no Brasil, todos retomam à valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, visam garantir um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança (BRASIL, 2012).

O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da consulta geral da criança nos serviços de saúde. Para o acompanhamento do desenvolvimento, dispomos de um excelente instrumento que é o cartão da criança. É bom que a mãe comece a amamentar logo após o bebê nascer ou, no máximo, na primeira meia hora após o parto. Isso vale tanto para os bebês que nascem em casa como no hospital. As crianças amamentadas exclusivamente com leite materno apresentam outro ritmo de crescimento, diferentes das crianças alimentadas com leite de vaca (BRASIL, 2012).

Alcançar uma boa qualidade de vida da criança em nossa UBS é um dos objetivos pelos quais estamos trabalhando, já que os dados apresentados no CAP se encontram muito abaixo do esperado. Em nossa UBS temos uma cobertura dos 27% das crianças (19 crianças menores de um ano), somente 6 menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo, nossa cobertura de atenção a criança deve ser 70%, porém temos que melhorar estes indicadores. Esta realidade nos

motivou à realização desta intervenção, a fim de espalhar conhecimento, escutar as mães, ofertar apoio emocional e melhorar a qualidade de vida de nossas crianças.

Outro ponto preocupante relacionado à atenção da saúde da criança é a qualidade das ações desenvolvidas, considerando indicadores do CAP temos indicadores muito baixos, as consultas antes 7 dias de recém nascidos, teste do pezinho antes 7 dias, amamentação materna exclusiva até os 6 meses de idades. Além disso, também pretendo trabalhar sobre fatores de riscos causadores de acidente a criança, importância das vacinas.

A UBS em que se desenvolverá a intervenção tem uma população cadastrada de 3.592 pessoas. A equipe está composta por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois técnicos de farmácia e cinco ACS, os quais têm um papel muito importante, já que são eles quem conhece tudo o que acontece nas famílias e com os seus membros. Somente com um trabalho em equipe, podemos superar os problemas que se apresentam no dia a dia na unidade de saúde, procurando soluções aos mesmos dando mostras da governabilidade de nossa equipe.

Contamos com o oferecimento de todas as vacinas do calendário básico, e também com as medicações básicas para satisfazer a demanda do tratamento de doenças crônicas e agudas. Além das consultas médicas, realizamos consultas de puericultura e com o empenho da equipe estamos aumentando os dias de realização das consultas. Realizamos também ações de educação em saúde, tanto no atendimento individual como nas palestras para grupos de mães e estas são dirigidas pelo médico, enfermeiras, técnicos em enfermagem e ACS. Todos contribuem para melhorar a qualidade da saúde das crianças, a prevenção do consumo de substâncias químicas, as DST e outras potencialmente preveníveis nas quais estão envolvidas as mães com alcoolismo, tabagismo e sem fatores de risco, com o objetivo, em longo prazo, de mudar estilos de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari/AC.

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 da criança para 80% entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade de atenção em saúde das crianças.

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 cadastradas na UBS.

Meta 2.3: Monitorar o crescimento em 100% das crianças com déficit de peso que foram cadastradas na unidade.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso que consultaram na unidade.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças que estão cadastradas na UBS.

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

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

Meta 2.8: Realizar tiragem auditiva em 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até os sete dias de vida, que foram cadastradas na unidade.

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

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças cadastradas de 6 a 72 meses de idade.

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 na unidade.

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 na unidade.

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

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Iza Viane do Castro, no Município de Bujari/AC. Participarão da intervenção as crianças de 0 a 72 meses estimadas para a área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento das ações: O monitoramento será realizado com base nas informações cotidianas nas fichas espelho e será realizada na UBS pela enfermeira semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: todos os dados serão anotados nas fichas espelho. Tanto as que já estão cadastradas como as que serão cadastradas e os ACS de saúde realizaram visitas domiciliares para cadastrar as crianças compreendidas entre 0 e 72 meses de idade em cada área de trabalho e incorporá-las ao registro para realização da puericultura e seguimento e acompanhamento das crianças.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A capacitação vai ser feita na UBS na sala de reunião para toda a equipe. Os temas serão desenvolvidos pelo médico e enfermeira, onde trataremos temas relacionados com o acompanhamento e desenvolvimento das crianças e todos os aspectos relacionados à implementação do projeto. O espaço que ocuparemos para isto será o dia da reunião semanal da equipe (quinta-feira) da primeira semana de implementação do projeto.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Semanalmente o médico, ACS e enfermagem monitoram o percentual de crianças que ingressam no programa de puericultura e o registro feito das crianças nas consultas diárias.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Revisar registro de gestantes da unidade procurando a data provável de parto, para fazer captação de crianças mediante os ACS e integrá-los ao controle de criança.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Aproveitando todos os contatos com as gestantes em consultas de pré-natal, em palestras realizadas pelo médico, enfermeira, ACS e técnicas de enfermagem, em visitas domiciliares; em todos estes momentos orientaremos às mães sobre os serviços que prestamos em nossa UBS para as crianças e a importância da primeira consulta nos 7 primeiros dias de vida, também nos apoiamos no registro que temos na unidade das grávidas com data provável de parto em cada semana as quais serão visitadas e citadas para a primeira consulta de puericultura.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

Detalhamento das ações: Capacitação vai ser na UBS, pelo médico e enfermeira, para toda a equipe sobre acolhimento da criança. O médico irá realizar esta ação, nas primeiras semanas do projeto. Utilizaremos nosso protocolo da criança.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Se realizaram as avaliações da curva de crescimento das crianças em todas as consultas como parte da puericultura, projeto com avaliação da curva de crescimento, peso e índice massa corporal dela crianças, esta ação será feita na nossa unidade pela enfermeira e o médico, todos os dias e de forma continuada durante a implementação do projeto.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário

Detalhamento das ações: minha UBS a administração vai garantir fita métrica, antropometria e balança em bom estado, para fazer seguimento adequado dela crianças (mais já temos garantido esses materiais). Temos protocolo de atendimento a criança para consultá-lo se necessário.

Engajamento público:

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento das ações: Médico e enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura explicam a os pais e/ou responsáveis as condutas fazer as crianças terem um bom estilo de vida durante crescimento. O médico, a enfermagem e os agente comunitário todos os dias nas consultas informarão aos pais a importância que tem a curva de peso para acompanhar o crescimento da criança e para que esta tenha um bom desenvolvimento psicomotor.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde. Padronizar a equipe na realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento das ações: No primeiro mês a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinaram a toda a equipe para que realizem adequadamente as medidas antropométricas, preenchimento e interpretação dos dados. Na primeira semana a enfermeira indicara a cada agente comunitário a responsabilidade de fazer bem as medidas antropométricas de suas crianças para que possibilitem um acompanhamento do desenvolvimento de vida das crianças.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento das ações: Conferir a curva de peso das crianças com déficit de peso inferior à normalidade, já avaliada em cada consulta de puericultura, é uma tarefa semanal do médico e enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso

Detalhamento das ações: a administração vai garantir fita métrica, antropômetro e balança em bom estado, mais já temos garantido esses materiais. ACS, médico, enfermagem, técnica de enfermagem criaremos umas fichas amarela que identificara criança déficit de peso. Contamos com protocolo de criança impresso.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: o médico e enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura explicaram a as mães as condutas, para que ajudem aumentar peso da criança cada mês de acordo com a idade e comprimento para que tenha um adequado índice de massa corporal e também sobre como acompanhar o peso, pela curva de crescimento para que identifiquem se existem alterações na criança.

Qualificação da prática clínica:

Ação: 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.

Detalhamento das ações: No primeiro mês a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinarão toda a equipe para que realizem adequadamente as medidas antropométricas preenchimento e interpretação das curvas de

crescimento do cartão da criança. Na primeira semana a enfermeira fala com a agente comunitária importância de realizar medidas antropométricas corretas para que não existam erros de acompanhamento de suas crianças.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento das ações: Avaliar semanalmente a curva de peso das crianças com excesso de peso e uma tarefa semanal do médico e enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento das ações: Administrativa vai garantir fita métrica, antropometria e balança em bom estado, mais já temos garantido esses materiais. Nossas unidades contaram com protocolo da criança. ACS, médico, enfermagem, técnica de enfermagem criaremos umas fichas azul que identificará as crianças com excesso de peso para fazer um meio trabalho realizar puericultura.

Engajamento público:

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis a interpretar a curva de crescimento, identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento das ações: o médico e a enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura explicaram aos pais as condutas esperadas, para que ajudem a controlar o peso da criança a cada mês de acordo com a idade. O médico e a enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura, e em palestras com grupo, explicaram aos pais sobre como interpretar a curva de crescimento, identificando sinais de anormalidade.

Qualificação da prática clínica:

Ação: 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.

Detalhamento das ações: No Primeiro mês a técnica de enfermagem, enfermeira e médico treinarão toda a equipe para que ajudem na tomada das medidas antropométricas, mais a tarefa da puericultura e acompanhamento das crianças será responsabilidade do médico e enfermeira, além do preenchimento e a interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Avaliar semanalmente do desenvolvimento neuro- cognitivo das crianças e uma tarefa semanal do médico e enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento das ações: A administração todas as semanas vai garantir encaminhamentos para crianças com atraso no desenvolvimento para um melhor acompanhamento com pediatra para avaliar esta dificuldade. As crianças com déficit de peso terão um acompanhamento diferenciados das demais crianças e preenchidas os dados nas fichas espelho por o médico e enfermagem.

Engajamento público:

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Detalhamento das ações: O médico e a enfermagem todos os dias nas consultas de puericultura e em palestras com o grupo explicarão aos os paisas condutas a seguir, para que ajudem a que está criança ganhe peso adequado

Também explicarão aos pais as habilidades que a criança deve desenvolver em cada mês para que tenha um adequado desenvolvimento psicomotor.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A capacitação feita pela médica e enfermagem na unidade de saúde nas primeiras três semanas da intervenção, servirão para avaliar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para aumentar um adequado preenchimento da ficha de desenvolvimento de as crianças para saber como evoluíram neste período.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Semanalmente a enfermeira e técnica de enfermagem realizarão um resumo de todas as crianças que estão em atraso com as vacinas e será comunicado na reunião da equipe, para que os ACS realizem visitas e façam citações para receber as vacinas de forma imediata (semana seguinte) e também informem da importância que tem as vacinas para as crianças. Em consulta de puericultura se revisarão as ficha de vacinas para identificar aquelas crianças com vacinação incompleta e recuperar lhas nesse momento.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir com o gestor a disponibilização 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.

Detalhamento das ações: A administração garantirá vacinas e materiais necessários. A técnica de enfermagem vacinará as crianças, e observará calendário vacinal delas, se tem vacinas atrasadas, informa a enfermeira para realizar vacinação e atualização da ficha de espelho, também realizará controle diário da cadeia de frio antes de começar a vacinar. E ao final de cada semana

um controle para que não falte as vacinas. A técnica de enfermagem realizara controle semanal da data de vencimento do estoque.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com os pais das crianças (consultas, visitas domiciliares, palestras, quando recebam as vacinas, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A capacitação feita pelo médico e enfermeira na unidade de saúde na primeira semana da intervenção, na quinta feira a todos os membros da equipe, o que servirão para que a coleta de dados seja bem feita.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: O monitoramento será realizado com base as informações cotidianas, as fichas espelho, e será realizada na UBS pela enfermeira semanalmente, também nas consultas se comprovará se as crianças já receberam suplementação de ferro. Deve ser sempre semanalmente

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento das ações: administração deve garantir a quantidade suficientes de suplementos de ferro necessárias na farmácia para efetuar apoio a criança que necessitem de ele, já que médico e enfermeira informaram quantidade de crianças que necessitam.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com os pais das crianças (consultas, visitas domiciliares, palestras, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde (prevenção de anemia ferropriva).

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico será capacitado pôr a secretaria municipal de saúde, para recomendar suplementação de sulfato ferroso a criança.

Meta 2.8: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: O monitoramento será realizado com base as informações cotidianas, se revisaram os prontuários e cadernetas das crianças para coletar os dados se perguntarão as mães durante as consultas se este teste foi feito, se preencheram as fichas espelho, estas ações serão realizada na UBS pela enfermeira e pelo médico semanalmente,

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Os ACS visitaram aos recém nascidos enquanto chegar à suas micro-áreas e farão a citação para garantir à primeira consulta antes dos 7 dia. O médico e a enfermeira realizaram o teste do pezinho nos 7 dias de vida na unidade e em aquelas crianças que estiveram mais de 7 dias internadas na maternidade, se comprovará se foi feita.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com as grávidas, os pais das crianças recém nascidas e população em geral (consultas,

visitas domiciliares, palestras, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: esta ação será realizada na segunda semana do projeto onde se verificará a traves dum teste pratico (técnicas para realização de teste do pezinho) as enfermeiras da unidade se estão aptas para realizar o teste do pezinho. No caso que alguma delas não este apta se solicitará aos supervisores de enfermagem da secretária municipal de saúde, um adestramento sobre o tema.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: A avaliação odontológica forma parte da rotina na consulta de puericultura, o médico e a enfermeira estão capacitados para determinar as necessidades de tratamento odontológico das crianças, é por isso que esta ação se realizará em cada consulta planejada, com seguimento e monitoramento mensal (porque as crianças cadastradas serão avaliadas mensalmente)

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: em minha UBS não tenho odontólogo por isso as crianças são enviadas a UBS mais próxima para avaliação da equipe odontológica. O ACS nas visitas domiciliares são encarregados de enviar as

crianças 6 a 72 meses a avaliação e revisão por cirurgião dentista, técnica de saúde bucal da outra unidade que ofereça atendimento já que minha UBS, organizaram semanalmente agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade já que em minha UBS não tenho odontólogo. O médico a enfermeira em consultas examinaram as bocas das crianças e avaliar a necessidade de atendimento odontológico que serão encaminhada as unidades avezinhas.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com a população em geral (consultas, visitas domiciliares, palestras, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O dentista de uma unidade vizinha, no primeiro mês da intervenção realizará capacitação a toda das mães das crianças de nossa área já que em minha UBS não tem serviço de odontologia.

Meta 2.10: 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:

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

Detalhamento das ações: O monitoramento da saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade pelo médico e a enfermeira com base as informações cotidianas e à fiche espelho, mensalmente (porque as crianças cadastradas serão avaliadas mensalmente).

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade. Oferecer atendimento prioritário às 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.

Detalhamento das ações: cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, da UBS mais próxima, e ACS organizarão acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Os ACS em visitas domiciliares realizaram cadastro das crianças da área para atualizar controle dela criança que existe em UBS. Cirurgião dentista, técnica de saúde bucal da outra equipe trabalha oferecerá atendimentos prioritários às crianças agentes comunitário realizam prévio agendamento para acompanhamento desta criança. Os cirurgiões dentistas, técnica de saúde bucal da outra UBS junto aos ACS, organizaram semanalmente agenda de saúde bucal para as crianças.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário oferecido a crianças e uma tarefa do médico, da enfermagem e dos ACS em palestras realizadas na unidade para orientar onde tem que levar as crianças e importância que tem saúde bucal para prevenir qualquer doença.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. 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 das ações: dentista, técnica de saúde bucal no primeiro mês da intervenção realizaram capacitação a toda equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses, identificação e doença para realizar

encaminhamento para serviço de odontologia. O cirurgião dentista já está capacitado para realização primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: 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 das ações: Todas as semanas a técnica de enfermagem, enfermeira, e ACS revisarão os ficha espelho para monitorar consultas previstas no protocolo, para saber quantas crianças se atendeu diariamente e se apresentam doenças e para saber quantas crianças que não compareceram nas consultas agendadas e foram realizadas busca ativa.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento das ações: Todos os dias o médico, enfermagem e ACS organizaram visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e saber por que não a compareceram a consultas e explicar às mães a importância que tem consulta de puericultura para as crianças.

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

Detalhamento das ações: Todas as semanas o médico, enfermeira, ACS e a, técnica de enfermagem organizaram como poder fazer as consultas das crianças que não vieram as consultas programáticas.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Todos os meses o médico, enfermagem e ACS organizaram visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e saber por que não acudiram a consultas e explicam as mães importância que tem consulta de puericultura para as crianças.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizaram treinamento aos ACS, para identificação das crianças em atraso na quinta feira da segunda semana do projeto, será feito na unidade no espaço que corresponde à reunião da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações:

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Revisar semanalmente os registros de todas as crianças, e uma tarefa de médico, enfermagem e ACS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: 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 das ações: em consultas o médico e enfermagem preencheram os prontuários e folha de acompanhamento da criança. O médico e enfermagem e ACS programaram ficha de acompanhamento das crianças para fazer um meio trabalho. Em as reuniões de equipe o médico e enfermagem deram informação de trabalho realizado equipe para que se valorado e discutido para meio-a trabalho as criança. O médico determinará o responsável para realizar o monitoramento do registro controle das crianças.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: falar com a equipe de saúde sobre a importância que tem cuidado de os prontuários as fichas familiares para um meio trabalho e uma tarefa de médico, enfermagem.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizaram treinamento a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento da criança na unidade de saúde. Esta ação será desenvolvida na unidade, durante a primeira semana do projeto em correspondência com o planejamento, para toda a equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Todas as semanas o médico, enfermagem, ACS revisarão os registros das crianças de alto risco existentes as que estão em atraso e priorizaram seu atendimento através de agendamento, estas serão identificadas através de um quadrado preto na ficha espelho.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Explicar à comunidade sobre os fatores de risco na infância é uma tarefa de médico, enfermagem e ACS por o que se realizam palestras para informar a nossa comunidade e prevenir os fatores de risco.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizaram capacitação a equipe para determinar fatores de risco das crianças cadastradas. Esta ação será desenvolvida na unidade, durante a terceira semana do projeto em correspondência com o planejamento, para toda a equipe.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Todas as semanas o médico, enfermagem e, ACS revisarão os registros da criança para fazer orientações sobre prevenção de acidentes tendo em conta a idade e risco

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: médico e enfermagem explicarão a toda a equipe a importância de nosso papel na prevenção dos acidentes dela criança.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com a população em geral (consultas, visitas domiciliares, palestras, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico e enfermagem em reunião de equipe informaram os principais acidentes que tem criança e suas formas de prevenção.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Em todas as consultas o médico, enfermagem e ACS monitorarão as técnicas de aleitamento materno que foram orientadas na 1ª consulta, vão monitorar a duração do aleitamento materno nas crianças menores de 6 meses e explicaram a as mães sua importância do mesmo. Todos estes dados serão coletado na ficha espelho e a avaliação será feita semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: em reunião da equipe, o médico e enfermagem realizarão sensibilização para a equipe participar da promoção do aleitamento materno.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, em todos os cenários e momentos de contato com os pais e familiares das crianças e população em geral (consultas, visitas domiciliares, palestras, em atividades desenvolvidas na comunidade) e de forma continuada, como parte da rotina de educação, promoção e prevenção de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizarão capacitação a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Esta ação será desenvolvida na unidade, durante a segunda semana do projeto em correspondência com o planejamento, para toda a equipe.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Todos os dias o médico, enfermagem e ACS revisarão os prontuários e as orientações nutricionais de acordo com a idade da criança, e preencheram a fichas espelho com estes dados, ao final de cada semana se faz o monitoramento destes registros.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Explicar nas reuniões de equipe nosso papel na orientação nutricional as mães e um papel fundamental para melhorar estilo e modo de vida das crianças.

Engajamento público:

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento das ações: O médico, enfermagem e ACS em palestras irão explicar a importância que tem alimentação adequada para desenvolvimento e crescimento das crianças. Também serão realizadas capacitações a toda a equipe para uma orientação nutricional adequada, é uma tarefa do médico, enfermagem na primeira semana da intervenção na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira vão monitorar as atividades educativas coletivas sobre higiene bucal que foram planejadas e desenvolvidas pelo pessoal previamente identificado, semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: O cirurgião dentista e a técnica de saúde bucal organizarão junto aos ACS para realizar atividades educativas em grupo na escola para eliminar doenças bucais com uma frequência mensal durante o tempo de implementação do projeto, na última semana de cada mês. O médico, a enfermeira e ACS na reunião de equipe identificarão e organizarão os conteúdos a ser trabalhados nas atividades educativas. O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS organizarão todo material necessário para fazer atividades de prevenção na escola. O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, enfermagem e ACS organizarão em cada atividade presença para monitoramento dos escolares.

Engajamento público:

Ação: Divulgar as potencialidades das ações transdisciplinares 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 das ações: Divulgação das ações transdisciplinares e interdisciplinares da saúde do escolar é uma tarefa de cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, médico, enfermagem e ACS, mensalmente em visitas domiciliares, palestras na unidade e na comunidade. O médico, enfermagem e ACS promoverão a participação de membros da comunidade e da escola para fazer palestras de prevenção e promoção de saúde e diminuir doenças bucais. O cirurgião dentista, técnica de saúde bucal, realizarão palestras nas escolas esclarecendo a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento das ações: Realizar capacitação das ações de promoção em saúde de crianças é uma tarefa de médico, enfermagem na primeira semana da intervenção na reunião da equipe na unidade. O médico, enfermagem e ACS em palestras capacitarão os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

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

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade de atenção em saúde das crianças.

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 inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa 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 inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 2.7: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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 a primeira consulta odontológica para 100% das crianças cadastradas de 6 a 72 meses de idade.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta. **Indicador 6.2:** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e 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, etiologia e prevenção da cárie.

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

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 da Saúde da Criança será adotado pela equipe da UBS o Caderno de atenção básica referente à saúde da criança de 2012, também as fichas-espelho fornecidas pela UFPel (Anexo C), os prontuários, as cadernetas das crianças que contêm informações que permitem o acompanhamento das mesmas durante as consultas. Realizaremos um registro específico das ações desenvolvidas no âmbito da saúde da criança. Nossa unidade não tem computadores, mas o registro específico está sendo informatizado em sistema Excel pela área administrativa da gestão. São registradas as informações recolhidas das consultas agendadas, das visitas domiciliares, vacinação e outras disponibilizadas na caderneta da criança e nos arquivos da unidade de saúde, de modo que seja possível obter dados e realizar um seguimento adequado das crianças, através da planilha de coleta de dados (Anexo B). O arquivo contém todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores, assim possibilitará o fornecimento de informações úteis para desenvolver nossa intervenção e coletar os dados necessários para preencher uma ficha com informações gerais e específicas. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira utilizarão os prontuários e a ficha-espelho disponibilizada pelo curso.

Nossa equipe conhece qual é o foco de intervenção, pois já o discutimos previamente. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de Saúde da Criança e o estudo do Caderno de atenção básica referente à saúde da criança, esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada o horário tradicionalmente utilizado para reunião semanal da equipe. Também discutiremos os avanços do trabalho e os passos a seguir na implementação do mesmo.

Para organizar o registro, a enfermeira revisará nosso registro eletrônico que contém todas as crianças cadastradas na unidade de saúde, aqueles que vieram regularmente à consulta e aqueles faltosos ou com consulta atrasada nos últimos meses, utilizando para isso os prontuários, os mapas de atendimento do médico e as cadernetas das crianças e transcreveremos todas as informações disponíveis para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo serão utilizadas as

informações contidas nos prontuários para avaliar individual e coletivamente cada criança. Este trabalho será feito pela enfermeira e pelos ACS selecionados, realizando assim o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, atualização da vacinação, entre outras.

As ações serão realizadas dentro e fora do ambiente do centro permitindo assim ampliar a cobertura de atenção à saúde das crianças da área da unidade de saúde para 100% das cadastradas. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, fazendo busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data do parto, esta ação será feita pelos ACS revisando periodicamente o registro de gestantes da unidade procurando aquelas com data provável de parto previstos para a semana.

Para viabilizar a ação de acolhimento das crianças na unidade desenvolveremos uma estrutura para que quando as crianças chegarem ao centro serão classificadas segundo seja sua necessidade para estabelecer prioridades, por exemplo; terá prioridade acima das demais, aquelas crianças que apresentam algum problema de saúde agudo assim como portadores de deficiências, aquelas que chegam à consulta planejada e as que acodem por outro motivo como tomar vacinas serão acolhidas pela técnica de enfermagem, vacinadas e encaminhadas para consulta do médico para realizar puericultura.

Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência constitui uma ação muito importante, para isso será necessário realizar avaliação de riscos de 100% das crianças cadastradas, esta ação será desenvolvida tanto em consultas como em visitas domiciliares por todo o pessoal da unidade que de uma forma ou outra entre em contato com as crianças, registrando os mesmos em prontuários e caderneta da criança. Com periodicidade definida; o enfermeiro, em conjunto com os ACS, controlará as crianças cadastradas e as ações desenvolvidas junto a elas, checando as cadernetas, prontuários e mapas de atendimento do médico, além do registro semanal das crianças, procurando os faltosos para fornecer-lhes atendimento diferenciado, se necessário, assim como oferecer-lhes horários flexíveis e até a possibilidade de atendimento domiciliar, quando for necessário.

Ao final de cada semana, a ESF terá dados suficientes para ir preenchendo na planilha de coleta de dados. É de vital importância para a realização de todas estas ações educativas envolver a comunidade, começando pela família explicando a importância de assistir a consulta regularmente para controlar o crescimento e desenvolvimento das crianças e detectar em tempo qualquer alteração, as vantagens da vacinação para prevenção de doenças, explicar a dieta a segundo idade da criança para evitar déficit ou excesso de peso e mostrar os riscos potenciais que podem se apresentar em cada faixa da vida das crianças para evitar acidentes.

Também iremos apoiar-nos nas associações de moradores e em outros fatores que levem liderança nas comunidades como igrejas, pois temos ações de saúde que dependem muito deles como é a procura ativa das crianças faltosas, a identificação de aqueles que têm risco de morbimortalidade, a identificação de abandono e abuso infantil e outras ações de divulgação como são o conhecimento em relação aos hábitos alimentares, os riscos de acidentes e a importância de ir a consultas ainda quando a criança não está doente; esta é a premissa fundamental da saúde de família e comunidade: “mudar hábitos e costumes na comunidade para ganhar em saúde”. Estas ações serão feitas por todos os integrantes da equipe em qualquer cenário e em todo momento como parte da rotina do dia a dia. Para realizar qualquer projeto de intervenção em saúde na comunidade é preciso protagonizar a mesma, o comprometimento das comunidades com as ações vão trazer resultados positivos já que a ESF não vai conseguir as mudanças dos hábitos e costumes na população se a mesma não estiver convencida da importância disso para a saúde individual e coletiva. A participação comunitária propiciará uma maior e melhor implementação do projeto, o apoio nas diferentes ações como; por exemplo, a procura ativa de faltosos às consultas, identificação de problemas de abandono, descuido ou abuso infantil, participação nas ações de promoção e prevenção de saúde, a identificação precoce de situações que contribuam ao detrimento da saúde das crianças, vão facilitar o trabalho da equipe e contribuirá a alcançar os resultados esperados ao final da intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Realizamos o projeto de intervenção na unidade Maria Iza Viane, localizada no município de Bujari/AC durante 12 semanas. A intervenção inicialmente era prevista para ser realizada no período de 16 semanas, mas foi reduzida devido ao período de férias do especializando durante a mesma. A equipe reconhecia que precisávamos de um acompanhamento diferenciado para as crianças, porque tínhamos como característica no serviço a procura por consultas somente para crianças doentes. Por isso decidimos que nossa intervenção era o caminho mais adequado para aumentar nossa primordial tarefa que é a promoção de saúde e assim prevenção de doenças na população infantil.

Para iniciar a intervenção, a equipe reuniu-se para organização da rotina de trabalho, estabelecimento das atividades e do papel de cada elemento da equipe na intervenção, apesar de nosso município estar passando por períodos de enchente, a maior enchente do estado de Acre, em nossa área de abrangência tivemos poucas famílias alagadas. Foi feita capacitação da equipe pela enfermagem e a médica sobre acolhimento e saúde das crianças, informações para serem fornecidas às mães e à comunidade em geral, sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, sobre atendimento odontológico prioritário das crianças e de sua importância para a saúde geral, orientações necessárias para realizar a primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

A equipe realizou treinamento para medir adequadamente as crianças, sobre o preenchimento de todos os dados do cartão da criança para possibilitar a interpretação das curvas de crescimento adequadamente.

Realizamos palestras com a comunidade, sobre diferentes temas como: os benefícios do programa de saúde da criança, o atendimento prioritário das crianças de 0 a 72 meses de idade, a manutenção dos registros de saúde das crianças sobre as vacinas, a importância de avaliar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade. Todos os dias de atendimento de puericultura os ACS realizaram palestras informando as mães sobre a importância de cada tema desenvolvido, as falas também eram desenvolvidas nas visitas domiciliares para que a população pudesse conhecer a importância que tem o acompanhamento das crianças.

A equipe realizou orientações na recepção da unidade com toda a população que facilitou a disseminação de informações. Um dos temas de destaque, que foi alvo de nossas orientações é a prevenção de acidentes na infância, a população se mostrou muito interessada, devido à importância do tema e também porque acidentes podem ocorrer em qualquer lugar, com qualquer pessoa e saber como prevenir pode salvar vidas. As pessoas idosas foram as que mais falaram sobre suas vivências, algumas cuidam seus netos e tem cuidados para evitar os acidentes.

O acolhimento das crianças e famílias na unidade foi organizado pelas ACS, estas ficaram responsáveis pela recepção do binômio mãe/bebê e de desenvolver atividades educativas, troca de experiências entre as mães, orientações quanto ao desenvolvimento e a importância das vacinas.

Foram realizadas consultas de puericultura, priorizando sempre as crianças, a população se mostrou favorável a esta medida. Na consulta utilizamos o prontuário com registro do peso, altura, perímetro cefálico, levaram também a caderneta da criança que tem informações importantes sobre as datas de vacinas, dados do recém-nascido que são úteis para o preenchimento da ficha-espelho. Os ACS ajudavam na sala de espera com o preenchimento da ficha-espelho com os dados da criança e datas de vacinas para ser mais dinâmico o acompanhamento aos atendimentos eram agendadas cinco crianças por dia.

Os pais e responsáveis relataram satisfação com as consultas das crianças, porque dedicamos o tempo necessário para saber o estado de saúde de cada criança, realizamos exame físico completo, orientações detalhada sobre como está ocorrendo o crescimento, desenvolvimento de cada criança, e também

era fornecido espaço para as dúvidas sobre as crianças, os principais questionamentos eram sobre alimentação e sobre a incorporação das carnes e ovos na alimentação.

As ações de busca ativa foram realizadas pelas ACS através de visitas domiciliares a todas as crianças faltosas e foram reagendadas para consultas na semana seguinte. Foi oferecido atendimento odontológico no mesmo dia das consultas clínicas para todas as crianças maiores de seis meses de idade, além de orientações para uma boa saúde bucal.

A vacinação foi uma das atividades preconizadas em nossa intervenção, houve um controle rigoroso sobre o armazenamento e distribuição dos imunobiológicos, a técnica de enfermagem realizou, todos os dias, o controle da cadeia de frio e do estoque para evitar a falta de vacina. Como resultado não tivemos problemas, nem falta de vacinas.

A equipe buscou a atualização do calendário vacinal em todos os menores de seis anos, as crianças que apresentaram atraso nas vacinas foram captadas por busca ativa dos ACS através de visitas domiciliares, caso não houvesse resultado, os ACS juntamente com a técnica de enfermagem realizavam a vacina no domicílio da criança. Esta foi uma boa estratégia para conseguir que todas as crianças fossem vacinadas.

Realizamos reuniões com lideranças comunitárias para falar esclarecer sobre a importância da ação programática de saúde da criança e seus benefícios. Explicamos como estava sendo implantada a intervenção e a resposta da população, os avanços e benefícios na saúde das crianças de nossa área de abrangência. Ficaram surpresos pelas atividades que estamos fazendo. Todas as semanas era realizada uma reunião com os líderes comunitários e a equipe, espaço sempre utilizado para educação continuada da equipe, dos líderes da comunidade, pastor da igreja.

As atividades de monitoramento tiveram uma periodicidade semanal, esta verificação tinha como objetivo analisar a qualidade do atendimento em saúde oferecido as crianças, assim como a qualidade dos registros realizados. Os responsáveis pelo monitoramento eram a médica e a enfermeira, os dados semanais eram ponderados nas reuniões de equipe semanalmente junto com os demais integrantes da equipe.

Outra atividade realizada durante a intervenção foi uma festa na sala de espera. Para o desenvolvimento desta atividade enfeitamos a recepção com balões de diferentes tamanhos e bandeiras com diferentes cores, solicitamos uma pessoa de cada bairro para se fantasiar de palhaço e ajudar a animar a festa. Colocamos música para crianças, e aproveitamos este momento para apresentarmos toda a equipe que participa do acompanhamento infantil. A atividade teve grande aceitação, tendo um grande número de mães e crianças de 0 a 72 meses de idade, as crianças cantaram e até dançaram. Fizemos um jogo sobre a saúde bucal, com a participação das crianças, em que estas demonstravam como realizavam a escovação dos dentes. Aproveitamos o momento e o cirurgião dentista e técnica em saúde bucal para promover uma palestra às mães sobre importância de avaliar a saúde bucal das crianças, sobre atendimento odontológico e de sua importância para a saúde geral. Houve distribuição de pipocas, suco e bolo feito pela auxiliar de limpeza.

O Teste do pezinho é realizado na maternidade, quando as mães no momento da internação pós nascimento, quando por algum motivo não o realizam no hospital, o mesmo é realizado na UBS quando realizamos a primeira consulta das crianças. Nesse momento explicamos às mães a importância do mesmo, para que estejam informadas sobre o procedimento que se realizará com seu filho.

A suplementação de ferro é oferecida a todas as crianças que se encontrem entre 6-24 meses de vida para ajudar no bom desenvolvimento, crescimento e evitar anemia por déficit de ferro, por isso todas as crianças que participam da intervenção têm suplementação de ferro, sempre explicamos as mães porque se orienta o uso destas medicações.

A triagem auditiva, como preconizada pelo MS, deve ser feita no recém-nascido até o quinto mês, sendo obrigatório nos hospitais e maternidades que recebem a criança. Fazê-la no período certo, permite a detecção precoce de dificuldades na audição. Este teste vem sendo realizado há mais de dois anos no município, mas as crianças maiores dessa idade não possuem em suas cadernetas ou prontuários, nenhuma informação sobre este teste

Aquelas crianças faltosas cuja idade estava acima da recomendada para realizar a triagem (impossível recuperação), a equipe decidiu que durante a avaliação e exame físico na consulta tivessem suspeita de hipoacusia, seriam

encaminhadas para fonologia e acompanhamento com Otorrinolaringologista. Nessa situação somente apresentamos um caso, cuja audiometria está ainda pendente.

Nossa equipe desenvolveu um intenso trabalho, mas os ACS, que estão em contato direto com as pessoas e em continuo intercâmbio com a comunidade, fizeram um caderno de gestantes e trabalharam com as datas prováveis de parto, mantiveram um controle e um adequado seguimento do nascimento da criança para poder fazer a primeira consulta na primeira semana de vida, eles realizaram palestras informando às mães sobre a importância da primeira consulta e mantiveram um bom seguimento das crianças. Eles fizeram uma listagem com datas de nascimento das crianças para saber por semanas e por meses as crianças que não compareciam as consulta e vacinas.

O atendimento odontológico foi a ação difícil de ser realizada, pois nossa unidade carece de equipe odontológica e aquele que trabalha na unidade mais próxima é insuficiente para contemplar atenção para uma população tão extensa, além disso o cadastramento aumentou mais o número de consultas feitas. Porém através de grande esforço da equipe odontológica e da priorização dos casos graves e agudos conseguimos realizar o acompanhamento das crianças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, preenchemos todas as planilhas de coletas de dados a cada semana. Todas as crianças que realizavam a consulta tinham seus dados atualizados nos seus prontuários e na ficha-espelho. Duas crianças no decorrer da intervenção perderam suas cadernetas e conseguimos fornecer uma segunda via com base nos registros das fichas espelho dos ACS.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

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

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Uma vez concluída a implementação da intervenção referente à melhoria da atenção à saúde da criança é chegado o momento de avaliar os resultados obtidos no desenvolvimento do mesmo junto à comunidade.

A UBS Maria Iza Viane Castro está localizada município de Bujari, no Estado do Acre. A área de abrangência apresenta uma extensão territorial dividida em nove microáreas e a equipe oferta atendimento a aproximadamente 3.529 pessoas pertencentes à área de abrangência. A população, embora não esteja catalogada como rural, tem todas as características desta, devido às condições higiênico-epidemiológicas, socioculturais e costumes. Da população total, 182 são crianças compreendidas entre zero e setenta e dois meses de idade, tendo sido este último dado o alvo da nossa intervenção.

Para fazer a avaliação dos resultados, levamos em conta tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos. Dentro dos primeiros mencionados estão os indicadores propostos no projeto os quais analisaremos individualmente comparando com as metas, seu comportamento durante a intervenção e o resultado final. Quanto aos qualitativos, estes se referem às ações propostas e o grau de implementação das mesmas, examinando a importância da incorporação destas ações para o serviço e como elas ainda podem ser melhoradas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atendimento as crianças de 0 a 72 meses.

Meta1.1: 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: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

O primeiro indicador a ser avaliado refere-se à nossa meta de cobertura, com a proporção de crianças dessa faixa etária inscrita no programa na nossa unidade de saúde. A equipe tinha feito o cadastramento das crianças na idade compreendida de 0 até 17 anos (registro), trabalho que a equipe vem realizando há alguns meses, o que facilitou a busca das crianças de 0 a 72 meses de idade. Do total de crianças somente 182 estavam na faixa etária de 0 a 72 meses, um número importante de atendimentos tinha que ser feitos para atingirmos 100%. Inicialmente, pensamos ser quase impossível devido às dificuldades apresentadas como a equipe incompleta, o grande número de atendimentos na rotina diária e aos acontecimentos que foram se apresentando durante as semanas da implementação.

No entanto, a equipe sempre procurou soluções e criamos estratégias para alcançarmos nossas metas, ao finalizar o primeiro mês, alcançamos 25%(46) dos cadastros, o segundo mês fechou com 68,9%(123) e ao terminar o terceiro mês da intervenção atingimos 100%(182) dos cadastros incorporados às atividades da intervenção, o que consideramos um triunfo. Contar com todas as crianças em acompanhamento vai proporcionar qualidade de vida e saúde para o seu desenvolvimento futuro. É importante ressaltar que tanto as lideranças da comunidade quanto as mães e familiares das crianças, desempenharam um papel importantíssimo na divulgação das atividades, possibilitando o cadastramento e acompanhamento das crianças em questão, ajudando ao trabalho da equipe.

Devemos sinalar como um dos aspectos mais importantes, o comprometimento da equipe e fundamentalmente dos ACS que contribuíram para obter esse resultado. Penso que as ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança; o estabelecimento e definição de prioridades de cada membro da ESF em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas, constituíram um parâmetro chave no desenvolvimento e fluidez do trabalho, porque ajudou a organizar e engajar a intervenção na rotina de atendimento da unidade sem que esta fosse afetada.

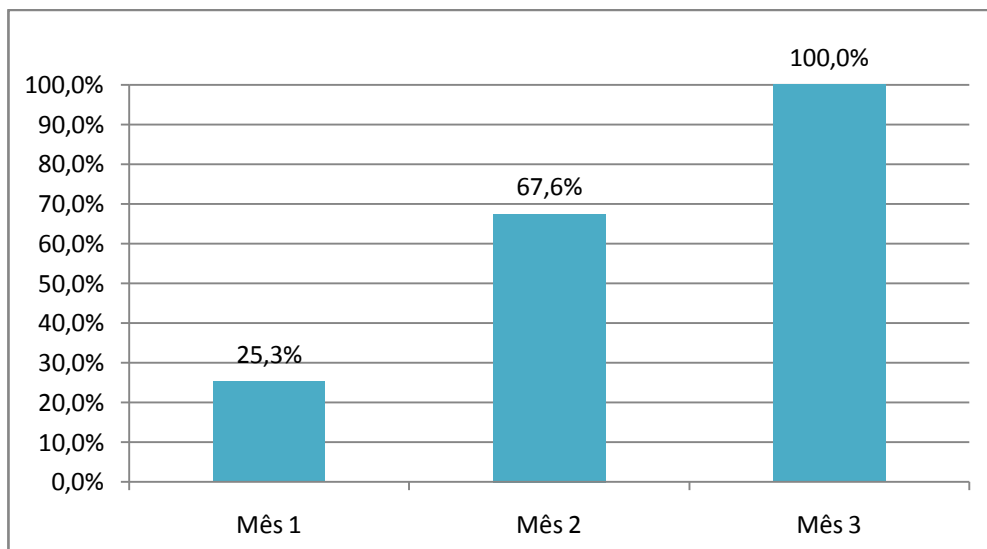


Figura 1 – Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

Objetivo 2: Ampliar a qualidade de atendimento as crianças de 0 a 72 meses.

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.

Partimos do pressuposto de que esse indicador nunca estará verdadeiramente em 100% devido, principalmente, ao fato a que, as idades compreendidas para a intervenção estendem-se até os 72 meses. Para conseguir os dados, apoiamo-nos nas cadernetas das crianças e nos registros existentes na unidade como os prontuários do arquivo, mas muitos careciam dessa informação. No caso dos recém-nascidos durante a intervenção não tivemos dificuldades porque fizemos a primeira consulta (captação). Geralmente nos menores de 1 ano, durante a entrevista, as mães lembravam quando realizaram a primeira consulta, mas, em muitos casos, as crianças maiores não possuíam as cadernetas e algumas delas não tinham prontuários anteriores e as mães não lembravam se haviam realizado a consulta na primeira semana de vida, além de que a unidade esteve sem médico por algum tempo. Desconsideramos colocar como efetivada a primeira consulta na primeira semana para trabalhar com dados o mais próximo possível da realidade. Tudo isso contribuiu para que, das 182

crianças cadastradas, tínhamos certeza que fizeram a primeira consulta em tempo um total de 120 crianças, o que fez com que o indicador alcançasse 69,9%.

Na Figura 2 aparece representado como evoluímos nesse indicador, no primeiro mês tivemos 80% (37), depois reduziu o percentual no segundo mês para 62,1% (77). Já para o último mês, fechamos em 66% (120) das crianças acompanhadas com a primeira consulta nos primeiros sete dias.

Para poder trabalhar com este objetivo, foi desenvolvido como ação, a capacitação aos integrantes da UBS em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança e as atividades de consulta.

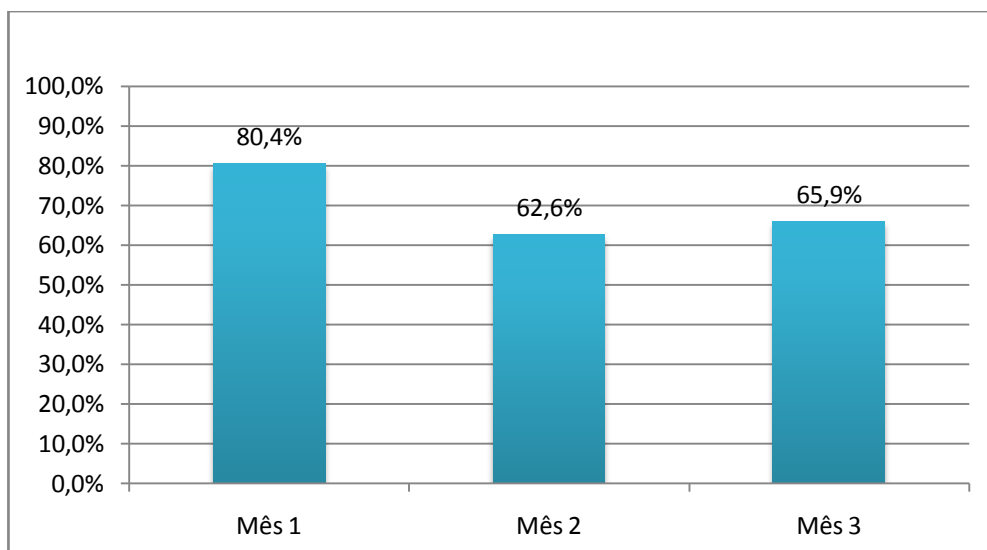


Figura 2 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

O crescimento da criança constitui um indicador de avaliação do seu estado de saúde. O controle frequente e regular deste em consulta é muito importante. Este indicador é recuperável e devido a essa característica é que apresenta um incremento significativo no último mês, mantendo-se praticamente sem diferenças entre o primeiro mês 87,0% (40) e segundo mês 83,7%(103), a explicação para isso é que aquelas crianças que, quando foram cadastradas não tinham um monitoramento de crescimento adequado, devido ao acompanhamento mensal através da intervenção implementada, agora possuem este

monitoramento e, ao fechamento dos dados desta intervenção, houve um incremento deste indicador até atingirmos os 95,1%(173).

Neste aspecto, o trabalho dos ACS foi chave já que eles, além de participar das atividades de visitas domiciliares à procura das crianças faltosas às consultas agendadas, fizeram as medições de peso e altura das crianças para que a consulta fluísse melhor e isso foi possível graças ao treinamento adequado que receberam na primeira semana de implementação da intervenção. Também os encontros e reuniões com lideranças comunitárias ajudaram com a divulgação do projeto e a sua importância, o que contribuiu à afluência espontânea das mães e à assistência às consultas de acompanhamento.

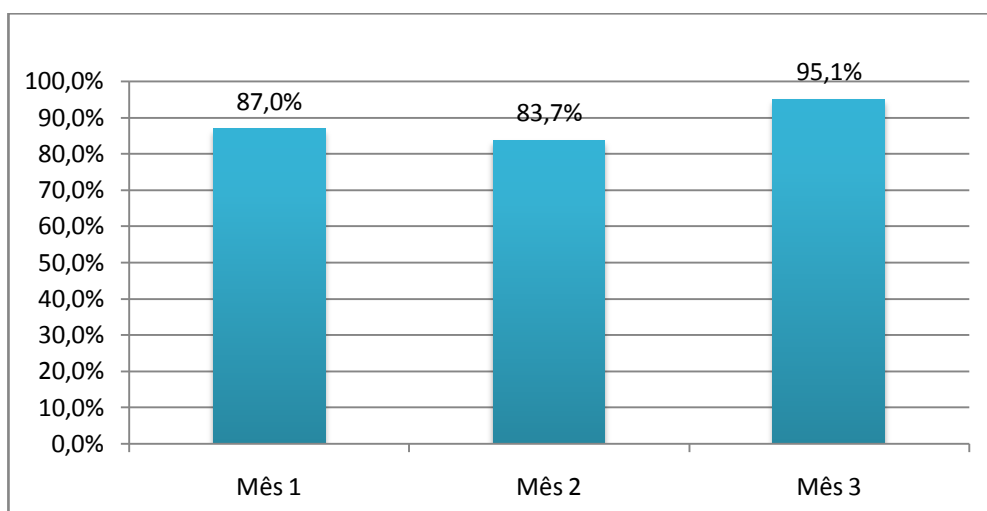


Figura 3 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso, monitoradas.

Do total das nossas crianças cadastradas, tivemos 8 que entraram na classificação de criança com déficit de peso, todas elas, 100% com monitoramento adequado. No primeiro mês uma teve com déficit de peso. Para o segundo mês sete crianças com déficit de peso e fechamos o terceiro mês com oito crianças com déficit de peso.

Todas elas receberam monitoramento e controle do peso durante a intervenção e continuarão nas consultas de seguimento como parte da rotina das puericulturas. O tempo de implementação da intervenção é curto demais para

visualizar uma mudança importante no ganho do peso corporal destas crianças evoluindo a peso normal. No entanto, temos que assinalar que, depois das consultas e as orientações recebidas quanto à alimentação adequada, estas crianças já ganharam peso de uma consulta para outra.

O monitoramento das crianças com déficit de peso foi bem-sucedido, graças às atividades de atendimento clínico em consultas agendadas e às atividades de promoção e prevenção de saúde, encaminhadas não somente a este grupo específico de crianças, como também, a todas em geral, instruindo aos familiares quanto às medidas gerais para prevenir o baixo peso.

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

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas.

Do total das nossas crianças cadastradas, tivemos 27 que entraram na classificação de criança com excesso de peso. O monitoramento das crianças com excesso de peso foi feito em 100% em todos os períodos avaliados. No primeiro mês, foram monitoradas cinco crianças com excesso de peso. No segundo mês dezesseis crianças com excesso de peso. Já no terceiro mês houve acompanhamento de vinte e sete crianças com excesso de peso.

Foram muito úteis as atividades junto ao grupo de crianças, onde enfatizamos o conceito de que excesso de peso não é sinônimo de saúde. Embora a mudança de costumes seja muito difícil, pensamos que, com o trabalho educativo no dia a dia, alcançaremos êxito em nossos propósitos.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Para avaliar o desenvolvimento das crianças, a partir do pressuposto de que o desenvolvimento se constitui dos avanços que a criança vai obtendo em cada uma das etapas da vida, que durante o primeiro ano é quando mais mudanças apresentam, sobretudo nos aspectos do desenvolvimento psicomotor, dentição, fala e desenvolvimento da aprendizagem. Essa avaliação faz parte da consulta de puericultura e durante o acompanhamento se faz anotações dos avanços que a criança vem apresentando. Uma vez explicado isto, podemos dizer que no primeiro mês da intervenção, de 46 crianças cadastradas, somente 40 tinha o monitoramento do desenvolvimento em dia, o que representa 88% do

total, já para o segundo mês, atingimos a quantidade de 103 crianças, mas o indicador teve pouca mudança, ficou em 83,7%. Como este indicador é recuperável, no terceiro mês se apresentou um incremento significativo e a explicação se encontra no fato daquelas crianças que quando foram cadastradas não tinham um monitoramento de desenvolvimento adequado, devido ao acompanhamento mensal, agora apresentam este monitoramento e quando encerramos a coleta de dados para efeito desta intervenção, havíamos atingido 94%(171) de monitoramento do desenvolvimento das crianças cadastradas, como aparece no gráfico.

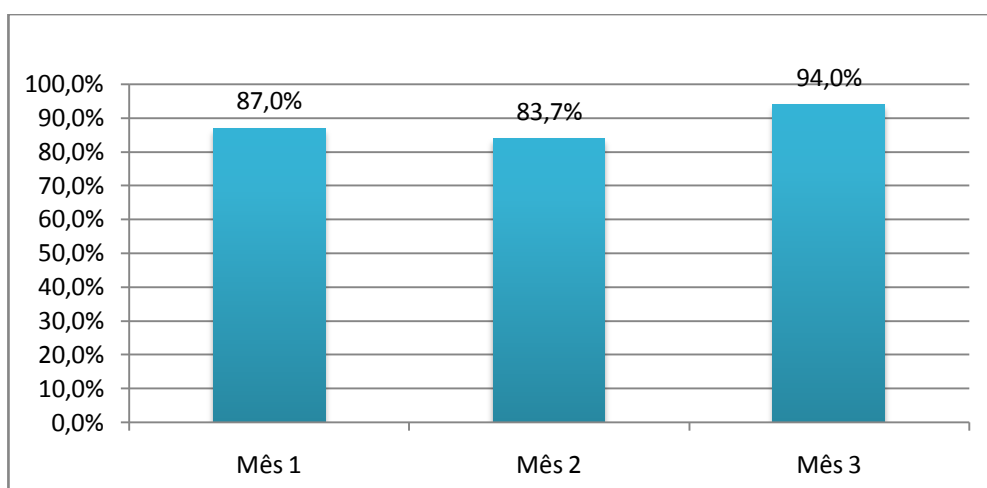


Figura 4 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015

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

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

No desenvolvimento deste indicador nossa equipe, no primeiro mês da intervenção conseguiu atualizar o esquema vacinal em 100% das crianças. Assim, nos três meses de intervenção, foram 46 no primeiro mês, no segundo mês já foram 123 e no terceiro mês 182 crianças com as vacinas em dia. É importante assinalar que este indicador é uns dos melhores da unidade devido e que historicamente nossa equipe vem mantendo um trabalho exigente na procura de crianças com esquema de vacinas desatualizadas.

A vacinação é um dos parâmetros mais importantes que contribuem para a saúde das pessoas e na infância é ainda mais importante já que as crianças até

dois anos não desenvolvem a sua própria imunidade e o jeito de se defenderem das doenças é através daquela adquirida pelo aleitamento materno e pela vacinação. O Ministério da Saúde provém à totalidade de vacinas para ser administrada em cada mês de vida segundo o esquema. A equipe faz o possível para a realização deste trabalho, a busca ativa das crianças e todo o ordenamento da base de dados das mesmas, o trabalho foi bem-sucedido devido, em grande parte, ao treinamento adequado dos ACS que participaram das atividades de vacinação, visitas domiciliares e busca das crianças faltosas.

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.

A suplementação de ferro é preconizada pelo ministério da Saúde, para as crianças entre seis e 24 meses. Este é outro indicador recuperável, pois aquelas crianças que ao início da intervenção não tinham recebido suplementação de ferro, na consulta foi indicada e no seguinte mês, atualizado os dados na planilha. No primeiro mês 51,2%(17) receberam ou estavam recebendo suplementação de ferro, no segundo mês o número aumentou porque se somaram aquelas crianças que retornaram para acompanhamento e que estavam fazendo tratamento com ferro. Isso pode ser visualizado na Figura 8, no qual percebemos que 72,5%(37) das crianças receberam ou estavam recebendo suplementação de ferro, já no terceiro mês, conseguimos alcançar o total com 100%(61) das crianças nesta faixa etária recebendo suplementação de ferro.

A suplementação de ferro é muito importante na prevenção das anemias, fundamentalmente na faixa etária de 6 a 24 meses de idade onde começa a alimentação das crianças e aumentam os requerimentos de vitaminas e ferro para um desenvolvimento adequado. Esta meta foi muito fácil de alcançar, devido, principalmente, às ações de capacitação aos integrantes da UBS em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança assim como o atendimento clínico, todos eles foram fatores determinantes para o cumprimento desta meta, encaminhadas a este grupo específico de crianças.

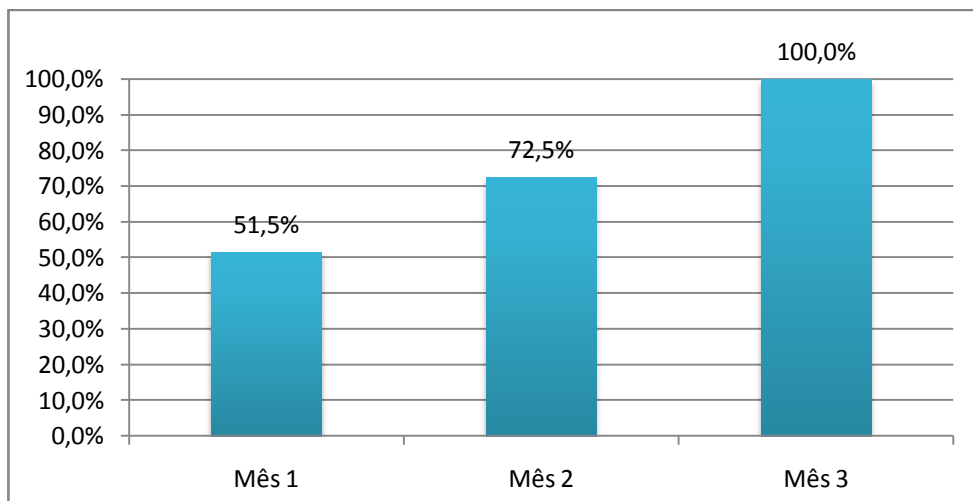


Figura 5 – Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

A triagem auditiva, como preconizada pelo Ministério da Saúde, deve ser feita no recém-nascido até o quinto mês, sendo obrigatório nos hospitais e maternidades que recebem a criança. Fazê-la no período certo, permite a detecção precoce de dificuldades na audição. Este teste vem sendo realizado há mais de dois anos no município. No entanto, as crianças maiores dessa idade não possuem em suas cadernetas ou prontuários, nenhuma informação sobre este teste e é por isso que este indicador não alcançou os 100%, devido à faixa etária escolhida para a intervenção estender-se até os 72 meses.

Na Figura 6 é demonstrado o comportamento deste indicador, sendo que no primeiro mês tivemos 91,3% (42) das crianças com a realização do teste, no segundo mês 64,2% (79) das crianças e encerramos o terceiro mês com 53,8%(96) crianças avaliadas. Aquelas crianças faltosas cuja idade estava acima da idade para realizar a triagem (impossível recuperação), a equipe decidiu fazer a avaliação e exame físico durante a consulta, as que tiveram suspeita de hipoacusia, foram encaminhadas para fonologia e acompanhamento com otorrinolaringologista. Nessa situação, somente apresentamos um caso, cuja audiometria estava ainda pendente no fechamento deste trabalho.

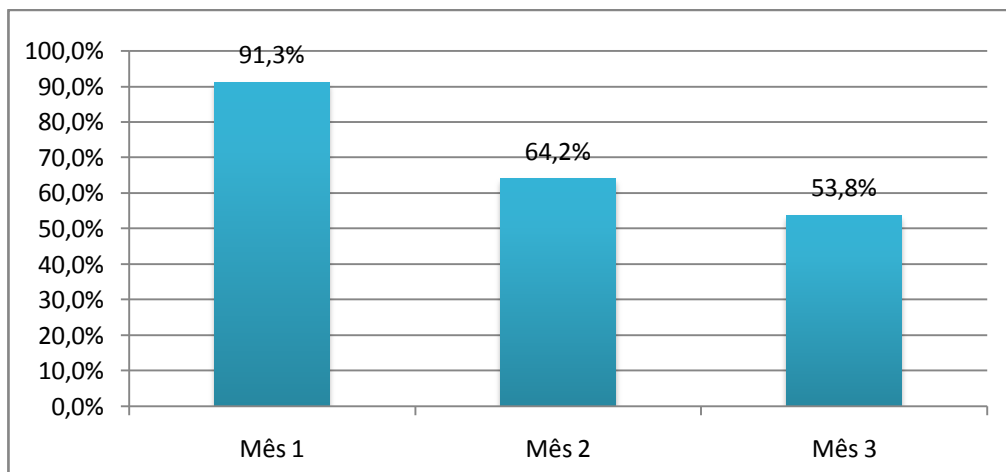


Figura 6 – Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

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.

Este indicador refere-se a um aspecto importantíssimo na avaliação da saúde da criança porque, nos dá a possibilidade de fazer diagnósticos de doenças congênitas que podem trazer complicações na vida e na saúde da criança. Todas as crianças cadastradas tinham realizado o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. Para efetivar os resultados tivemos que conferir nas cadernetas da criança, nos prontuários no arquivo da unidade e nas referências confiáveis das mães da realização do mesmo. Conseguimos alcançar e manter 100% em todos os períodos avaliados. No primeiro mês alcançamos 46, no segundo mês 123 das crianças e no terceiro mês 182.

Importante destacar a participação dos ACS na procura dos documentos necessários para obter estes dados e na divulgação da importância deste teste para o diagnóstico precoce de doenças congênitas. Ação bem-sucedida, graças às orientações e atualizações recebidas pelo ACS.

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

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

Nesse indicador os resultados foram gradativamente aumentando, devido ao fato de que a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizada nas consultas como parte do exame físico da criança, devido à falta de equipe odontológica na nossa unidade.

No primeiro mês, conforme a Figura 7, um total de 36 crianças nas idades compreendidas entre 6 e 72 meses tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico perfazendo 100%, para o segundo mês se incorporaram na planilha diminuindo o indicador para 97,4% (112). No terceiro mês, fechamos com 168 crianças nessa faixa etária, pois a todas elas foi realizada a avaliação das necessidades odontológicas alcançado 100% dessa meta.

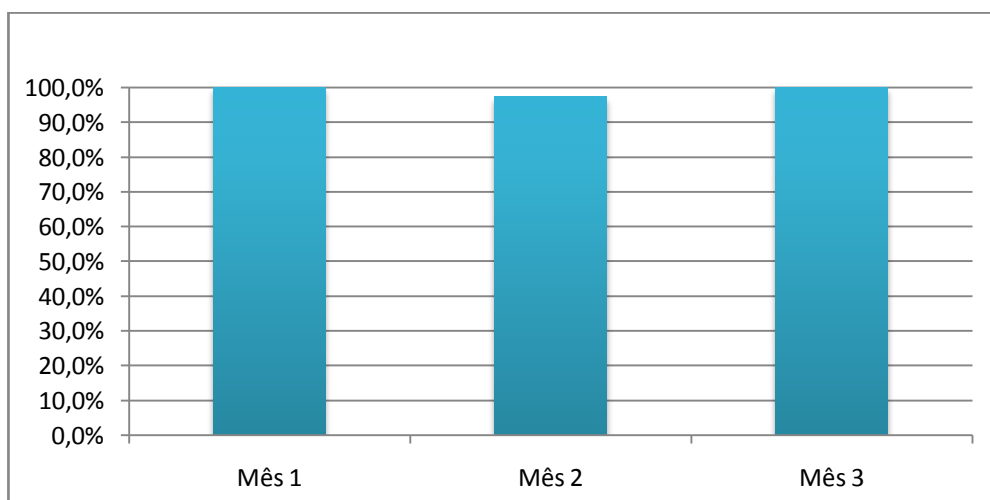


Figura 7 – Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

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

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

Este indicador, embora seja o mais baixo, apresenta o maior incremento ao longo do processo de intervenção. Como explicitado durante a implementação do projeto, nossa unidade carece de equipe odontológica e aquele que trabalha na unidade mais próximo de nossa UBS é insuficiente para contemplar atenção para uma população tão extensa, é por isso que ao iniciar a intervenção, a maioria das

crianças entre 6 e 72 meses de idade, não tinham realizado uma primeira consulta odontológica, na Figura 8 se percebe que no encerramento do primeiro mês não havia crianças com a realização da primeira consulta odontológica; no segundo mês o indicador aumentou, uma vez que as consultas começaram a ser realizadas, alcançando 20,9% (24). Quando fechamos o terceiro mês, tivemos um aumento considerável do indicador, alcançando 45,8% (77).

Isso foi possível porque a equipe elaborou uma estratégia de encaminhar aquelas crianças com necessidade de atendimento imediato depois de negociar com a equipe odontológica da unidade mais próxima e solicitar os retornos desses atendimentos. É importante salientar que esta estratégia foi incorporada à rotina do atendimento da unidade o que significa que mais crianças serão beneficiadas com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na unidade.

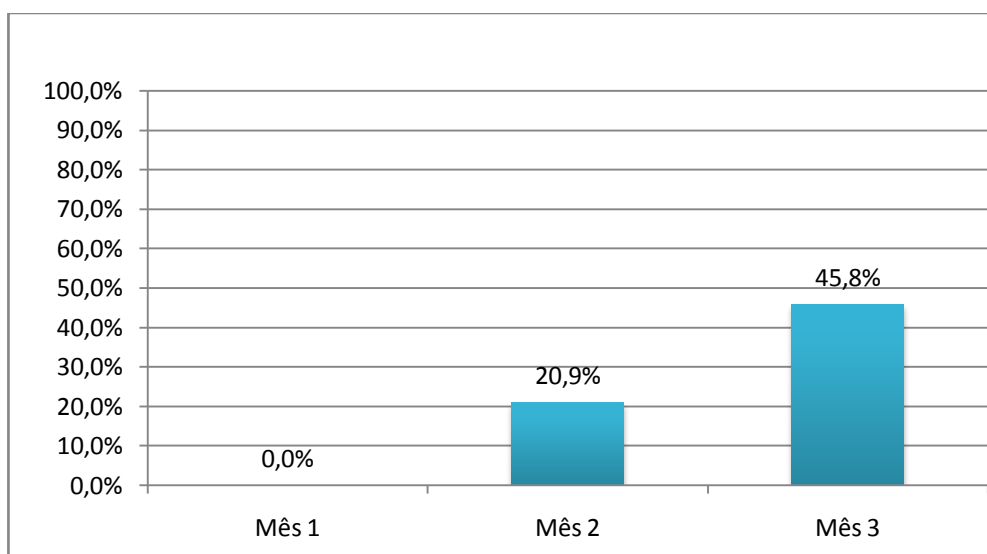


Figura 8 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das crianças de 0 a 72 meses.

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.

Este indicador foi uma das metas mais fáceis de cumprir, devido ao fato de que, quando estávamos iniciando a intervenção, a equipe criou estratégias

prevendo esta situação e que ao final surtiu efeito, pois conseguimos recuperar todos os faltosos na mesma semana que correspondia à consulta planejada.

Mantivemos 100% em todos os períodos avaliados. No primeiro mês houve duas buscas ativas de crianças faltosas, no segundo houve onze buscas ativas, já no terceiro mês tivemos catorze crianças faltosas também recuperadas.

É importante assinalar, que este indicador serve para medir também o grau de comprometimento da equipe que realizou a busca ativa, o impacto que teve o projeto nas mães e familiares das crianças que não faltavam à consulta planejada e o engajamento das lideranças e a comunidade toda com a intervenção que ajudaram também na procura das mesmas.

Objetivo 4: Melhorar os registros de atendimento das crianças de 0 a 72 meses.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

A atualização dos registros foi de muita utilidade para nós na unidade e para o trabalho da UBS. Conseguimos atualizar no início 46 registros. No segundo mês, conseguimos atualizar 123 registros. No último mês, para conseguir os resultados obtidos, a equipe redobrou esforços para encerrar a intervenção com 182 registros atualizados, representando 100% em todos os meses de intervenção.

O registro das informações fluiu muito bem graças ao treinamento adequado aos ACS, assim como a capacitação aos integrantes da UBS em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança. Conseguimos que 100% (182) das crianças tivessem a sua ficha-espelho e de vacinação atualizada. Isso possibilitou um registro confiável de informações para conferir a análise do projeto e no futuro pensarmos estender a outros grupos etários.

Objetivo 5: Ampliar a avaliação de risco das crianças de 0 a 72 meses.

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

A avaliação de risco faz parte da consulta de puericultura e é por isso que os indicadores estão muito altos desde o primeiro mês. Foi assim que

conseguimos atualizar todos os dados da planilha e terminar a intervenção com 100% do total de crianças cadastradas avaliadas, já no terceiro mês da intervenção, recuperamos os pendentes e ampliamos a realização da avaliação de risco para todas as crianças. Assim no primeiro mês 46 crianças, no segundo mês 123 crianças e no terceiro mês 182 crianças alcançando 100% das crianças nos três meses de intervenção.

Esta meta foi alcançada satisfatoriamente, de acordo com o plano de ações estabelecido e como parte da consulta de puericultura e das visitas domiciliares realizadas a estas crianças, onde toda a equipe teve um papel destacado.

Objetivo 6: Melhorar a promoção de saúde para todas as crianças de 0 a 72 meses.

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

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

As ações de prevenção e promoção de saúde fazem parte do conjunto de ações de educação em saúde que devem ser realizadas pelo médico e por toda a equipe de saúde como parte da medicina comunitária, a prevenção de acidentes na infância faz parte das rotinas das consultas de puericultura. Além disso, e como parte da intervenção, a equipe implantou uma estratégia de realizar palestras diárias na sala de espera, sendo os acidentes na infância, uns dos temas desenvolvidos nas mesmas. Por esse motivo, em todos os meses o indicador se manteve em 100%. No primeiro mês foram 46, no segundo mês 123 e no terceiro mês 182.

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

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

O aleitamento materno para as crianças é um alimento completo nos primeiros meses de vida, e assim durante as consultas de pré-natal, almejamos que as mães compreendam a importância que tem o aleitamento materno para as crianças e todas as vitaminas e proteínas que tem o leite das mães neste período de vida.

Durante a intervenção todas as crianças menores de 2 anos que ainda mamavam foram colocadas a mamar na primeira consulta. Em crianças com menos de dois anos que não mamavam mais e aquelas com mais de dois anos somente contamos com informação fornecida pelas mães. Assim, no primeiro mês das 46 crianças avaliadas tínhamos como informação que todas haviam sido colocadas para mamar na primeira consulta, no segundo mês 123 crianças e no último mês 182 crianças, alcançando 100% nos três meses de intervenção.

Também ofertamos palestras sobre benefícios do aleitamento materno exclusivo para mãe e para as crianças e a importância de uma boa técnica de amamentação.

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

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

A orientação nutricional em relação à faixa etária faz parte do conjunto de ações de educação em saúde que devem ser realizadas por toda a equipe de saúde em qualquer cenário (consultas, visitas domiciliares, palestras, atividades na comunidade), sendo significativamente importante, devido a influenciar diretamente no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças. É importante que as mães saibam quais são os alimentos mais importantes, aqueles com restrição ou proibidos em cada idade e como introduzir todos eles na dieta da criança. A orientação nutricional faz parte da rotina das consultas de puericultura e, além disso, a equipe implantou a estratégia de realizar palestras diárias na sala de espera, sendo este um dos temas desenvolvidos nas mesmas e por isso que em todos os meses o indicador se manteve em 100%. No primeiro mês 46 mães foram orientadas, no segundo mês 123, já no terceiro mês chegamos a 182 mães orientadas quanto a orientações nutricionais.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal 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.

Com este indicador ocorreu o mesmo que com todos aqueles que dependiam das ações de educação em saúde, sendo alcançado 100% em todos

os períodos avaliados. No primeiro mês ofertamos orientação a 46 mães, no segundo mês a 123 e no terceiro mês a 182 mães foram orientadas como manter uma boa higiene bucal.

As orientações sobre higiene bucal das crianças de acordo com a faixa etária são fornecidas como parte das consultas de puericultura, também foi tema permanente nas palestras desenvolvidas na sala de espera e em visitas domiciliares. Graças a estas ações de promoção e prevenção de saúde realizada pela equipe, atingimos 100% deste indicador e é mais gratificante ainda saber que estamos fazendo prevenção de doenças bucais que tem uma elevada incidência na nossa comunidade devido à carência de disponibilidade de equipes odontológica para dar um atendimento adequado.

Toda a equipe contribuiu para o alcance desta meta e temos de agradecer também à equipe odontológica que sempre descrevia as orientações dadas às mães, fundamentalmente sobre as técnicas de como escovar os dentes.

4.2 Discussão

O tema da intervenção foi escolhido como linha de trabalho nesta intervenção a saúde da criança, por ser um dos grupos mais sensíveis quanto às doenças, por que sabíamos que a resistência às mudanças seria menor e por que os resultados seriam visualizados em menor prazo.

Conseguimos ampliar a cobertura de atendimento das crianças entre zero e setenta e dois meses de vida para 100%, foram cadastradas e avaliadas 182 crianças da área de abrangência da UBS. Além da ampliação da cobertura de atendimento, importantes avanços na qualidade de atendimento foram alcançados, conseguimos melhorar a qualidade dos registros, o acompanhamento e controle sobre o crescimento, desenvolvimento, alimentação e saúde bucal, criança com déficit de peso monitorada, criança com vacinação em dia para a idade, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho, orientação sobre prevenção de acidentes na infância, colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta, orientação as mães sobre nutricionais de acordo com a faixa etária, para mencionar alguns dos resultados obtidos por nossa equipe em relação à ação programática escolhida para a intervenção realizada.

Foram capacitados em várias ações e temas que anteriormente desenvolviam de forma empírica, o que fez possível um acúmulo de conhecimentos, ganhamos na organização dos processos de trabalho que se visualizou uma melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde da criança e numa maior credibilidade por parte da comunidade.

A intervenção também trouxe um grande impacto sobre o serviço, pois antes já havia a necessidade de dar atendimento priorizado às crianças e após a intervenção realizamos uma reorganização dos atendimentos, revisitando nossos processos de trabalho, a intervenção permitiu que as consultas das crianças se desenvolvem adequadamente de acordo com o ministério de saúde.

Outro aspecto da intervenção que influenciou sobre o serviço, foi a melhoria nos registros que nestes momentos já está sendo aplicada em grupos específicos de usuários com doenças crônicas (hipertensos, diabéticos, asmáticos e saúde mental) e, futuramente, ampliaremos a outros grupos como gestantes, adolescentes e idosos. A avaliação de risco é outra das ações que incorporamos à rotina de atendimento da população em geral com avaliação do usuário como ser biopsicossocial. As ações programáticas antes da intervenção eram muito negligenciadas, já que não tivemos ficha-espelho, não realizavam orientação as mães para uma boa técnica de amamentação, não se avaliavam fatores de riscos, não se falava da importância que tem uma boa higiene bucal, as crianças só procuravam os serviços quando apresentavam alguma doença.

Agora já implantamos uma nova forma de trabalho com o auxílio da intervenção, já temos ficha espelho, todas as crianças têm uma data da consulta programática, se realizam palestras na sala de espera enquanto as mães e os familiares aguardam pelo atendimento das consultas de puericultura, se fala sobre diferentes temas que são muito importantes para as mães. Colocamos as crianças a amamentar e explicamos a técnica correta, explicamos sobre a importância de ter uma boa higiene bucal das crianças e os fatores riscos.

O impacto da intervenção na comunidade foi percebido praticamente desde o início da intervenção e isso contribuiu para um maior comprometimento das lideranças da comunidade que ajudaram na divulgação da intervenção, realizamos atividades educativas onde incorporamos os líderes para formarem parte da mesma e ajudaram a desenvolver as ações, pois explicamos o objetivo

da intervenção. Também realizamos palestras na unidade, às quais todos os usuários que estavam aguardando para consulta assistiam e que depois ajudaram também na divulgação da mesma para equipe.

A intervenção poderia ter sido facilitada se eu tivesse a possibilidade de mudar algum aspecto do projeto, como os indicadores a serem avaliados, já que cada comunidade tem as suas características próprias e de acordo as normas internacionais de estudos de intervenção, os indicadores devem ser enunciados baseados nos problemas específicos apresentados na população-alvo e que são determinados na Análise Situacional de Saúde da comunidade em questão. Somente resta assinalar que a nossa equipe desde o começo esteve comprometida com o projeto e que apesar dos desafios durante o período de implementação conseguimos seguir adiante graças ao esforço de todos e a vontade de ofertar o atendimento de excelência que a população merece.

Os bons resultados obtidos e a grande aceitação por parte da população são razões suficientes para incorporar a intervenção à rotina de atendimento. A equipe continua com o acompanhamento mensal das crianças e adequando outros para poder coletar e monitorar melhor os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Na unidade Maria Iza Viane de Castro foi realizada uma intervenção em saúde na área de atenção à saúde da criança, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças compreendidas entre 0 e 72 meses de idade. Este projeto teve como foco a área da saúde da criança porque as crianças de nossa área de abrangência somente procuravam o serviço quando estavam doentes, não estavam sendo acompanhadas adequadamente conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

Quando iniciamos nossa intervenção estavam realizando acompanhamento apenas 46 crianças representando 25,3% das crianças de 0 a 72 meses de idade. Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 182 crianças, 100% das crianças de 0 a 72 meses, nossa intervenção continua e esperamos conseguir manter o acompanhamento de todas as crianças da área de abrangência porque as atividades já estão incorporadas em nossa rotina de trabalho.

Durante a intervenção conseguimos melhorar o acolhimento das crianças, as consultas tiveram maior qualidade, conseguimos ofertar a todas nossas crianças de 6 a 24 meses suplementação de ferro como profilaxia da anemia durante a infância.

Com a conclusão da intervenção alguns objetivos não foram alcançados como esperávamos, por exemplo, somente 80,4% das crianças consultaram na primeira semana de vida, por isso temos que continuar incentivando a nossas mães para realizar a consulta do recém-nascido na primeira semana de vida. Tivemos 7 crianças com déficit de peso e 26 com excesso de peso, desta forma continuaremos o trabalho de orientação quanto a importância do exercício físico e

de uma alimentação balanceada. O teste do pezinho é um exame que deve ser feito nos primeiros dias de vida de todas as crianças e durante a intervenção alcançamos 100% das crianças com a realização do teste em dia. Também alcançamos 100%, todas as crianças foram colocadas para mamar durante a primeira consulta, quando a criança tinha mais de dois anos somente contávamos com a informação que a mãe fornecia.

Esta intervenção trouxe mudanças positivas para nosso serviço, porque conseguimos realizar atendimentos com mais integralidade as crianças impactando positivamente em nosso processo de trabalho e em nossa equipe. Antes da intervenção não tínhamos fichas-espelho e no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações, e com o início da intervenção implementamos a aplicação da ficha-espelho para todas nossas crianças, que possibilitou um preenchimento mais completo e organizado das informações das crianças.

E importante ressaltar que tivemos o apoio dos gestores em todas as ações realizadas, os gestores auxiliaram na aquisição do material necessário, como as fichas espelhos, também auxiliaram na divulgação da intervenção, das ações educativas, na aproximação entre a equipe e as lideranças comunitárias e na busca ativa das crianças faltosas. Além disso, os gestores participaram das palestras realizadas na comunidade, eles apoiaram a equipe na rotina de trabalho, mantendo os profissionais motivados, todas estas ações tiveram um impacto positivo em nossa equipe.

Nossa intervenção teve um bom impacto na qualidade da saúde de nossas crianças, conseguindo modificar indicadores que afetam a saúde das crianças, dando soluções e orientações a toda a população e a equipe, pois a intervenção se desenvolveu de maneira harmoniosa com a rotina de trabalho da UBS, não apresentando dificuldades ou empecilhos em sua implementação, desta forma acreditamos não ter nada a ser alterado ou melhorado nas atividades a serem realizadas, a continuidade das ações que levaram a integralidade na atenção a todas as crianças de nossa área de abrangência.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Realizamos uma intervenção com duração de 12 semanas, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento as crianças, a população total foram 182 crianças compreendidas entre zero e setenta e dois meses de idade, sendo esta a faixa etária alvo da nossa intervenção.

Foram realizadas diversas ações com a finalidade de melhorar o atendimento as crianças, uma delas foi a priorização de consultas na primeira semana de vida. Motivamos e incentivamos o comparecimento na unidade de saúde para realizar consulta com o recém-nascido na primeira semana de vida, este foi tema permanente das atividades educativas desenvolvidas pela equipe, explicando a importância do acompanhamento certo para a identificação precoce de algum problema à saúde desde o nascimento, realização de exames e acompanhamento correto da evolução da criança.

Monitoramos também, o crescimento das crianças e descobrimos que a maioria não tinha um acompanhamento adequado. Com o projeto conseguimos acompanhar o crescimento de todas as crianças cadastradas. Neste aspecto, acompanhamento do peso corporal, nos ajudou a avaliação nutricional para sabermos se o peso está adequado para a idade.

Outra ação realizada na intervenção foi acompanhar desenvolvimento das crianças para avaliar os avanços que elas vem apresentando em cada uma das etapas da vida, atualizamos a vacinação de todas as crianças e ofertamos suplemento de ferro para todas que tinham indicação para prevenir as anemias.

Acompanhamos, também, se as crianças tinham realizado teste da orelhinha que é importante para prevenir precocemente os problemas de audição.

É importante dizer que as crianças que apresentaram suspeita de redução da audição durante a consulta, foram encaminhadas para acompanhamento com o especialista. Outro teste importante preconizado é o Teste do Pezinho, o qual nos dá a possibilidade de fazer diagnósticos de doenças hereditárias, que podem trazer complicações na vida e na saúde da criança. Felizmente, todas as crianças cadastradas tinham feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida.

Dentro das ações da intervenção, avaliamos a necessidade de acompanhamento odontológico. Infelizmente a nossa unidade carece de equipe de Saúde Bucal. Por isso, a maioria das crianças entre 6 e 72 meses de idade, não tinham ainda uma primeira consulta odontológica realizada. Quando fechamos a intervenção, graças à estratégia elaborada pela equipe, conseguimos que 77 crianças com necessidades reais de atendimento odontológico, fossem avaliadas e tratadas pela equipe odontológica, somando um total de 77 crianças que receberam esse serviço. É importante dizer que esta estratégia foi incorporada à rotina de trabalho da unidade, o que significa que mais crianças serão beneficiadas com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na unidade.

Com a intervenção conseguimos melhorar o atendimento das crianças que moram na comunidade, identificando os riscos e acompanhando o desenvolvimento, a comunidade recebeu orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Continuaremos com nossa intervenção para que todas as crianças recebam um acompanhamento adequado de seu crescimento e desenvolvimento, a população continua recebendo orientações para fortalecer o trabalho sobre a saúde da criança.

Nossa comunidade, agora ao final da intervenção conta com uma oferta de serviço qualificado; maior engajamento nas questões de saúde; maior empoderamento e protagonismo das pessoas. Também os líderes da comunidade se encontram comprometidos com atenção às crianças e prevenção de acidentes.

Com a intervenção, conseguimos identificar problemas que estavam afetando a saúde das crianças da faixa etária em questão e o mais importante, conseguimos dar solução a muitos deles e prevenir outros. Importante dizer também que as ações realizadas através da intervenção tiveram bons resultados e benefícios para todos e, dessa forma, temos grandes motivos para manter a

intervenção na rotina da unidade e propiciar uma melhora significativa da qualidade de vida dessas crianças.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde UBS Maria Iza Viane de Castro, Bujari, AC.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao chegar agora no final do curso, vem a minha memória o começo desta especialização em que começamos a estudar o projeto pedagógico, parecia que as coisas não tinham sentido, mas as minhas expectativas estavam focadas no fato de que fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com uma população tão diversa culturalmente e socialmente. No começo do curso e no decorrer das semanas comecei a ter uma ideia aproximada do que seria feito em cada unidade e em todas elas aprendi algo novo, a experiência acumulada durante anos trabalhando na comunidade, cada tarefa abria novas portas ao conhecimento.

Além de aumentar o conhecimento pessoal, o curso trouxe a possibilidade de implementar um projeto de intervenção que se traduziria em ganho para a comunidade e para a minha prática profissional, devido a isso apreendi e conheci uma nova metodologia para estudar a população onde trabalho e onde me sinto muito contente, para mim, para toda minha equipe e para toda a população o curso de especialização foi importante porque aumentamos os conhecimentos sobre a saúde das crianças em diferentes temáticas importantes para que as crianças tenham um crescimento saudável, melhoramos também nosso acompanhamento das crianças de 0 a 72 meses de idade. Tive oportunidade de analisar as condições culturais, epidemiológicas, modos e estilos de vida e problemas psicossociais que influenciam sobre a saúde das crianças de minha área de abrangência.

De forma geral, o curso superou as minhas expectativas em todos os sentidos, hoje estou me sentindo melhor preparada para desenvolver um trabalho na comunidade, com vontade de fazer cada vez mais pela população, por que agora, quando percebemos a aceitação de nosso trabalho na comunidade, os

resultados alcançados não tem importância as longas horas de estudo, as cansativas jornadas de trabalho em consulta, as caminhadas abaixo do sol, sinto muita satisfação de ter crescido como profissional e ter contribuído, ao menos um pouco, na melhoria da saúde da população de Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **crecimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia 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 C – Ficha espelho

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

 Departamento de
Medicina Social

UFPEL

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

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em ___/___/___
 Fenilcetonúria () normal () alterado Hipotireoidismo () normal () alterado Anemia falciforme () normal () alterado Observações _____
 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	Triplíce viral	Tripl. 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. _____	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. _____	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. _____	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. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

 Departamento de
Medicina Social

UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC, em Kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Alimentação materna exclusiva, 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												
