

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 6



Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses
na USF Vila Nova, Pelotas/RS

Verônica Poersch Gutierrez

Orientador: Denise Bermudez Pereira

Pelotas, 2015.

Verônica Poersch Gutierres

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na USF Vila Nova, Pelotas/RS

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

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

G984q Gutierres, Veronica Poersch

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na USF Vila Nova, Pelotas/RS / Veronica Poersch Gutierres; Denise Bermudez Pereira, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

131 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. Pereira, Denise Bermudez, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho às crianças atendidas pela Unidade de Saúde da Família Vila Nova, que foram o maior propósito deste projeto. Por elas enfrentamos diversas adversidades na execução deste, e tivemos sempre a certeza de que por elas sempre valerá a pena lutarmos por uma saúde pública melhor a cada dia.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que fizeram parte da caminhada de elaboração deste trabalho. Em primeiro lugar ao meu esposo, Pablo Sabbado, que acompanhou diariamente a realização desta pós-graduação, muitas vezes sentindo minha ausência familiar e o *stress* cotidianos acarretado pelo extenso trabalho.

Agradeço também à minha excepcional orientadora enfermeira Denise Bermudez, que com muita paciência e dedicação me orientou e apoiou minha trajetória durante todos os momentos.

Agradeço a todos os colegas da Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Nova que participaram da elaboração e execução deste projeto e também a todos os usuários e familiares.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

Lista de Figuras

- Figura 01. Proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....77
- Figura 02. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....78
- Figura 03. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....80
- Figura 04. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....81
- Figura 05. Proporção de crianças com triagem auditiva inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....82
- Figura 06. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....83
- Figura 07. Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta inscritas na USF Vila Nova que foram cadastradas no programa de puericultura, nos meses de agosto a novembro de 2014. Pelotas/RS.....87

Lista de Abreviaturas e Siglas

Agente Comunitário de Saúde - ACS

Atenção Primária à Saúde – APS

Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Estratégia de Saúde da Família - ESF

Ministério da Saúde – MS

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB

Rio Grande do Sul - RS

Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Sistema Único de Saúde - SUS

Unidade Básica de Saúde – UBS

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Unidade de Pronto Atendimento - UPA

Unidade de Saúde da Família - USF

Sumário

1. Análise Situacional.....	11
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF na USF Vila Nova.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e Metas.....	23
2.2.1. Objetivo Geral.....	23
2.2.2. Objetivos Específicos.....	23
2.2.3. Metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	25
2.3.2 Indicadores.....	53
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma.....	
3. Relatório da Intervenção.....	66
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	68

3.2 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	72
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	75
3.4 Análise da viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isso ocorra.....	75
4. Avaliação da Intervenção.....	76
4.1 Resultados.....	76
4.2 Discussão.....	88
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores.....	90
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	93
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
6. Bibliografia.....	99
Anexos.....	101
Anexo A – Ficha espelho do programa.....	102
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	103
Anexo C – Documento do comitê de ética.....	105
Anexo D – Flyers fornecidos aos pais.....	106
Apêndices.....	126
Apêndice A – Check List da puericultura para enfermagem.....	127
Apêndice B – Ficha de monitoramento pelo enfermeiro.....	128
Apêndice C – Ficha de monitoramento pelo médico.....	130

Resumo

GUTIERRES, Verônica Poersch. **Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na USF Vila Nova, Pelotas/RS**. 2015.131f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Este trabalho visa elucidar o resultado do que foi desenvolvido junto ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O mesmo foi elaborado durante o ano de 2014 e a intervenção de qualificação da Atenção à Saúde da Criança ocorreu na USF Vila Nova, em Pelotas/RS e teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses de idade da área adstrita da USF. Teve ainda como objetivos ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento em puericultura, melhorar a adesão ao programa e a qualidade dos registros das informações, avaliar possíveis crianças em risco e promover à saúde para estes usuários e suas famílias. A intervenção teve a duração de doze semanas. Para que fosse possível o desenvolvimento deste trabalho foi necessário uma reestruturação na unidade de saúde. A equipe necessitou de qualificação para realizar o cuidado conforme o preconizado pelo Protocolo do Ministério da Saúde que foi adotado: Caderno de Atenção Básica número 33. O processo de trabalho foi organizado de forma a facilitar o acesso a todas as crianças, em especial às crianças de risco. Foram adotadas fichas-espelho para a qualificação dos registros, de forma a garantir informações precisas e monitorar o programa. Enfrentamos como as principais dificuldades o mau engajamento da equipe na intervenção e também a não participação do profissional de saúde bucal. Ações de promoção à saúde foram realizadas, como a orientação sobre alimentação saudável e adequada para a idade, realização do teste do pezinho antes dos 7 dias de vida e todas as rotinas segundo o MS. O engajamento público foi reforçado por conversas durante as consultas e divulgação do trabalho pelas Agentes Comunitárias de Saúde, para sensibilizá-los sobre a importância das ações que seriam desenvolvidas, bem como os motivos da priorização do cuidado à criança. Foi possível, com a intervenção, cadastrar 36 crianças no programa, sendo que na área há 79 crianças na faixa etária. Alcançamos, no período, 45,6% de cobertura. Foram ofertadas consultas com avaliação do parâmetro de desenvolvimento físico e psicomotor, bem como imunizações, teste do pezinho, orelhinha e olhinho, administração de suplementos vitamínicos, orientações nutricionais, prevenção de verminoses, prevenção de acidentes na infância, agilidade nos exames laboratoriais, orientações em geral e seguimento do cuidado em puericultura. Assim, conclui-se que a intervenção propiciou uma reorganização da atenção primária na saúde das crianças inscritas no programa. Entretanto, ainda há muito para avançar na qualificação do serviço, mas a partir dos resultados oriundos deste trabalho, será possível continuar em busca de melhorias no cuidado em puericultura.

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

1. Análise Situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Nova

Segundo o conhecimento adquirido na minha formação médica, analiso a situação da ESF no meu serviço como precária, em decorrência dos motivos mencionados a seguir.

Primeiramente, havia carência de profissionais. Quando comecei meu trabalho nesta unidade, no mês de março de 2014, não havia enfermeiro, apenas um técnico de enfermagem. Não há assistente social. Havia apenas um dentista, com carga horária de 20 horas. Há escriturário apenas no turno da manhã. Existem dois médicos, eu com carga horária de 32 horas na USF e outra médica com carga horária de 40h na USF; porém, esta se ausentava com frequência do trabalho por motivos que desconheço e logo entrou em longo período de licença. Esta carência de profissionais gera, conseqüentemente, um menor suporte às necessidades da população local, acarretando descontentamento e distanciamento desta para com a USF e desmoralização de toda a equipe, pois, atendemos uma população rural de cerca de 3.000 habitantes de baixa renda e baixa escolaridade, os quais tem muita dificuldade de buscar atendimento de saúde na zona urbana devido aos custos do transporte e ao tempo de deslocamento. Dessa maneira, buscam na unidade atendimento de todas as suas demandas, o que muitas vezes se torna difícil de darmos suporte.

Como atribuições da equipe temos a recepção dos usuários, realização do cadastramento, organização dos prontuários e recebimento e envio das documentações a cargo do escriturário. A triagem é realizada pelo técnico de enfermagem, bem como as aferições de pressão arterial, dispensação de medicamentos, realização de curativos e puericultura. Como não havia enfermeiro, o pré-natal e puerpério eram realizados por mim. Também estava sob minha responsabilidade a realização das consultas médicas agendadas e de demanda espontânea. As atividades do grupo de hipertensos e diabéticos eram realizadas por toda a equipe, bem como as visitas domiciliares. Não eram realizadas coletas de

exame citopatológico de colo uterino, e as ações de prevenção de câncer de mama eram feitas por mim durante as consultas agendadas.

Em relação às ações da ESF propriamente ditas, eram realizadas consultas médicas para crianças e adultos através de agendamento, puericultura e vacinação com o técnico em enfermagem sem necessidade de agendamento, atendimento médico agendado para as gestantes, grupos de hipertensos e diabéticos em todas as comunidades de abrangência da nossa USF e projeto de acompanhamento de desenvolvimento infanto-juvenil associado à educação em saúde na escola, iniciado por mim.

Trabalhamos junto às nossas 06 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), elo entre USF e comunidade, facilitando a comunicação entre usuário e equipe de saúde, visto as dificuldades de deslocamento até a USF pelas longas distâncias na zona rural. As ACS são encarregadas da captação de dados sobre as famílias, sua acolhida junto à USF, e a manutenção do fluxo contínuo de contato com as famílias de forma a possibilitar um elo constante com a comunidade.

Em segundo lugar, havia uma evidente desorganização e carência de gestão e planejamento da USF em decorrência da falta da figura do enfermeiro, associada a não delegação de outro profissional para assumir a figura do gestor. Isto, no meu ponto de vista, estava gerando também uma menor produção de alguns profissionais por não se sentirem submetidos à supervisão.

Enfrentávamos uma limitação de espaço físico em virtude de estarmos alocados em um prédio que, segundo informações de terceiros, foi construído há cerca de 20 anos e desde então não contava com reformas nem pintura. A fachada da USF, por exemplo, permanecia com o nome de “Unidade Sanitária”. Havia várias paredes mofadas e com a pintura em estado deplorável, o que gerava uma sensação de ambiente sujo, insalubre, inadequado à realização de um atendimento na área da saúde. Havia rachaduras enormes em várias destas paredes, o que deixava toda a equipe em constante preocupação sobre sua segurança ao trabalhar um local que não sabíamos o quanto realmente era seguro. Algumas das instalações elétricas de tomadas e luzes totalmente enjambradas, o que acarretava um perigo constante de curto-circuito elétrico e não suportava o funcionamento de equipamentos de maior consumo como, por exemplo, a autoclave da sala odontológica. Ocorriam frequentes quedas de fornecimento de energia, o que fazia com que os atendimentos fossem realizados em penumbra, comprometendo a

avaliação dos usuários principalmente no exame físico. Algumas das aberturas estavam enferrujadas e emperradas, o que contribuía para o péssimo aspecto da unidade. Havia falta de salas para todos os profissionais, o que fazia com que atendêssemos em locais apertados e inadequados e com armários mofados. Os curativos, a vacinação, a puericultura e a farmácia compartilhavam da mesma sala.

Na sala onde eu atendia não havia como colocar cadeira para o acompanhante, apenas a minha e a do usuário, o que gerava desconforto do acompanhante ao ficar em pé durante todo o atendimento. Muitos usuários idosos se machucavam ao circular pela sala, pois colidiam na ponta dos armários devido à inadequada disposição dos móveis. A estrutura de todos os ambientes da USF não permitia a circulação de cadeirantes, fazendo com que os mesmos fossem carregados no colo até a cadeira ou maca do consultório.

A sala de espera era abafada, e muitos usuários aguardavam atendimento na rua, onde havia a janela do meu consultório, e acabavam por prejudicar a privacidade do usuário que estava sob consulta pois era possível escutar a conversa. Os banheiros eram inadequados e não transmitiam impressão de higiene. No banheiro dos funcionários também eram estocados materiais de limpeza num armário em estado de deterioração e o assento do vaso sanitário estava rachado. No banheiro dos usuários havia um acúmulo de escadas, vassoura e alguns entulhos, gerando um péssimo aspecto, além de a iluminação com uma lâmpada pendurada ao teto com fios aparentes. Frequentemente haviam teias e aranhas e insetos como baratas e pernilongos na USF.

A maior dificuldade que encontrei na minha USF foi me deparar com uma equipe totalmente desmotivada pela falta de recursos e péssima estrutura da USF. Nenhum profissional se sentirá bem trabalhando num local assim. Acredito que nós, profissionais, temos que ser a mola propulsora do engajamento no nosso ambiente de trabalho; porém, em algumas situações como esta nós mesmos acabamos "desistindo" frente a tantos apelos aos órgãos públicos e sem perceber nenhuma mudança. Estive tentando resgatar a motivação nos meus colegas todos os dias.

Muitos de nossos usuários não entendem o trabalho de saúde da família na ESF, visam apenas uma medicina puramente curativa. Consultam em vários lugares, sem nenhum acompanhamento verdadeiro, e buscam a USF apenas para receber os medicamentos e exigir renovação de receitas. Estamos tentando, através dos espaços dos grupos, modificar este pensamento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Pelotas/RS conta com, aproximadamente, 330 mil habitantes. O sistema de saúde está organizado com 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de modelo tradicional, 31 UBS que contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), 1 Centro de Especialidades (CE) com sala de vacinas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 5 hospitais, sendo que 4 oferecem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 1 pronto-socorro. Possui ainda um pronto atendimento ambulatorial adulto 24 horas, para urgências de baixa gravidade e uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI). O atendimento ambulatorial especializado está centrado em 2 polos universitários e 1 polo municipal, há diversas especialidades, porém em virtude da grande demanda de usuários e pouca oferta de profissionais, devido à má remuneração, há uma grande fila de espera podendo chegar há anos para algumas especialidades. São oferecidos diversos tipos de exames complementares, alguns com fácil acesso ao usuário, outros, mais caros, com filas de espera que chegam há 2 anos como, por exemplo, ressonâncias magnéticas e colonoscopias. Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), está em fase inicial de construção.

O meu trabalho está sendo desenvolvido na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Vila Nova, localizada na zona rural, 7º distrito de Pelotas. Não há vínculo com instituições de ensino para atendimento à população de abrangência da ESF. Atualmente o serviço dispõe de uma equipe formada por 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 dentista, 1 recepcionista para o turno da manhã e 2 médicos, estando o técnico de enfermagem em período de licença.

Durante os meses de março a dezembro de 2014, permanecemos enfrentando uma limitação de espaço físico em virtude de estarmos alocados em um prédio que, segundo informações, foi construído acerca de 20 anos e que apresentava todas as más condições já relatadas. É imprescindível que ocorra a reforma/ampliação deste serviço de saúde, nos moldes do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. No mês de dezembro a USF foi realocada para um prédio alugado, segundo informações, por um período de aproximadamente um ano onde será reformado o antigo prédio. Todavia, a situação permanece muito precária; uma

vez que a Secretaria Municipal de Saúde não disponibilizou as divisórias internas para as salas e estamos realizando atendimento em um salão, onde não há nenhuma divisa de consultório. Isto tem acarretado um enorme prejuízo à privacidade dos usuários e à manutenção do sigilo às consultas; e também impedindo a realização de exame físico que necessite exposição do usuário, já que este estaria sujeito a ser visto pelas demais pessoas do local.

Há uma grande problemática em relação aos medicamentos básicos fornecidos à população pela secretaria municipal de saúde; dos que são disponibilizados para o serviço muitos estão em falta, o que compromete a resolução de muitos casos como, por exemplo, a atual falta de amoxicilina para uso pediátrico. Outros, de disponibilização na farmácia municipal, se tornam de difícil acesso para os usuários da zona rural, uma vez que há um custo de R\$ 10,00 por cada passagem para deslocamento até a zona urbana.

Nossa equipe realiza atendimentos em todas as linhas do cuidado de saúde da família abrangendo ações de prevenção e curativas. Realizamos pré-natal de baixo risco, puericultura, atendimento à saúde da mulher, grupos de hipertensos e diabéticos, oficina terapêutica de convívio para usuários, triagem para urgências, visitas domiciliares, e atendimento em forma de consultas para todos os usuários. Nossa principal dificuldade é dar conta de toda a demanda de consultas, principalmente para os adultos, uma vez que atualmente eu sou a única médica da ESF e tenho carga horária de 32 horas.

Infelizmente não há dados de monitoramento que permita aferir a cobertura dos programas desenvolvidos pela unidade nem a adesão a estes. Também não há monitoramento das ações de cada linha de cuidado conforme os protocolos do Ministério da Saúde, desta forma não é possível estabelecer corretamente o grau de qualidade das ações desenvolvidas. Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas foi solicitado informações à equipe que possibilitaram estimar, com possibilidade de erro, que possuíamos as seguintes coberturas:

- 09% das gestantes acompanhadas pela USF
- 44% das puérperas acompanhadas na unidade
- 44% das crianças menores de um ano acompanhadas na USF
- 25% das mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero

- 48% das mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na USF para prevenção de câncer de mama
- 47% do total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na USF
- 28% do total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na USF
- 44% do total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS

A população atendida pela nossa ESF abrange cerca de 3.000 pessoas, com perfil, em sua maioria, de agricultores de baixa renda e pouca escolaridade que praticamente nascem, crescem e morrem na zona rural. A grande maioria dos usuários vai à zona urbana apenas duas vezes por mês. Não há farmácia na comunidade. Há duas escolas apenas de ensino fundamental na comunidade. Não há creches nem pré-escola em toda a zona rural de Pelotas. De acordo com nosso perfil populacional acredito que o serviço deveria ser mais “resolutivo” para a população, evitando idas à zona urbana para retirada de medicamentos na farmácia municipal, com coleta de mais tipos de exames laboratoriais na zona rural, com uma melhor infraestrutura para atendimentos de urgência que não necessitariam ser encaminhados ao pronto-socorro como suturas, crises asmáticas, hipoglicemias ou hiperglicemias, etc. A grande maioria dos usuários não tem carro próprio, e o sistema de transporte coletivo é precário com poucos horários de idas e voltas para a zona urbana.

A atenção à demanda espontânea tem sido manejada através do acolhimento de enfermagem, sendo estabelecido como principal critério ser a demanda gerada por causa aguda ou crônica. Para demandas como dores, febre, picos hipertensivos, etc, é realizado atendimento médico imediato. Para queixas não caracterizadas como urgências é orientado ao usuário agendar consulta. Há também uma enorme demanda por receitas, em especial de psicofármacos, que é manejada observando-se a periodicidade de consultas do usuário e se este tem seu quadro estável ou não, não sendo fornecidas receitas para usuários que não compareceram às reavaliações, que estão há um longo período sem ser reavaliados, ou que nunca foram avaliados por mim. Conforme já elucidado, a maior dificuldade de manejo da demanda espontânea se dá pelo excesso de demanda de consultas para os adultos

e pouco tempo hábil para realizá-las sem sacrificar as outras linhas do cuidado à saúde da família.

As ações desenvolvidas à saúde da criança foram, por muitos anos, realizadas pelo técnico em enfermagem, sem uso de protocolo técnico ou fluxograma específico. Consistia de uma puericultura bem simples, basicamente com antropometria e imunizações. Os dados eram anotados no prontuário e em uma ficha específica de puericultura, pobre em informações, além da caderneta da criança. Não havia nenhum monitoramento destas ações. Com o ingresso da enfermeira na equipe e com a minha insistência, houve uma modificação no perfil da puericultura. Esta passou a abranger, principalmente, a consulta na primeira semana de vida da criança, o que sabemos ser indispensável, além das orientações alimentares. Em virtude da precária puericultura que era desenvolvida na USF, a grande maioria das crianças comparecia apenas para vacinação e fazia acompanhamento com pediatra particular. Havia pouquíssimo atendimento médico às crianças, basicamente se restringindo aos casos de doença. Atualmente, a principal dificuldade que encontramos é refazer o conceito da população em relação à qualidade da puericultura oferecida na USF e resgatar as crianças da comunidade para acompanhamento periódico. Este será um grande desafio.

O atendimento à gestante e à puérpera é realizado, na maioria das vezes, pela enfermeira, consistindo de consultas sequenciais de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Há adequado registro das informações na carteira da gestante e ficha-espelho. A participação médica no atendimento das gestantes se dá sempre que solicitado pela colega enfermeira e em casos de adversidades. Não há grupo de gestantes, porém, as gestantes são constantemente monitoradas, havendo busca ativa pelas ACS em caso de abandono ou atraso nas consultas e um bom apoio do serviço de referência em Pelotas nos casos em que se apresenta alguma adversidade durante o pré-natal. Em geral há uma boa adesão das gestantes da comunidade ao acompanhamento na USF.

Os enfoques de prevenção ao câncer de colo do útero e controle do câncer de mama são realizados pela enfermeira conforme protocolos do Ministério da Saúde, através de consultas agendadas. Há participação médica nos casos que requerem prescrição de medicamentos ou avaliação de doenças. Há registro das ações no prontuário do usuário. Não há ficha-espelho específica, porém os resultados dos exames são anotados em um caderno que facilita a busca dos

usuários quando necessário. A maior dificuldade encontrada na saúde da mulher é a demora na realização dos exames de mamografia e ultrassonografia mamária pelo SUS. Encontramos também uma restrição na resolução de muitos casos de vulvovaginites em virtude de não dispormos de microscópio na unidade. Em geral há uma boa adesão dos usuários da comunidade. Infelizmente, não há ações de educação em saúde com enfoque na saúde da mulher.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos são realizados, praticamente em todas as quartas-feiras, grupos de HIPERDIA (promoção à saúde) nas diferentes comunidades abrangidas pela USF. Nestas reuniões são realizadas a aferição da pressão arterial e do peso, distribuição de medicamentos, ações de educação em saúde e atividades lúdicas. Todos os profissionais da saúde da USF participam destas atividades. Há monitoramento em registro específico dos valores aferidos de pressão arterial em cada usuário e dos medicamentos em uso por cada um. É realizada uma supervisão dos exames de rotina de cada membro do grupo, conforme suas patologias. O grupo não visa atendimento em forma de consulta, uma vez que o mesmo se realiza fora das dependências da USF onde não há os prontuários disponíveis. Para necessidades deste tipo, os usuários são orientados a agendar consulta no serviço.

A saúde do idoso apresenta carência de ações da USF. Não há ações específicas para esse grupo populacional. Há participação de muitos idosos nos grupos HIPERDIA, porém não há um enfoque específico a eles. Em virtude da grande demanda de consultas para um só médico e do padrão de agendamento que já estava estruturado na USF, não há agendamento prioritário aos idosos, o que considero uma das grandes problemáticas da USF. Conforme relatos de membros da equipe já houve tentativas de agendamento via telefone, porém, infelizmente, com favorecimento de alguns usuários em detrimento de outros. Desta forma, optou-se por agendamento semanal na forma presencial; o que desfavorece os idosos em virtude das filas que muitas vezes iniciam ainda na madrugada. Para compensar este desequilíbrio, a equipe procura estar sempre atenta em situações de maior gravidade envolvendo idosos, as quais são abordadas em consultas extras ou visitas domiciliares.

Os maiores desafios que encontrei na USF foram a mudança no perfil

do atendimento à saúde da criança e no atendimento à saúde mental. Uma das principais dificuldades no desenvolvimento do programa de saúde da criança foi a resistência da equipe em trabalhar de forma mais abrangente, uma vez que exige maior dedicação do profissional e consultas mais longas. Em relação à saúde mental, no começo houve bastante resistência da comunidade em ter que realizar consultas periódicas de reavaliação do seu estado psicológico e revisão de medicações; porém, com o passar do tempo essa resistência já diminuiu bastante e os usuários passaram a reconhecer a importância desta forma de trabalho.

1.3. Comentário comparativo entre o texto escrito na ambientação e o Relatório da Análise Situacional

Comparativamente, no relatório são mencionados diversos aspectos da USF que melhoraram após a entrada de um enfermeiro na composição da equipe, profissional que estava em carência na época em que escrevi o texto na ambientação. As questões referentes ao espaço físico, mesmo com a mudança para o prédio alugado, e a limitação pela carência de medicamentos e insumos permanece complicada; fato que continua a deixar a equipe desmotivada. Muitos de nossos usuários ainda não entendem o trabalho de “estratégia de saúde” na ESF, e permanecem visando apenas uma medicina puramente curativa. Consultam em vários lugares, sem nenhum acompanhamento verdadeiro, e buscam a USF apenas para receber os medicamentos, exigirem renovação de receitas e “troca” de pedidos de exames gerados de consultas particulares para realizarem os mesmos pelo SUS. Contudo, acredito que foram estabelecidas algumas regras claras na USF, o que inicialmente foi difícil, mas atualmente os usuários passaram a entender melhor o sistema de trabalho. Não há mais, por exemplo, insistência em pedir receitas para usuários que nunca foram avaliados por mim. Embora seja difícil habituar a comunidade às “novas regras”, percebemos que já houve uma considerável mudança em alguns padrões errôneos a que estavam acostumados.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nos últimos anos foi possível observar uma significativa queda da mortalidade infantil em virtude das ações referentes à saúde da criança.

Entretanto, a meta de garantir a todas as crianças brasileiras o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem muitas desigualdades sociais e limitações culturais. Tendo em vista que a maior parte das mortes em crianças é no primeiro ano de vida, ações dos serviços de saúde tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN), constituem uma importante estratégia voltada à saúde da criança em nosso país. De nada adiantará o esforço para a sobrevivência de todos os RN nas maternidades sem um processo adequado de seu encaminhamento para a continuidade dos cuidados dessas crianças, seja em ambulatórios especializados ou na Atenção Primária à Saúde (APS). Este processo se inicia na maternidade, mas na APS continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança onde se aborda o binômio mãe e RN no contexto da família e mais próximo ao seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Na APS são abordados importantes pilares que sustentarão uma boa saúde destas crianças, entre eles o apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Com o crescimento da criança, deve-se realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, orientação nutricional, profilaxia contra doenças e apoio familiar com um olhar biopsicossocial para as condições do contexto de saúde e de vida de todos (BRASIL, 2012). Dessa forma, justifico a escolha do meu foco através da necessidade de organizar e/ou atualizar o processo de trabalho e os processos em educação permanente, com vistas a contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças no âmbito da atenção básica em rede.

O projeto será implementado na Unidade Básica de Saúde Vila Nova, unidade da zona rural do sétimo distrito de pelotas. A unidade consta atualmente, infelizmente, com uma estrutura física bastante precária; com paredes bastante mofadas, piso descascando e irregular. O prédio apresenta rachaduras em várias peças e tem instalações elétricas enjambradas. A população aguarda há mais de

seis anos o início dos trâmites para a construção de um novo prédio para abrigar a estrutura de uma nova USF. Atualmente a equipe é composta por mim, uma outra médica que estará ainda em licença durante o período de intervenção do projeto, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma higienizadora, uma recepcionista apenas no turno da manhã, e seis agentes comunitários de saúde. A USF contempla o Programa de Estratégia de Saúde da Família, abrangendo uma população de cerca de três mil pessoas em sua maioria com baixa renda e baixa escolaridade.

Quando comecei a trabalhar na unidade ainda não contávamos com nenhum profissional enfermeiro, e a puericultura era realizada pelo técnico de enfermagem com quase nenhuma participação da médica da unidade, basicamente se restringindo aos casos de doença. Não era baseado em nenhum protocolo técnico ou fluxograma específico. Consistia de uma puericultura bem simples, basicamente com antropometria e imunizações com anotações no prontuário e em uma ficha específica de puericultura, pobre em informações, além da caderneta da criança. Não havia nenhum monitoramento destas ações. Com o ingresso da enfermeira na equipe e com a minha insistência, esta passou a abranger, principalmente, a consulta na primeira semana de vida da criança, além das orientações alimentares. Em virtude da precária puericultura que era desenvolvida na USF, a grande maioria das crianças comparecia apenas para vacinação e fazia acompanhamento com pediatra particular.

Atualmente a puericultura é realizada em conjunto por mim, pela enfermeira e o técnico de enfermagem. Já ampliamos e aperfeiçoamos a qualidade da puericultura em vários aspectos, mais há bastante para melhorar.

A população-alvo do projeto abrange crianças em sua maioria vindas de famílias de agricultores e produtores de fumo. Não possuímos contabilização de dados de cobertura e adesão desta linha de cuidado. Embasado na impressão que obtive durante as reuniões de equipe e pelas fichas de puericultura que encontrei na USF, acredito que puericultura propriamente dita era realizada em cerca de 30% das crianças da comunidade ou menos. Estas famílias em geral apresentam um perfil de baixa renda. Uma parcela destas famílias apresenta um melhor poder aquisitivo e dispõe de convênio de saúde, e as crianças consultam com pediatras na zona urbana, praticamente não indo à USF. A grande maioria das crianças entre 0 e 72 meses realiza apenas vacinação na USF e poucas aferições de peso, comprimento

e perímetro cefálico. Não havia na unidade um controle de cobertura de puericultura, por este motivo não é possível mensurar a mesma com certeza.

Existem áreas que recentemente receberam cobertura de agentes de saúde, e que ainda possuem usuários não cadastrados, não permitindo contabilizar com fidelidade o número total de crianças entre 0 e 72 meses em toda a área de cobertura da USF. As ações de promoção à saúde já desenvolvidas na comunidade abrangem o incentivo à amamentação, estímulo à vacinação das crianças, orientações alimentares e observação das crianças com perfil de risco na comunidade. Uma grande dificuldade que encontramos é quanto a adesão ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, em virtude de questões culturais a grande maioria das crianças inicia alimentação com papinhas já com 3 ou 4 meses, e de chá até com 1 mês.

Vejo como o principal motivo da implementação deste projeto o resgate da realização de uma puericultura na USF de acordo com os padrões e protocolos orientados pelo Ministério da Saúde, ampliação de sua cobertura a qual estimamos ser baixa, e melhora da adesão através da recuperação da credibilidade da USF perante o cuidado infantil na comunidade; trazendo as crianças para um constante acompanhamento de saúde e prevenção de doenças em vez de apenas atendimentos pontuais para queixas curativas agudas.

Para o bom funcionamento do projeto e sua manutenção posterior, será necessário o engajamento de toda a equipe. Acredito que as principais limitações que encontraremos serão em relação à recuperação da credibilidade da USF e quanto ao engajamento dos profissionais da equipe e sua qualificação técnica. A realização da intervenção é plenamente viável na USF, uma vez que, embora não tenhamos uma estrutura física ideal e disponibilizamos de pouco tempo para nos dedicarmos à puericultura em virtude da grande demanda de consulta por parte dos adultos; dispomos de equipe suficiente para iniciarmos uma mudança no perfil de atendimento à saúde da criança. Por se tratar de zona rural, um bom atendimento à saúde da criança é de extrema importância, pois muitas vezes as comorbidades são tardiamente diagnosticadas pela demora em ser notada pela família e atraso até uma consulta médica com especialista. Com certeza as crianças seriam beneficiadas com um acompanhamento mais frequente e um olhar atento ao seu crescimento e desenvolvimento; evitando consultas desnecessárias na zona urbana

que muitas vezes perdem o seguimento por dificuldades financeiras e/ou dificuldades de deslocamento.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses pertencentes à Unidade Básica de Saúde Vila nova, no município de Pelotas/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde da Criança;
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
6. Promover a saúde das crianças.

2.2.3 Metas

Relativa ao objetivo específico 1:

1. 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da USF.
2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da USF.

Relativas ao objetivo específico 2:

3. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
4. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
5. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
6. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
7. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
8. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
9. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
10. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
11. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
12. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.
13. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na USF
14. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.
15. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo específico 3:

16. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
17. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.
18. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Relativas ao objetivo específico 4:

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

20. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo específico 5:

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

Relativas ao objetivo específico 6:

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

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

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

25. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

26. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

27. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

28. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na USF Vila Nova, no município de Pelotas/RS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para o alcance das metas a equipe realizará as ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

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

Meta 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da USF.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

*Detalhamento: Durante as 12 semanas de intervenção será realizado monitoramento mensal do número de crianças cadastradas no programa pelo enfermeiro da USF, com contribuição e constante olhar atento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação às novas crianças na área de abrangência da USF. O monitoramento se dará através da avaliação das fichas-espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

*Detalhamento: Todas as crianças na faixa etária do programa serão cadastradas no programa através da ficha-espelho (registro específico). As agendas dos profissionais que irão realizar a puericultura serão organizadas para acolher o maior número de crianças que procurarem o serviço. A USF acolherá essas crianças de forma organizada, tentando sempre agendá-las para os dias já estabelecidos de atendimento

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: No período de intervenção serão prestados esclarecimentos à comunidade sobre a importância da realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre a periodicidade recomendada entre as consultas. Esses esclarecimentos serão prestados por toda a

equipe de saúde da unidade durante os atendimentos, por meio das ACS ao visitarem as famílias e também por meio de cartazes e folders expostos no serviço.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*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.

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

*Detalhamento: Durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na USF, visando a melhor orientação sobre suas atribuições e acolhimento dessa demanda. Durante as capacitações será dado enfoque sobre as orientações adequadas que a comunidade deve receber em relação ao programa de saúde da criança. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões semanais de equipe.

Meta 2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da USF.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança periodicamente.

*Detalhamento: O monitoramento se dará através da avaliação das fichas-espelho de saúde bucal, das crianças cadastradas no programa, que serão revisadas mensalmente pelo odontólogo.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

*Ação: Organizar a agenda para as consultas programáticas.

*Ação: Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS.

*Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

*Detalhamento: Será solicitado aos ACS a lista das crianças na faixa etária do programa. O odontólogo deverá organizar sua agenda para acolher as crianças nas consultas programáticas. Como de rotina, os ACS vão prosseguir com as visitas domiciliares mensais às famílias com crianças. Durante as reuniões de equipe espera-se conseguir espaço para discutir os resultados encontrados na cobertura do programa.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade.

*Ação: Informar a comunidade sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS.

*Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

*Detalhamento: Neste período de intervenção serão prestados esclarecimentos à comunidade sobre a importância da realização da consulta da criança a partir dos 6 meses de vida, bem como sobre a forma de agendamento das consultas. Esses esclarecimentos serão prestados por toda a equipe de saúde da unidade durante os atendimentos, nas visitas mensais das ACS e também por meio de cartazes e folders. Nas reuniões de equipe pretende-se discutir a melhor forma para se comunicar com a comunidade.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos 6 meses de idade.

*Ação: Capacitar os ACS para informar às famílias das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS da necessidade de realização da primeira consulta odontológica

*Detalhamento: Durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na USF, visando a melhor orientação sobre o programa. Espera-se a colaboração do colega odontólogo nessas capacitações.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 3 - Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, a ser realizado pelo enfermeiro, juntamente com as informações de nascimentos trazidas pelos ACS. Será utilizada a ficha-espelho do programa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizada busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, a ser feito pelos ACS, após serem informados dos casos pelo enfermeiro.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

*Detalhamento: Buscaremos informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, iniciando com a conversa sobre puericultura já durante o pré-natal pelo enfermeiro e, posteriormente, por toda a equipe e através de cartazes, orientações dadas pelos agentes comunitários de saúde em domicílio.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*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.

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

*Detalhamento: Como já apontado, durante os três meses de intervenção, serão realizadas capacitações aos profissionais na USF. Entre os temas abordados, estará o acolhimento e adoção dos protocolos oficiais. Também será abordado a importância de informações precisas sobre o funcionamento do programa no serviço. Essas capacitações serão feitas durante as reuniões semanais de equipe.

Meta 4 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Meta 5 - Monitorar 100% das crianças com déficit de peso

Meta 6 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, bem como as crianças com déficit ou excesso de peso.

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, daquelas com déficit ou excesso de peso, a ser realizado pelo enfermeiro através dos registros das consultas de puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

*Detalhamento: Procurar-se-á garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Será solicitado pelo chefe da USF à secretaria municipal de saúde a fim de tentar garantir material adequado para a antropometria nas consultas de puericultura. Será disponibilizada

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

Em termos de engajamento público, propomos:

*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.

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

*Detalhamento: Serão dadas orientações aos pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; também será orientado aos pais/responsáveis a forma correta de interpretar as curvas de crescimento. Tais orientações serão realizadas através de conversas, panfletos, etc., durante a puericultura pelo profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Ação: Padronizar a equipe.

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

*Detalhamento: Realizar-se-á treinamento sobre as técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas, pelo enfermeiro, aos profissionais envolvidos nesta etapa da puericultura, para padronização de condutas da equipe. Será provida capacitação da equipe sobre o preenchimento e interpretação das curvas do cartão da criança; a ser realizada por mim e/ou outros profissionais caso desejem, por meio de conversas, seminários, etc, durante reuniões de equipe a se realizarem no início do projeto e durante o seu transcorrer.

Meta 7 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, a ser realizado por mim em conjunto com a equipe, através dos dados das consultas de puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Será providenciado encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, a ser realizado por mim mediante necessidades identificadas em minhas avaliações ou avaliações da equipe.

Em termos de engajamento público, propomos:

*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.

*Ação: Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

*Detalhamento: Serão dadas orientações aos pais e responsáveis sobre as condutas esperadas nas consultas e sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; a ser realizado através de conversas, panfletos, etc., durante a puericultura pelo profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

*Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento; a ser realizada por mim e/ou outros profissionais caso desejem, por meio de conversas, seminários, etc, durante reuniões de equipe a se realizarem no início do projeto e durante o seu transcorrer.

Meta 8 – Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças com vacinas atrasadas ou com vacinação incompleta ao final da puericultura, a ser realizado pelo enfermeiro da unidade.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

*Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

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

*Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

*Detalhamento: Buscaremos garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, através de solicitações feitas pelo chefe da USF. Garantiremos atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem. Será mantido o controle da cadeia de frio, a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem. Será feita manutenção mensal do adequado controle de estoque para evitar falta de vacinas e monitorar as datas de vencimento do estoque pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Será feita orientação dos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, a ser realizado através de conversas durante a puericultura pelo profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, a ser realizado pelo enfermeiro da unidade, durante reunião de equipe.

Meta 9 – Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, mediante anotações geradas nas consultas de puericultura e garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

*Detalhamento: Será solicitado ao chefe do serviço a solicitação e controle de estoque da medicação, a fim de estar sempre disponível para dispensação.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Será fornecida orientação dos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem durante as consultas de puericultura.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Buscarei estar atualizada perante as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, através de estudo dos protocolos.

Meta 10 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, mediante anotações geradas nas consultas de puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Serão feitas tentativas de garantir, junto ao gestor, a realização de teste auditivo, a serem realizadas pelo chefe da USF em casos onde se observe dificuldade em realizar o exame.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Será fornecida orientação aos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem durante as consultas de puericultura.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Buscarei estar atualizada perante as recomendações da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, por meio de leituras.

Meta 11 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do percentual de crianças que realizaram teste do pezinho pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, mediante anotações geradas nas consultas de puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Serão feitas tentativas de garantir, junto ao gestor, o material adequado para realização do teste do pezinho, solicitações essas a serem realizadas pelo chefe da USF em casos onde se observe dificuldade em realizar o exame.

Em termos de engajamento público, propomos:

*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: Buscaremos a orientação da comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, a ser feita pelo enfermeiro nas consultas de pré-natal e por toda a equipe através de cartazes, conversas, mini palestras, etc.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*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: Será verificado pelo chefe da USF se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciaremos a devida capacitação.

Meta 12 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizada monitorização da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência, a ser realizado pelo profissional de enfermagem que executar a puericultura e encaminhado para agendamento de consulta de saúde bucal.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

*Detalhamento: Será realizado acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, pelo enfermeiro da unidade, através de conversa com o cuidador e posterior agendamento para sequência de seguimento de consultas.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Buscaremos a informação da comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, a ser realizado na puericultura pelo enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, a ser realizado pelo profissional de saúde bucal da unidade.

Meta 13 – Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na USF

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática.

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal das crianças de 6 a 72 meses de idade, que necessitavam e realizaram a consulta odontológica, pelo profissional odontólogo por meio da ficha-espelho do programa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento.

*Ação: Agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade.

*Detalhamento: Será discutido com o colega odontólogo para que priorize as crianças que necessitavam de consulta odontológica bem como providencie tais agendamentos.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações aos pais/responsáveis para que compreendam que a avaliação odontológica não significa o mesmo que consulta programática.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

*Ação: Revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento.

*Ação: Capacitar os odontólogos no manejo do usuário infantil

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe para orientação adequada à comunidade. Pretende-se revisar os protocolos de atendimento e capacitar os odontólogos em reunião de equipe.

Meta 14 – Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática.

*Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal das crianças que realizaram a primeira consulta odontológica através da ficha-espelho do programa, pelo colega odontólogo.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento.

*Ação: Agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade.

*Detalhamento: Será discutido com o colega odontólogo para que priorize as crianças que necessitavam de consulta odontológica bem como providencie tais agendamentos, a partir da identificação de tal necessidade.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações aos pais/responsáveis para que realizem a consulta programática, explicando a importância.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Treinar a equipe e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

*Ação: Revisar com os odontólogos os principais protocolos de atendimento.

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe, principalmente dos ACS, para orientação adequada à comunidade. Pretende-se revisar os protocolos de atendimento com os odontólogos em reunião de equipe.

Meta 15 – Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído.

*Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal das crianças que seu tratamento dentário, através da ficha-espelho do programa, pelo colega odontólogo.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

*Detalhamento: Será discutido com o colega odontólogo para que organize sua agenda de forma a incluir as crianças faltosas, buscadas pelos ACS.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário.

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações aos pais/responsáveis para que realizem todas as consultas que forem solicitadas, explicitando os motivos.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária.

*Ação: Capacitar os profissionais para o manejo da criança.

*Ação: capacitar a equipe de saúde para monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

*Detalhamento: Será provida capacitação da equipe, nos aspectos referentes a diagnóstico e tratamento das principais alterações bucais, bem como sobre a forma de manejar a criança. A equipe será capacitada também para monitorar a adesão ao tratamento, pelo profissional odontólogo.

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

Meta 16 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

*Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

*Detalhamento: Será realizado, mensalmente, monitoramento do cumprimento da periodicidade, número médio das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) pelos profissionais de enfermagem da USF. E será realizado monitoramento das buscas as crianças faltosas, a ser identificado pelo profissional de enfermagem e comunicado às ACS para busca ativa.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

*Detalhamento: As visitas domiciliares para as buscas de faltosas serão organizadas pelo enfermeiro e realizadas pelas ACS, que já levarão, em mãos, a data da nova consulta.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da criança no serviço de saúde. Também haverá esclarecimentos em sala de espera e mini palestras, ministradas pela médica e pela enfermeira.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será provida capacitação das ACS, organizada pela enfermeira, para que identifiquem crianças atrasadas sabendo realizar a leitura da caderneta da criança.

Meta 17 - Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta 18 - Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia).

*Ação: Monitorar as buscas às crianças faltosas.

*Detalhamento: o colega odontólogo deverá monitorar, mensalmente, a frequência à primeira consulta odontológica, pela ficha espelho, bem como as buscas às faltosas.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e subsequentes).

*Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

*Detalhamento: Juntamente com os ACS, o odontólogo deverá providenciar uma listagem das crianças faltosas. As visitas domiciliares para as buscas de faltosas serão organizadas pelo odontólogo e realizadas pelas ACS, que já levarão, em mãos, a data da nova consulta.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança.

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, a equipe irá fornecer orientações à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança. Também haverá esclarecimentos em sala de espera e mini palestras, ministradas pelo odontólogo.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: capacitar a equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas.

*Detalhamento: Durante as capacitações previstas em reunião de equipe, será abordado o aspecto de identificação de crianças atrasadas, para que todos estejam aptos na identificação.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 19 - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, a ser feito pelos profissionais que realizarem a puericultura.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Preencher Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/folha de acompanhamento.

*Ação: Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

*Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

*Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

*Detalhamento: Todos os profissionais envolvidos com a saúde da criança vão utilizar a ficha-espelho do programa, que será implantada, responsabilizando-se pelos registros adequados. O SIAB será preenchido pela enfermeira com os dados dos ACS e do programa.

Em termos de engajamento público, propomos:

*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: No momento da consulta, em sala de espera e/ou durante as visitas domiciliares a comunidade será orientada sobre seus direitos em relação aos registros.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será provido treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, a ser feito por mim e pelo enfermeiro da unidade em reuniões de equipe.

Meta 20 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS.

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal dos registros de todos os acompanhamentos de saúde bucal da criança na unidade de saúde, a ser feito pelo odontólogo.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

*Ação: Implantar registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das

crianças (tipo ficha espelho da Caderneta da Criança) para os atendimentos odontológicos.

*Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos.

*Detalhamento: O odontólogo deverá implantar e utilizar a ficha-espelho do programa (de saúde bucal), responsabilizando-se pelos registros adequados. O SIAB será preenchido pela enfermeira com os dados dos ACS e do programa.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

*Detalhamento: No momento da consulta, em sala de espera e/ou durante as visitas domiciliares a comunidade será orientada sobre seus direitos em relação aos registros.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

*Detalhamento: A equipe deverá receber a capacitação acerca dos registros de saúde bucal, com o envolvimento do odontólogo e demais colegas de equipe, a ser realizada em reunião de equipe.

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

Meta 21 - Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento quinzenal do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, a ser realizado pelo enfermeiro da USF e comunicado a mim os casos que necessitem intervenção médica.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

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

*Detalhamento: Será ofertado atendimento prioritário às crianças de 0 a 72 meses de idade que apresentem algum fator de risco, a ser realizado por toda a equipe mediante análise das situações específicas de necessidades diferenciadas, visando a equidade. Na ficha-espelho de tais crianças, será assinalado o risco, com marca texto ou outro tipo de marcação, para que fique visível a todos colegas.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Será provido fornecimento de orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, a ser realizado por toda a equipe através de conversas em consultas ou sala de espera, folders, palestras, etc.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

*Detalhamento: Será provida capacitação dos profissionais da USF na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, a ser feita por mim e pelo profissional enfermeiro durante as reuniões de equipe.

Objetivo 6 - Promover a saúde das crianças.

Meta 22 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

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

*Detalhamento: Será realizado monitoramento mensal do registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário e/ou ficha espelho, a ser realizado pelo enfermeiro da unidade.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Em reunião de equipe será definido o papel de todos os membros da equipe na prevenção de acidentes na infância, a ser cumprido durante suas rotinas de atendimento ao público infantil.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Em consultas clínicas de qualquer profissional de saúde, durante as visitas domiciliares e em sala de espera serão fornecidas orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será provida capacitação aos profissionais da USF abordando a prevenção de acidentes na infância.

Meta 23 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

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

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

*Detalhamento: Será realizado, pelo enfermeiro da USF, o monitoramento mensal do percentual de crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, além das atividades de educação em saúde, pelo registro das consultas em prontuário e/ou ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Discutir com a equipe, no espaço das reuniões, o papel de cada profissional na promoção do aleitamento materno e os momentos propícios para tais orientações.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares, será abordada a importância do aleitamento materno.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Será definido o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno em reunião de equipe, capacitando a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega" e conscientizando a equipe que o trabalho de todos é importante e necessário para obtenção de bons resultados.

Meta 24 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

*Detalhamento: As orientações registradas serão monitoradas mensalmente, pela enfermeira da USF, através do registro das informações na ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional da criança através de conversas com a mãe e a

sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, conforme sua faixa etária.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Durante as consultas de puericultura, atividades em sala de espera ou visitas domiciliares, será abordada a importância alimentação adequada em cada faixa etária.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: A médica deverá capacitar a equipe para realização das orientações adequadas no que tange aos aspectos nutricionais, a ser realizada em reunião de equipe.

Meta 25 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

*Detalhamento: As atividades educativas serão monitoradas mensalmente, pelo odontólogo com o apoio da equipe da USF, através do registro das informações na ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

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

*Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

*Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na organização desse tipo de atividade de promoção à saúde, de forma que todos colaborem na identificação e organização do material necessário. Essa discussão será feita em reunião de equipe.

Em termos de engajamento público, propomos:

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

*Detalhamento: Buscaremos esclarecer à comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, durante consultas de puericultura e atividades em sala de espera.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

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

*Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais da USF serão capacitados no que tange as ações de promoção à saúde da criança.

Meta 26 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

*Detalhamento: Os registros de orientações serão monitorados mensalmente, pelo odontólogo com o apoio da equipe da USF, através das informações contidas na ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal.

*Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na orientação à saúde bucal da criança, de forma que todos colaborem. Essa discussão será feita em reunião de equipe.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças.

*Detalhamento: Buscaremos esclarecer à comunidade sobre a importância de valorizar a higiene bucal, durante consultas de puericultura e atividades em sala de espera.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança.

*Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais da USF serão capacitados no que tange a adequada higiene bucal da criança.

Meta 27 - Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar os registros de orientação sobre dieta aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

*Detalhamento: Os registros de orientações sobre dieta serão monitorados mensalmente, pelo odontólogo com o apoio da equipe da USF, através das informações contidas na ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre dieta.

*Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na orientação sobre a dieta da criança, de forma que todos colaborem. Essa discussão será feita em reunião de equipe.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças.

*Detalhamento: Buscaremos esclarecer à comunidade sobre a importância de manter uma dieta adequada para a saúde bucal da criança, durante consultas de puericultura e atividades em sala de espera.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre dieta conforme a idade da criança.

*Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais envolvidos com o programa serão capacitados no que tange a dieta adequada às crianças.

Meta 28 - Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática

Em termos de monitoramento e avaliação, propomos:

*Ação: Monitorar os registros de orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

*Detalhamento: Os registros de orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias fornecidas aos responsáveis pelas crianças serão monitorados mensalmente, pelo odontólogo com o apoio da equipe da USF, através das informações contidas na ficha espelho.

Em termos de organização e gestão do serviço, propomos:

*Ação: Definir o papel de cada membro da equipe nas orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias

*Detalhamento: Buscaremos definir o papel de todos os membros da equipe na orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, de forma que todos colaborem. Essa discussão será feita em reunião de equipe.

Em termos de engajamento público, propomos:

*Ação: Esclarecer a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

*Detalhamento: Aproveitaremos os espaços das consultas de puericultura e atividades em sala de espera para esclarecer à comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Em termos de qualificação da prática clínica, propomos:

*Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

*Detalhamento: Durante as reuniões de equipe todos os profissionais envolvidos com o programa serão capacitados no que tange a hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde da criança;

Meta 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes a área de abrangência da USF.

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

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

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

Meta 2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 3 - Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador: 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 4 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Meta 5 - Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 6 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 7 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta 8 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

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

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

Meta 9 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

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

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

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

Meta 10 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: 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 11 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: 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 12 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador: 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 13 - 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: 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.

Meta 14 - Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

Meta 15 - Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

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

Meta 16 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador: 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.

Meta 17 - Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta 18 - Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Qualificar o registro das informações

Meta 19 - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de fichas-espelho com registro atualizado

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

Meta 20 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco

Meta 21 - Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: 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: Realizar ações de promoção à saúde

Meta 22 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador: 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 23 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

Meta 24 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador: 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 25 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

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

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

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

Meta 26 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 27 - Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre dieta

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 28 - Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

2.3.3 Logística

Para realização deste projeto vamos adotar como norteador de nossas condutas técnicas o Caderno de Atenção Básica Número 33 – *Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento* elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Os seguintes protocolos e manuais também serão sugeridos à equipe, como apoio, na rotina de atendimento às crianças:

- *Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - Ministério da Saúde, 2005;*

- *Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais - Ministério da Saúde, 2000;*

- *Guia prático de preparação de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas – Ministério da Saúde, 2004;*

- *Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos – Ministério da Saúde, 2010;*

- *Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos, Álbum Seriado*
– Ministério da Saúde, 2011;

- *Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23* – Ministério da Saúde, 2009;

- *Carências de micronutrientes. Cadernos de Atenção Básica nº 20* -
Ministério da Saúde, 2007;

- *Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica n. 17* - Ministério da Saúde,
2006.

- *Vigilância em saúde: zoonoses- Caderno de Atenção Básica nº 22* -
Ministério da Saúde, 2009.

Como registro específico, utilizaremos a ficha de puericultura disponibilizada pelo município, bem como as cadernetas de saúde das crianças que são fornecidas nas maternidades. Como a ficha de puericultura não contém todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção e coleta dos indicadores, será sugerido à equipe a utilização da ficha-espelho de saúde da criança, disponibilizada pelo Departamento de Medicina Social da UFPel. Realizaremos contato com os gestores para disponibilização de material suficiente para cobrir todas as crianças inseridas no programa.

Para organizar o registro específico da intervenção, serão organizadas as fichas- espelho dos atendimentos de puericultura, sendo armazenadas em arquivo próprio, de fácil acesso. Também será anotado em cada prontuário informações complementares para consulta durante o andamento do projeto. Será criado um sistema de alerta para ser anexado às fichas, sinalizando crianças de risco, faltosos, vacinas e exames em atraso.

Para as ações de monitoramento listadas abaixo, serão contabilizados os dados em uma ficha de controle mensal, preenchida pelo enfermeiro da unidade:

- número de crianças na área de abrangência da USF;
- número de crianças cadastradas pelo programa;
- número mensal de nascimentos na área de abrangência da USF;

- percentual mensal de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida;
- percentual mensal de crianças com avaliação da curva de crescimento dentre as crianças que fizeram puericultura na unidade;
- número, nome e nº do prontuário dos novos casos de déficit ou excesso de peso infantil dentre as crianças que fizeram puericultura na unidade;
- percentual de crianças com vacinas atrasadas ou com vacinação incompleta ao final da puericultura;
- percentual mensal de crianças que receberam suplementação de ferro;
- percentual mensal das novas crianças que iniciaram puericultura que realizaram triagem auditiva;
- número mensal de casos com necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência;
- número mensal de crianças que faltaram à consulta agendada de puericultura;
- número mensal de buscas ativas às crianças que faltaram à consulta agendada de puericultura;
- número quinzenal de crianças de alto risco acompanhadas da área de abrangência da USF; e
- número quinzenal de crianças de alto risco faltosas da área de abrangência da USF.

Para as ações de monitoramento listadas abaixo, serão contabilizados os dados em uma ficha de controle mensal, preenchida por mim:

- número, nome e nº dos novos casos de déficit ou excesso de peso infantil que passaram por avaliação médica dentre as crianças que fizeram puericultura na unidade e
- percentual mensal de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo que realizaram puericultura nesta unidade.

Quanto ao preenchimento das fichas-espelho/registro específico dos atendimentos, estes serão realizados pelo enfermeiro da USF e pelo médico especializando. Em relação aos registros de saúde bucal, os mesmos serão realizados pelo cirurgião-dentista durante o atendimento odontológico às crianças.

Semanalmente, a enfermeira da equipe juntamente com o médico, realizará a transcrição de todos os dados obtidos nas fichas-espelho para a planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso de especialização da UFPel. O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado semanalmente, pela enfermeira e pelo médico.

Será realizada busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, a ser feito pelos ACS, após serem informados dos casos pela enfermeira.

Buscar-se-á garantir material adequado para a realização das medidas antropométricas junto à Secretaria Municipal de Saúde e também a disponibilização das vacinas e materiais necessários para sua administração. Serão feitas tentativa de garantir, junto ao gestor, a realização de teste auditivo assim como teste do pezinho. Será solicitado o apoio do chefe da USF em casos onde se observe dificuldade em realizar os exames.

Buscaremos a priorização do atendimento destas crianças, a ser realizado por toda a equipe, seja através de agendamento para atendimento de demandas não imediatas ou, por exemplo, de atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem. Será buscado priorizar o atendimento das crianças de alto risco como foco de intervenção da equipe. Será feito acolhimento das crianças de 0 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde pelo enfermeiro através de conversa com o cuidador e posterior agendamento para sequência de seguimento de consultas. Será organizada a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade pelo profissional de saúde bucal da unidade. Serão organizadas visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e posterior acolhimento, discutidos semanalmente em reunião de equipe.

Será providenciado encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, a ser realizado por mim mediante necessidades identificadas em minhas avaliações ou avaliações da equipe, via sistema de referência padrão do município.

Será mantido o controle da cadeia de frio e controle de estoque para evitar falta de vacinas e monitorar as datas de vencimento do estoque, ação esta realizada pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Em relação às ações de engajamento público, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da sua realização para a comunidade local. Será realizada promoção de atividades educativas coletivas, realizadas por mim com o apoio da equipe para sua organização, abordagem de conteúdos e provimento de material para tal atividade. Buscaremos orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, ação esta realizada por toda a equipe durante as consultas, reuniões de grupo, mini palestras na sala de espera, etc. Buscaremos informar às mães ou cuidadores sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, sobre a importância do acompanhamento regular da criança, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, e sobre os fatores de risco para morbidades na infância; iniciando com a conversa sobre puericultura já durante o pré-natal pelo enfermeiro e, posteriormente, por toda a equipe e através de cartazes, orientações dadas pelos ACS em domicílio.

Buscaremos esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos durante consultas de puericultura. Também serão dadas orientações aos pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, a ser realizadas através de conversas, panfletos, etc., durante a puericultura pelo profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Os pais ou responsáveis receberão orientações sobre o calendário vacinal da criança, a ser realizado através de conversas durante a puericultura pelo profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem. Orientações acerca da importância da suplementação de ferro serão realizadas pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem durante as consultas de puericultura.

Será fornecida orientação aos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, a ser realizado pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem durante as consultas de puericultura.

3. Relatório da intervenção

O presente relatório tem o intuito de expor as ações que foram desenvolvidas durante as 12 semanas de intervenção em saúde da criança, na USF Vila Nova, em Pelotas/RS, bem como apontar as dificuldades enfrentadas.

A referida intervenção ocorreu no período de agosto a novembro de 2014 e teve como principal objetivo qualificar a atenção à saúde da criança, tendo como público-alvo as crianças entre 0 e 72 meses de idade, pertencentes a área de abrangência da USF. Assim, algumas metas foram estipuladas e ações para alcançá-las foram organizadas. Todas as ações foram orientadas pelo Caderno de Atenção Básica Número 33 – *Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento* elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Importante salientar que as ações desenvolvidas no período foram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

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

Como nos propusemos, monitoramos todas as crianças que foram cadastradas nesse período de 12 meses de intervenção, mensalmente. Isso foi possível através da adoção do registro específico – ficha espelho do programa. Como o programa de saúde da criança iniciou praticamente do zero – a ação programática não era desenvolvida de acordo com o que é preconizado - ainda estamos buscando e cadastrando as crianças na faixa etária de 0-72 meses, visto que em 12 semanas não foi possível cadastrar todas da comunidade, mas essa ação continua na UBS, com o apoio das ACS. Com a busca de crianças na comunidade, houve o aumento dessa população na UBS, fazendo com que a equipe se organizasse para acolher essa demanda.

Aproveitamos a oportunidade para informar à comunidade da importância de levarem seus filhos, na faixa etária, à UBS, para a consulta de puericultura, esclarecendo os benefícios de tal acompanhamento, mesmo por que a comunidade estava um pouco descrente em relação a esse cuidado.

A capacitação não ocorreu como previsto, com toda a equipe reunida, mas houveram conversas sobre o atendimento das crianças de acordo com o protocolo adotado, Caderno 33 de Saúde da Criança, a fim de oferecermos um cuidado padronizado e de acordo com as recomendações oficiais do Ministério da Saúde. Já com as ACS pode-se desenvolver muitas discussões e orientações sobre o programa e como deveriam envolver a comunidade.

Através do acompanhamento das gestantes estávamos cientes dos próximos partos e com isso monitoramos os nascimentos para que ingressassem no programa na primeira semana de vida. Não tivemos nenhuma criança que não tivesse comparecido ao serviço adequadamente, logo, não se fez necessária busca ativa destes.

Através do registro durante os atendimentos e da coleta de dados semanal mantivemos a monitorização contínua do percentual de crianças com avaliação de curva de crescimento, a ocorrência de distúrbios do peso, e a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. Para a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo também foi utilizada a tabela com escores por idade elucidada no apêndice D. Estavam disponíveis durante o processo materiais adequados para a antropometria. Não ocorreram casos de atraso no desenvolvimento, logo, não se fez necessária atuação nesta área.

Foi promovida cobertura integral de vacinação às crianças que compareceram às consultas de puericultura através do monitoramento contínuo pela revisão da caderneta de vacinação. Monitoramos o percentual de crianças com vacinas atrasadas ou incompleta através da planilha de coleta de dados. Houve alguns dias em que ocorreu falta de energia elétrica e, por isso, não foram administradas vacinas no mesmo dia; contudo, foi feita vacinação posterior destas crianças. Mantivemos atendimento imediato às crianças que precisavam ser vacinadas mesmo que não estivessem em consulta.

Durante o período dispusemos de adequado estoque de vacinas e materiais para sua administração. A checagem integral do estoque de vacinas, datas de validade e da cadeia de frio sempre esteve sob a responsabilidade da equipe de

enfermagem da USF, ocorrendo de forma adequada durante todo o período da intervenção.

Através do registro de dados durante o atendimento e da coleta semanal de dados na planilha padrão mantivemos monitoramento contínuo do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. Infelizmente ocorreu falta do suplemento para dispensação na USF durante um período da intervenção por falta de disponibilização deste pela farmácia municipal.

Também monitoramos continuamente o percentual de realização de triagem auditiva e teste do pezinho antes dos 7 dias de vida através da coleta da informação e registro nas consultas e da contabilização na planilha de coleta de dados. Nos casos em que não foi realizado algum destes exames as crianças já estavam fora da faixa etária para sua realização, logo, não houve como intervir. Estes exames estiveram disponíveis na rede municipal adequadamente durante o período de intervenção.

Durante as consultas sempre eram compartilhadas orientações com os pais sobre o esperado em cada faixa etária, necessidade de suplementação de ferro, teste do pezinho, triagem auditiva, bem como a interpretação dos gráficos de crescimento e habilidades de cada faixa etária para que estes pudessem observar a ocorrência de anormalidades precocemente. Foi conversado com a equipe sobre preenchimento e interpretação de curvas de crescimento, necessidade de suplementação de ferro e sobre as triagens neonatais.

Mesmo não tendo ocorrido atendimento odontológico às crianças do projeto, foi sempre realizada orientação aos pais sobre higiene bucal e cuidados com a dentição decídua e necessidade de avaliação com odontólogo a partir dos seis meses de idade, em especial de 6 à 72 meses.

Foi feito um cadastramento de todas as crianças da faixa etária do programa, conforme dados fornecidos pelas ACS, gerando uma lista de contabilização das mesmas para o agendamento das puericulturas de acordo com a faixa etária. A principal dificuldade neste contexto foi a assiduidade dos pais às consultas.

Havia uma enorme descrença da comunidade em relação ao atendimento da criança na USF, pois, infelizmente, este não era de boa qualidade. Isto gerou uma dificuldade na adesão inicial dos pais ao projeto. A grande maioria das crianças já estava sob o cuidado de pediatras via particular ou convênio e os pais não quiseram

levar à puericultura na USF. Também há uma sugestão, por parte de alguns membros da equipe, aos pais para que as crianças sejam acompanhadas com pediatra, transparecendo ser um atendimento de melhor “qualidade”, e isso perdura a descrença no atendimento da USF. Outra dificuldade de assiduidade se deu devido a enfrentarmos muitas semanas com fortes chuvas e, em se tratando de zona rural, houve estradas com condições de tráfego muito ruins.

Desta maneira, foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas e o número médio destas, bem como monitorado também a busca ativa aos faltosos. A busca ativa das crianças faltosas foi realizada de forma conjunta com as ACS. Para acolher crianças faltosas foi disponibilizada agenda flexível, contudo algumas não compareceram mesmo assim. Não houve como organizar visitas domiciliares para busca ativa das crianças, pois, sou criticada pela equipe em fazê-lo uma vez que eles creem que as crianças que não comparecem à puericultura na unidade mas que estão em acompanhamento em outro local não necessitam de busca ativa. Aos pais que frequentam a unidade de saúde, sempre é salientada a importância da regularidade do acompanhamento. Durante as reuniões de equipe sempre é abordado a identificação e ocorrência de crianças com perda da continuidade do acompanhamento.

Foram trazidas à rotina da unidade as fichas-espelho (registro específico) disponibilizadas pelo Curso de Especialização, as quais estão sendo utilizadas e monitoradas por mim. Foi realizado também preenchimento adequado de todas as formas de registro e acompanhamento, bem como ao SIAB. Não houve casos de perda de caderneta de vacinação, porém foi informado à equipe e comunidade a necessidade do registro de vacinas no prontuário para emissão de segunda via em caso de perda da caderneta.

Foi realizada orientação de preenchimento de registros à equipe. Conforme já relatado em vários diários, a principal dificuldade neste item foi a falta de adesão da equipe ao projeto. Não houve uma boa colaboração dos colegas, alguns não participaram de nenhuma ação do projeto, o que é muito ruim, pois compromete claramente a continuidade do projeto após a minha saída da USF. Há realmente a crença de que o pediatra é o melhor profissional para atender as crianças, e ainda persiste a recomendação aos pais a procurarem esse atendimento via particular ou convênio, até mesmo para “esvaziar” a USF.

Disponibilizou-se a versão atualizada dos protocolos de atendimento à saúde da criança do Ministério da Saúde junto à “caixa” onde foram organizados os prontuários das puericulturas.

Em conjunto com toda a equipe, principalmente com as ACS monitoramos a ocorrência de crianças de alto risco e seu acompanhamento na unidade, dando prioridade ao seu atendimento e identificando seu risco na ficha espelho. Durante a capacitação foram abordados os fatores de risco para morbidades na infância e durante a puericultura este tema também era abordado com os pais.

Em relação à prevenção de acidentes na infância, foram realizadas orientações aos pais e comunidade através de *flyers* distribuídos na USF.

Ocorreu uma organização da agenda médica de atendimento à saúde da criança, de forma a contemplar pelo menos um atendimento médico a cada criança da faixa etária de abrangência do projeto. Acredito que esta será a principal dificuldade na continuidade do projeto após minha saída, pela grande tendência de perdurar a antiga “visão” de saúde da criança. Em algumas semanas foram realizados atendimentos de puericultura da enfermagem em conjunto com o atendimento médico, porém obtive dificuldade na participação destes profissionais no projeto uma vez que o técnico em enfermagem não se mostrou disposto a participar das ações do projeto e a enfermeira entrou em férias logo no começo da intervenção. Acredito que esta seria a forma mais viável de continuidade do projeto após a minha saída da USF.

A comunidade, bem como os pais ou responsáveis, foram informados do programa através da minha divulgação na USF e das ACS, bem como pelos comentários dos pais que já haviam trazido seus filhos para as consultas.

Realizou-se monitoramento do percentual de crianças observados mamando na primeira consulta através da planilha de coleta de dados, também foi realizado monitoramento do tempo de amamentação dos menores de dois meses. Sempre é bastante enfatizada a importância do aleitamento materno tanto com usuário quanto com a equipe, que sempre é capacitada a dar orientações corretas para promoção do aleitamento materno. Também foi bastante trabalhado com os pais as orientações alimentares de acordo com cada faixa etária.

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

Não ocorreram as ações de monitoramento por parte do enfermeiro, pois não houve participação deste profissional no projeto na maioria das primeiras oito semanas, em virtude de férias. E também, infelizmente, por ter ocorrido um distanciamento da equipe das atividades “burocráticas” do projeto, gerado por um sentimento de que a intervenção se trata de uma atividade minha, da minha pós graduação, ao invés de uma visão de um projeto de todos os profissionais da USF para a comunidade e que deverá continuar após a minha saída. Houve monitoramento médico integral nas ações onde houve um maior risco à saúde da criança.

Não tivemos oportunidade de dialogar com líderes comunitários sobre o programa, pois não conseguimos identificar estas pessoas na comunidade. Não há Conselho Local de Saúde nem líderes claros no território.

Não foi realizado grupo de puericultura/promoção à saúde da criança em virtude de que, durante o período de intervenção, ainda haviam muitas crianças para serem chamadas, e também pelo tempo que poderia ser dedicado ao projeto durante as horas do meu trabalho na USF ser pequeno. Como estava contando com pouco apoio da equipe ao projeto, preferi priorizar o atendimento às crianças. Entretanto, durante as consultas individuais, sempre foram abordados os principais temas com os pais ou responsáveis, como aleitamento materno, alimentação complementar adequada, acidentes na infância, imunizações, fases do desenvolvimento, etc. infelizmente não se conseguiu monitorar as atividades de educação em saúde nem estabeleceu-se conteúdo ou material para as abordagens. Infelizmente ocorreram poucas orientações específicas sobre calendário vacinal, pois estas seriam realizadas no grupo de puericultura.

As capacitações da equipe foram realizadas tendo como foco principal as ACS, que foram a parcela da equipe mais receptiva ao projeto, as mais colaborativas e também as mais carentes de informações. Houve boa receptividade da capacitação por parte delas. Há uma evidente carência de capacitações em saúde da criança para todos os profissionais, observo que são frequentes sobre vacinação; porém, vejo que temas importantes como exame do recém-nascido, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor não são abordados nos

encontros promovidos pela secretaria de saúde. Acredito que isto interfere diretamente na qualidade do atendimento profissional que envolve estes temas. Infelizmente não consegui abordar na capacitação a prevenção de acidentes. Alguns assuntos referentes às orientações nutricionais e marcos do desenvolvimento necessitam maior complementação e a equipe necessita melhorar a realização de ações de promoção de educação em saúde para a comunidade.

Com os demais colegas de equipe não foi possível realizar a capacitação proposta. Apesar de toda a flexibilização de turnos, dias e horários, nunca houve consenso ou interesse dos mesmos para que pudéssemos parar e discutir os principais aspectos relacionados à saúde da criança.

Não houve capacitação sobre saúde bucal, que seria realizada pelo dentista da unidade, nem sobre calendário vacinal, que seria realizada pelo enfermeiro da unidade em virtude da pouca participação destes profissionais no projeto.

A avaliação da necessidade de tratamento odontológico foi monitorada através da planilha de coleta de dados, porém esta avaliação foi feita apenas por mim, sem ter recebido qualquer capacitação sobre saúde bucal por parte do odontólogo. Também foram monitorados os registros sobre higiene bucal e dieta através da planilha de coleta de dados.

Houve tentativas de organização do acolhimento e cadastramento por parte da saúde bucal da USF às crianças entre 6 e 72 meses para atendimento de saúde bucal, porém este não ocorreu por dificuldade de disponibilidade de horário do profissional odontólogo e nenhum engajamento deste com o projeto, mesmo informado sobre o mesmo. Desta forma não houve como priorizar este atendimento nem realizar monitoramento da saúde bucal destas crianças. Também não houve como capacitar a equipe para realização de cadastramento, identificação e encaminhamento destas crianças nem capacitar o cirurgião dentista para realização da primeira consulta odontológica.

Em virtude de não ter ocorrido o atendimento odontológico, não houve as ações correspondentes ao mesmo como informar a comunidade sobre agendamento odontológico, reuniões de equipe para tratar deste assunto, visitas domiciliares para atendimento odontológico e organização de uma lista de usuários para organização de agenda odontológica. Não se cumpriu a meta de conclusão de 100% dos tratamentos dentários uma vez que não ocorreu sequer avaliação inicial. Tampouco

se pôde monitorar o número de crianças que realizaram parte ou todo o tratamento mesmo que em outro serviço nem houve busca ativa a faltosos.

A comunidade não entende por completo a diferença de consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico pois não foi explicado a eles. Tampouco foi trabalhado com eles a importância de várias consultas para o término de um tratamento.

Mesmo após identificados por mim alguns casos graves de má higiene bucal não houve agendamento imediato para consulta odontológica. Não ocorreu revisão de protocolo de atendimento odontológico.

Não houve treinamento de equipe para diagnóstico de nenhuma alteração bucal, logo, a equipe tem dificuldades em manejar e monitorar progressão de tratamentos odontológicos

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

Não houve grande dificuldade na coleta e sistematização dos dados. Aos poucos fui me familiarizando com a planilha de coleta de dados, que passou a fazer parte da minha rotina de trabalho nesta ação programática.

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

Em função do que foi exposto, fica um certo receio se as ações propostas na intervenção vão perdurar após minha saída da USF, visto a ideia errônea de alguns de que a qualificação do programa de saúde da criança e tudo o que foi implementado durante o curso de especialização, seja apenas minha responsabilidade, ao invés de enxergá-lo como um projeto coletivo, para o benefício de todos, principalmente da comunidade de Vila Nova.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Vila Nova, na zona rural do município de Pelotas/RS, entre os meses de agosto e novembro de 2014. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde da criança entre zero a setenta e dois meses de idade.

Residem na área de abrangência, aproximadamente, 79 crianças na faixa etária do programa.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde da criança;

Meta 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses pertencentes à área de abrangência da USF.

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

Na área de abrangência da USF Vila Nova, conforme informações das ACS e SIAB, existem 79 crianças entre zero e setenta e dois meses de idade. Nossa proposta foi ampliar a cobertura do programa de saúde da criança para 80% nesta faixa etária. No primeiro mês atingimos 15,2% (12 crianças). Já no segundo mês de intervenção, a cobertura foi de 22,8% (18 crianças). E no final da intervenção alcançamos 45,6% (36 crianças) devidamente cadastradas e acompanhadas no serviço. Mesmo assim, não atingimos a meta proposta.

Conforme já elucidado em outras etapas do TCC, havia uma descrença da comunidade em relação ao atendimento de saúde da criança anteriormente prestado pela USF o que contribuiu para que muitas das crianças convidadas ao acompanhamento pela USF não comparecessem. A grande maioria destas já estava sob o cuidado de pediatras via particular ou convênio e os pais não quiseram levar à

puericultura na USF. Também há uma cultura de que as crianças sejam acompanhadas com pediatra, transparecendo ser um atendimento de melhor “qualidade”, e isso perdura a descrença no atendimento da USF.

No período de intervenção também ocorreram semanas com fortes chuvas e, em se tratando de zona rural, houve estradas com condições de tráfego muito ruins. Na grande maioria das semanas o atendimento foi realizado somente por mim, o que restringiu o número de consultas de puericultura para adequação à agenda médica juntamente com as outras atividades; caso fossem realizados sempre em conjunto com outro profissional, haveria capacidade para abranger um maior número de crianças. Este conjunto de fatores contribuiu para o cumprimento parcial das metas de cobertura do programa de saúde da criança na unidade.

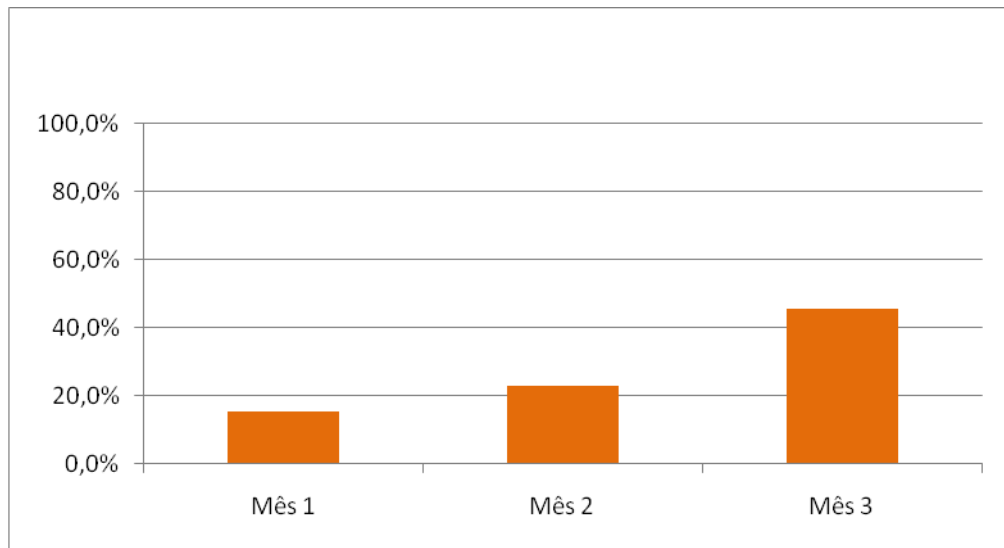


Figura 01. Proporção de crianças cadastradas entre zero e setenta e dois meses, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 2 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Infelizmente não houve consultas odontológicas para as crianças participantes deste projeto, em virtude de a odontóloga da USF estar em licença e o

profissional substituto não ter realizado os atendimentos, apesar de eu ter dialogado com o mesmo e explicado a importância do projeto em desenvolvimento.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 3 - Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

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

A meta estipulada inicialmente para este indicador foi de 100%, porém foi apenas atingido o percentual de 22,2% (8 crianças) do total de crianças ao término da intervenção. Sendo que o número foi decrescente em relação ao início da intervenção. No primeiro mês, este índice ficou em 33,3% (4 crianças) e no segundo mês 38,9% (7 crianças).

Este indicador não reflete a ideologia proposta ao atendimento à puericultura proposta pelo projeto. Anteriormente ao projeto, as crianças compareciam durante a primeira semana de vida à USF apenas para realização do teste do pezinho. Com a implementação do projeto, solicitei que todos os recém-nascidos comparecessem na primeira semana de vida em consulta médica para avaliação, exame físico geral, checagem de reflexos, avaliação da mamada, orientações aos pais, etc. Apesar do decréscimo percentual deste indicador, todas as crianças nascidas neste período passaram por esta avaliação.

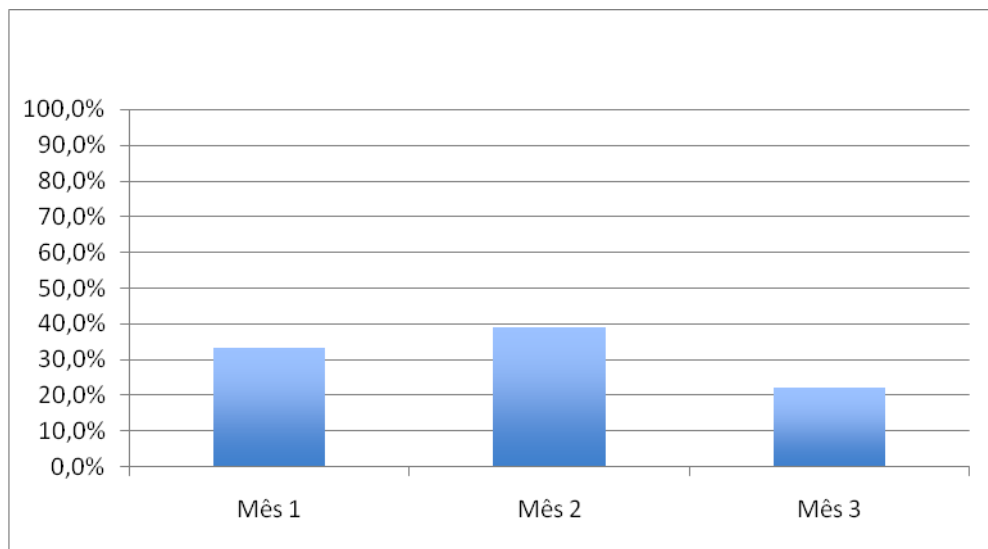


Figura 02. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 4 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Nesta meta conseguimos atingir a porcentagem proposta de 100% em todos os meses da intervenção. No primeiro mês, foram 12 crianças com o monitoramento do crescimento realizado (100%). No segundo mês foram 18 crianças (100%) e no terceiro e último mês mantemos os 100%, monitorando as 36 crianças cadastradas no programa.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todas as crianças passaram por avaliação de crescimento durante as consultas.

Meta 5 - Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Durante os três meses de intervenção não foram, felizmente, identificadas crianças com baixo peso que necessitassem de monitoramento.

Meta 6 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Apenas 1 criança dentre as 36 apresentou-se acima do peso desejado e esta segue com acompanhamento adequado. Esta criança foi identificada no primeiro mês, mantendo 100% de acompanhamento. Este se manteve fiel no segundo e terceiro mês de intervenção, sendo que finalizamos com 100% de monitoramento.

Esta criança apresentando sobrepeso, além de estar sendo monitorada, está recebendo um trabalho educativo direcionado aos pais, sobre mudança de hábitos alimentares.

Meta 7 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Nesta meta, assim como no monitoramento do crescimento, conseguimos atingir a porcentagem proposta de 100% em todos os meses da intervenção. No primeiro mês, foram 12 crianças com o monitoramento do crescimento realizado (100%). No segundo mês foram 18 crianças (100%) e no terceiro e último mês mantemos os 100%, monitorando as 36 crianças cadastradas no programa.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todas as crianças passaram por avaliação de seu desenvolvimento durante as consultas.

Meta 8 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

Nesta meta, ficamos abaixo dos 100% desejados de cobertura, porém muito próximos, com 91,7% (11 crianças) no primeiro mês, 94,4% (17 crianças) no segundo mês, e 97,2% (35 crianças) no terceiro mês.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todas as crianças passaram por avaliação de calendário vacinal durante as consultas. Alguma dificuldade em vacinar as crianças se deveu por dias de falta de luz, onde a enfermagem não abria a geladeira das vacinas e orientava aos pais retornarem outro dia, porém os mesmos não retornavam para vacinação mesmo após busca ativa.

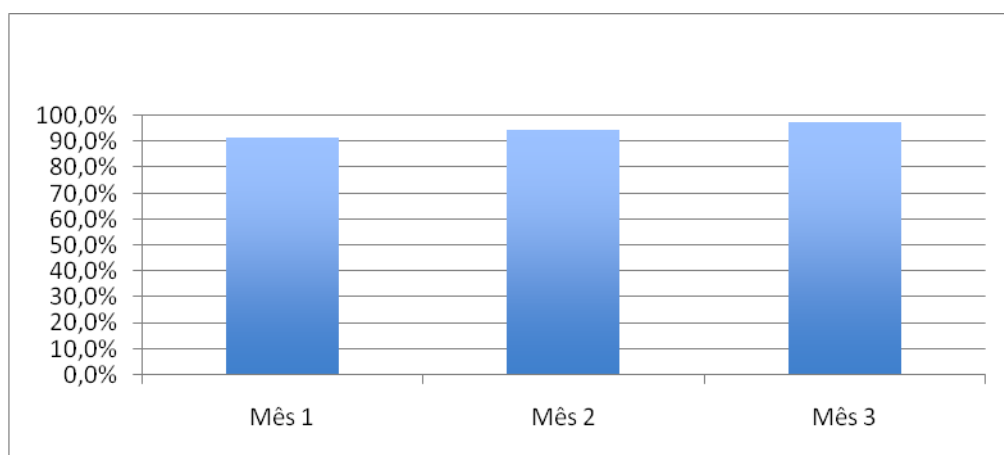


Figura 03. Proporção de crianças com vacinação em dia, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 9 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

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

Durante o período de intervenção atendemos, na faixa etária de 6 a 24 meses, o quantitativo de 10 crianças no primeiro mês, 13 no segundo mês e 21 crianças no terceiro mês.

Nesta meta, infelizmente os resultados foram bastante abaixo do desejado. No primeiro mês a cobertura ficou em 6,7% (2 crianças), no segundo em 17,2% (5 crianças) e no terceiro mês em 48,1% (13 crianças).

Este indicador reflete a enorme carência encontrada no atendimento infantil na unidade de saúde, onde a proporção de suplementação de ferro entre 6 e 24 meses era baixa. Com as ações da intervenção, houve um importante aumento desta cobertura. Todavia, ainda não conseguimos atingir a meta desejada em virtude de haver um grande número de crianças que ainda não haviam sido atendidas nestas 12 primeiras semanas. Acredito que nos próximos meses haverá uma excelente cobertura referente a este indicador.

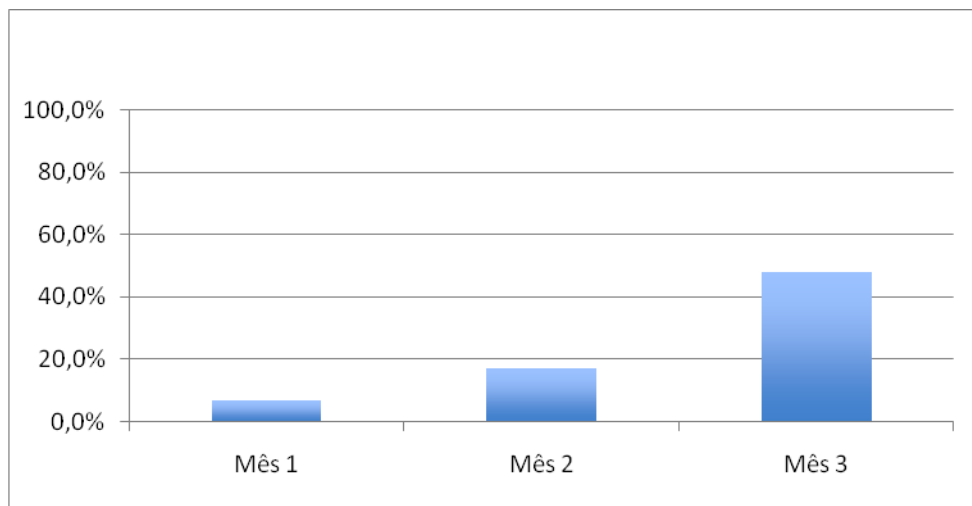


Figura 04. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 10 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Nesta meta, infelizmente não atingimos os 100% de cobertura desejada. Todavia conseguimos resultados bastante satisfatórios com 91,7% (11 crianças) no primeiro mês, 88,9% (16 crianças) no segundo mês e 91,7% (33 crianças) no último mês.

Este indicador é um bom parâmetro referente ao atendimento previamente disponibilizado na USF. Uma vez que temos uma boa cobertura, quase atingindo à meta de 100%, vemos que este item era contemplado anteriormente. Algumas crianças não realizaram a triagem pelos mais diversos motivos; dentre os quais os pais citaram, principalmente: desconhecimento da necessidade da triagem, não ter recebido orientação do profissional de saúde sobre o teste, dificuldade de locomoção da zona rural à zona urbana para realização do teste e dificuldade financeira para os custos de locomoção para a realização do exame.

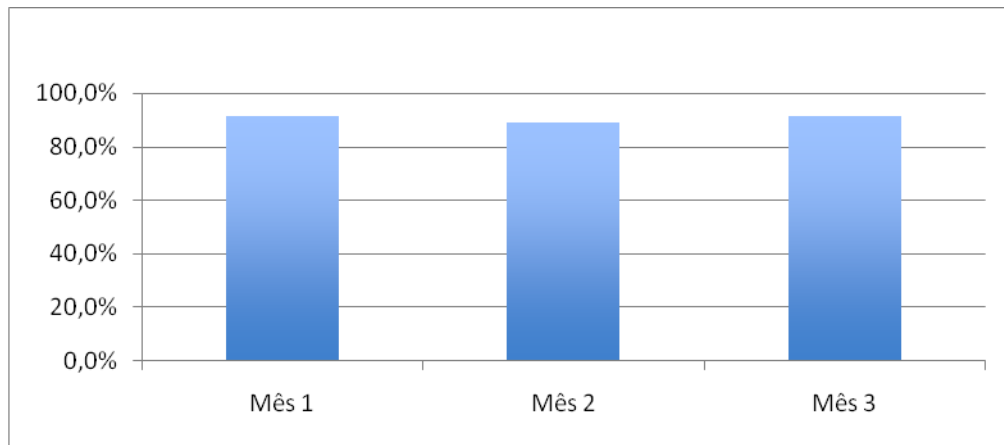


Figura 05. Proporção de crianças com triagem auditiva, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 11 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

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

Em relação ao teste do pezinho, atingimos a meta de 100% de cobertura em todos os meses abrangendo respectivamente 12, 18 e 36 crianças em cada um dos meses.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todos os recém-nascidos passaram por avaliação deste item durante a primeira consulta e também um bom indicador de qualidade do

atendimento anteriormente prestado, remetendo a todas as crianças mais velhas que também possuíam este teste.

Meta 12 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

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

Este indicador possui um viés de possível interpretação errônea de sua baixa cobertura. No primeiro e segundo mês a cobertura foi zero e no terceiro mês de sete crianças (9,5%). Não conseguimos atingir o propósito esperado, embora fossem feitas várias tentativas de contemplar o atendimento odontológico às crianças. O resultado desta meta deve ser interpretado mediante seu contexto.

Conforme já elucidado não houve consultas odontológicas. Algumas poucas crianças foram direcionadas para conversar com o odontólogo imediatamente durante as consultas de puericultura em virtude de péssima higiene bucal; contudo este profissional não realizou atendimento imediato destas crianças, orientando que os pais fizessem o agendamento. Tal atendimento não ocorreu, pois os pais não retornaram à USF para marcar consulta odontológica.

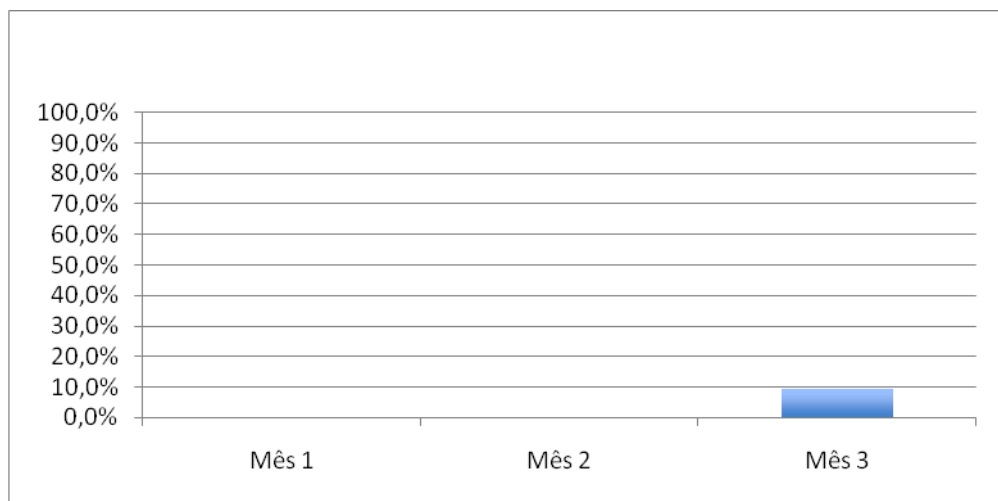


Figura 06. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, nos meses de agosto a novembro de 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 13 - 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: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas nas 12 semanas da intervenção.

Meta 14 - Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

Da mesma forma, conforme já explicitado, não houve consultas odontológicas no período.

Meta 15 - Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas no período.

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

Meta 16 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

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

Para esta meta atingimos cobertura de 100% (3 crianças) no primeiro mês, 100% (4 crianças) no segundo mês, e 100% (4 crianças) no terceiro mês.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todas as crianças faltosas passaram por busca ativa através do trabalho conjunto com as ACS.

Meta 17 - Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

Meta 18 - Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

Objetivo 4: Qualificar o registro das informações

Meta 19 - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Em relação ao registro dos atendimentos, atingimos a cobertura de 100% em todos os meses abrangendo respectivamente 12, 18 e 36 crianças com registros adequados do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

Este indicador demonstra a preocupação com a manutenção de registros dos atendimentos, os quais foram realizados durante todas as consultas em registro específico, bem como no prontuário da família de forma a preservar o histórico dos atendimentos.

Meta 20 - Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco

Meta 21 - Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Nesta importante meta atingimos a cobertura de 100% em todos os meses abrangendo, respectivamente, 12, 18 e 36 crianças do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todas as crianças passaram por avaliação de risco durante as consultas.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção à saúde

Meta 22 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

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

Para a meta de orientação de prevenção de acidentes atingimos a cobertura de 100% em todos os meses abrangendo, respectivamente, 12, 18 e 36 crianças do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

Este indicador demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todos os familiares receberam orientações sobre prevenção de acidentes durante as consultas, tanto verbalmente como através dos *flyers* propostos durante a elaboração do projeto.

Meta 23 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

Nesta meta atingimos cobertura de 33,3% (4 crianças) no primeiro mês, 27,8% (5 crianças) no segundo mês e 13,9% (5 crianças) no terceiro mês; ficando, infelizmente, abaixo dos 100% desejados.

Este indicador, infelizmente, não reflete a importância ao aleitamento materno que vem sendo enfatizada nos atendimentos de saúde da criança durante a intervenção, aonde vem sendo realizadas importantes orientações às mães. O indicador reflete os atendimentos anteriores ao projeto, onde não era feita esta avaliação. No primeiro mês houve uma melhora do indicador, pois foi o mês com maior número de primeiras consultas de puericultura. Posteriormente esta avaliação

continuou, porém o número de primeiras consultas foi menor e, conseqüentemente, o indicador caiu.

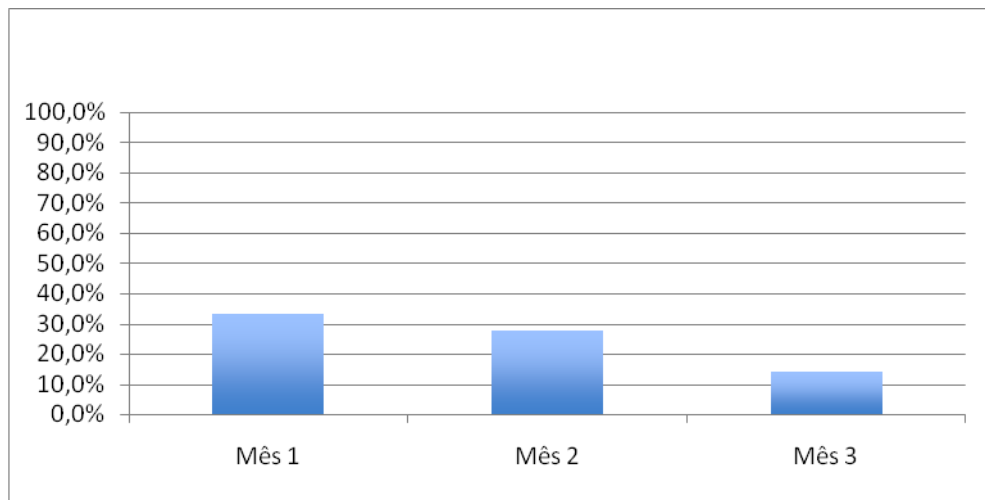


Figura 07. Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta, nos meses de agosto a novembro de 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Meta 24 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

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

Nesta importante meta também atingimos a cobertura de 100% em todos os meses abrangendo respectivamente 12, 18 e 36 crianças do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

Este resultado demonstra a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todos os familiares receberam orientações sobre alimentação da criança durante as consultas.

Meta 25 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

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

Embora não tenham ocorrido os atendimentos odontológicos, foram realizadas orientações sobre higiene bucal em todos os atendimentos. Nesta importante meta atingimos a cobertura de 100% em todos os meses, abrangendo, respectivamente, 12, 18 e 36 crianças do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

Este resultado reforça a integralidade do atendimento de puericultura implementado na USF, onde todos os familiares receberam orientações sobre higiene bucal durante as consultas.

Meta 26 - Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

Meta 27 - Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre dieta

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

Meta 28 - Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Conforme já elucidado, não houve consultas odontológicas.

4.2 Discussão

A intervenção na USF Vila Nova propiciou a estruturação do atendimento à saúde da criança de acordo com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, organizando um fluxo de atendimentos permanente, de forma a implementar uma cultura de cuidado continuado ao usuário infantil.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade, começo ressaltando que para eles foi inovador a atitude de um médico convocando as crianças para consulta de puericultura. Havia um enraizamento cultural de que puericultura era apenas o ato de medir antropometricamente a criança e realizar a vacinação, e que a criança consultaria somente em caso de estar doente. No começo houve um estranhamento ao serem chamados, chegando a respostas

como: “Meu filho não precisa consultar, está tudo bem”. Aos poucos foi se concretizando a importância da consulta de puericultura como forma de acompanhamento.

Trabalhou-se bastante a amamentação desde o pré-natal até as consultas de puericultura, pois a mesma, em geral, costuma ser de curtos períodos na comunidade. Também se trabalhou bastante o início da alimentação complementar, pois há vários conceitos culturais errôneos de começo precoce de alguns alimentos, contribuindo para interrupção da amamentação. Foram descobertas e tratadas várias crianças com anemia e foi realizado a importante suplementação de ferro dos 6 aos 24 meses de idade, onde descobrimos que várias crianças estavam nesta faixa etária ou já haviam passado por ela sem tal suplementação.

Os familiares perceberam a importância do acompanhamento continuado do crescimento, desenvolvimento e vacinação. Foram abordados aspectos aos quais muitos pais nunca haviam recebido orientações de um profissional de saúde, como prevenção de acidentes, como elaborar uma alimentação variada, como fazer e administrar soro caseiro em casos de diarreia, etc.

Em relação à importância da intervenção para a equipe, acredito ser interessante ressaltar que o projeto veio demonstrar a importância de todos os profissionais da equipe para o atendimento à saúde da criança. A importância dos profissionais da enfermagem, em vários aspectos, salientando-se seu vasto conhecimento e prática sobre vacinação. A importância do conhecimento médico em vários aspectos, principalmente com sua experiência sobre diagnóstico de doenças e manejo de exame físico aprofundado. O papel do dentista, atuando principalmente na prevenção e manutenção da saúde bucal. O papel dos ACS, principalmente na observação das situações de risco à saúde da criança na comunidade e na busca ativa de usuários. E a importância do bom relacionamento de todos os membros da unidade de saúde (escriturário, enfermagem, ACS, médicos, higienizadores, dentistas, enfim) com os usuários, interferindo diretamente na empatia e continuidade do acompanhamento.

O serviço foi beneficiado no momento em que foi estruturado, de acordo com as recomendações oficiais, o programa de atenção à saúde da criança, com potenciais para trazer muitos benefícios à comunidade.

Acredito ser viável a incorporação da intervenção à rotina do serviço, desde que haja comprometimento de todos os profissionais. Com certeza haverá

sobrecarga aos demais profissionais com a minha saída da USF, e isso poderia comprometer o atendimento à saúde da criança. Contudo, com um bom planejamento e comprometimento dos demais profissionais da unidade, seria possível arcar com grande parte das atividades propostas no projeto.

Consideraria importante a tentativa de aprimoramento permanente do projeto e do serviço através de capacitações contínuas, da tentativa de implementação de um grupo de puericultura para educação continuada, da abrangência do atendimento à saúde do adolescente na comunidade e do programa saúde na escola.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezados gestores da saúde municipal de Pelotas

O presente relatório visa elucidar a intervenção realizada na USF Vila Nova, no período de agosto a novembro de 2014, a qual teve como principal objetivo qualificar a atenção à saúde da criança, tendo como público-alvo as crianças entre 0 e 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência desta unidade de saúde. Todas as ações foram orientadas pelo Caderno de Atenção Básica Número 33 – *Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento* elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Importante salientar que as ações desenvolvidas no período foram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

Durante as doze semanas de intervenção foi realizado um trabalho conjunto com as agentes comunitárias de saúde visando coletar dados sobre todas as crianças da comunidade dentro da faixa etária de abrangência do projeto de intervenção. E, partindo destes dados, se deu início a um agendamento sequencial de consultas de puericultura, procurando trazer ao serviço o maior número possível de crianças.

Infelizmente este projeto foi desenvolvido dentro de um contexto onde a comunidade estava bastante descrente com o atendimento anteriormente oferecido às crianças da comunidade; logo, acabavam levando suas crianças para

consultar com pediatras particulares ou através de convênios. Isso gerou um distanciamento muito ruim entre a comunidade e a unidade de saúde.

A intervenção buscou resgatar um atendimento de boa qualidade às crianças das comunidades atendidas pela USF Vila Nova, e trazer as famílias para o atendimento na unidade de saúde de sua região para um acompanhamento destas crianças ao longo de suas vidas. O período de intervenção foi curto, mas conseguimos alcançar uma cobertura de mais de 45% das crianças da comunidade. Com o envolvimento de todos os colegas, essa porcentagem deve aumentar com o passar do tempo.

Todos os atendimentos realizados na USF Vila Nova foram bem abrangentes, envolvendo todos os aspectos da saúde da criança, dentre os principais, cita-se:

- revisão do calendário vacinal;
- acompanhamento do crescimento e ganho de peso da criança;
- orientações alimentares de acordo com a idade da criança;
- avaliação de desnutrição ou obesidade infantil;
- acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- orientações aos familiares sobre prevenção de acidentes;
- orientações aos familiares sobre a higiene bucal das crianças;
- prevenção e tratamento de anemias;
- prevenção e tratamento de verminoses;
- avaliações da saúde do recém-nascido e encaminhamento para teste da orelhinha;
- realização do teste do olhinho; e
- realização do teste do pezinho

Mesmo após as doze semanas formais de intervenção, os atendimentos continuaram acontecendo. Na maioria das vezes eles ocorrem às terças-feiras à tarde, e já constituem parte da programação da nossa unidade de saúde.

Com a intervenção já obtivemos resultados claros da ampliação da cobertura de puericultura na área de abrangência da USF Vila Nova e na reaproximação de várias famílias ao serviço.

Proporcionamos o atendimento médico qualificado ao recém-nascido na primeira semana de vida, através de consulta médica aprofundada para avaliação de

saúde, exame físico geral, checagem de reflexos e avaliação da mamada; anteriormente não disponibilizado, segundo relatos da própria população.

Realizou-se avaliação de crescimento e desenvolvimento para todas as crianças, utilizando escores de desenvolvimento e gráficos antropométricos atualizados; o que permitiu avaliação de diversas crianças após o primeiro ano de vida que antes pouco compareciam à unidade de saúde.

Realizou-se uma excelente abordagem de prevenção e tratamento de anemias, através da qual intervimos em algumas crianças anêmicas e várias que não estavam recebendo a suplementação de ferro na faixa etária entre 6 aos 24 meses, recomendada pelo Ministério da Saúde.

Através do trabalho conjunto com as agentes comunitárias de saúde, realizamos uma excelente busca ativa às crianças faltosas ou em iminente situação de risco, obtendo bons resultados de recuperação do acompanhamento destes usuários.

Infelizmente nosso projeto não foi perfeito nem contou com condições ideais de trabalho para seu desenvolvimento e por este motivo enfrentamos algumas adversidades como, por exemplo, as péssimas condições de estrutura física do prédio onde a unidade de saúde estava situada. Este fato comprometeu a intervenção em alguns fatores, como a impossibilidade de vacinação de alguns usuários em virtude de quedas de luz frequentes.

Também se observou a desmotivação e sentimento de desvalorização em diversos profissionais em trabalharem em meio a rachaduras, paredes mofadas, aberturas enferrujadas, e ausência de limpeza na unidade de saúde por alguns meses.

Algo particularmente grave é o fato da sala de vacinação estar alocada em uma sala em conjunto com a farmácia e sala de enfermagem; o que é totalmente alheio às normas técnicas e sanitárias preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Há condições de mau isolamento térmico das salas, que mesmo com aquecedor, se tornam inadequadas para o atendimento dos recém-nascidos no inverno.

Também comprometeu a intervenção, e ainda compromete a manutenção da saúde das crianças locais, o fato de muitos medicamentos faltarem frequentemente no estoque da USF. Uma vez que estamos alocados na zona rural e atendemos a diversas famílias de baixa renda, torna-se uma adversidade a compra

de medicações. Muitas vezes este fato coloca em risco a realização do tratamento medicamentoso orientado pela equipe. Cito como exemplo a falta de Sulfato Ferroso, medicação extremamente importante para o tratamento e prevenção das anemias e a falta de Albendazol, medicação mais utilizada para o tratamento das verminoses.

Finalizo este relatório expondo que, de acordo com a experiência observada com a intervenção, um bom atendimento à Saúde da Criança é essencial para os usuários da USF Vila Nova. Já foram colhidos diversos bons frutos desta intervenção, e outros continuarão ocorrendo enquanto o atendimento perdurar.

Solicito, então, maior atenção das autoridades e gestores de saúde locais para os problemas acima apontados, muitos dos quais também são inerentes às outras áreas de atuação da unidade de saúde.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da USF Vila Nova,

Este relatório visa explicar a vocês a intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (USF) Vila Nova, no período de agosto a novembro de 2014, a qual teve como principal objetivo melhorar a atenção à saúde da criança, com foco nas crianças entre 0 e 6 anos de idade incompletos da comunidade.

Esta intervenção faz parte do projeto de Especialização em Saúde da Família da Dr^a Verônica Gutierrez, na Universidade Federal de Pelotas através de um programa do governo federal, pelo qual esta médica estará vinculada à unidade de saúde de sua comunidade pelo período de 12 meses.

Tudo o que foi realizado durante os atendimentos tiveram como base as orientações mais atualizadas do Ministério da Saúde.

Durante as doze semanas do projeto de intervenção foi realizado um trabalho conjunto com as agentes comunitárias de saúde para coletar dados sobre todas as crianças da comunidade dentro da faixa etária de abrangência do projeto de intervenção. E, partindo destes dados, começamos um agendamento sequencial de consultas para as crianças.

Sei que vocês, como comunidade, estavam bastante descrentes com o atendimento anterior que as crianças estavam recebendo, e que acabavam levando

suas crianças para consultar com pediatras particulares ou através de convênios. Isso gerou um distanciamento muito ruim entre a comunidade e a unidade de saúde. Este projeto tem objetivo também resgatar um atendimento de boa qualidade às crianças das comunidades atendidas pela USF Vila Nova, e trazer as famílias para o atendimento no serviço de sua região para um acompanhamento destas crianças ao longo de suas vidas.

Todos os atendimentos realizados na USF Vila Nova foram bem abrangentes, envolvendo todos os aspectos da saúde da criança, dentre os principais:

- revisão das vacinas;
- acompanhamento do crescimento e ganho de peso da criança;
- orientações alimentares de acordo com a idade da criança;
- avaliação de desnutrição ou obesidade infantil;
- acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- orientações aos familiares sobre prevenção de acidentes;
- orientações aos familiares sobre a higiene bucal das crianças;
- prevenção e tratamento de anemias;
- prevenção e tratamento de verminoses;
- avaliações da saúde do recém-nascido e encaminhamento para teste da orelhinha;
- realização do teste do olhinho; e
- realização do teste do pezinho.

Saibam que mesmo após as doze semanas obrigatórias do projeto de intervenção os atendimentos continuaram acontecendo. Na maioria das vezes eles ocorrem às terças-feiras à tarde, e já fazem parte da programação da nossa unidade de saúde.

Com a intervenção, já obtivemos resultados claros da ampliação do número de crianças atendidas na área de abrangência da USF Vila Nova e na reaproximação de várias famílias à nossa unidade de saúde.

Proporcionamos o atendimento médico qualificado ao recém-nascido na primeira semana de vida, através de consulta médica aprofundada para avaliação de saúde, exame físico geral, checagem de reflexos e avaliação da mamada; os quais anteriormente não eram disponibilizados (conforme relatado por usuários).

Realizou-se avaliação de crescimento e desenvolvimento para todas as crianças, utilizando métodos atualizados; o que permitiu avaliação de diversas crianças após o primeiro ano de vida que antes pouco compareciam à unidade de saúde (conforme relatado por usuários).

Realizou-se uma excelente abordagem de prevenção e tratamento de anemias, através da qual intervimos em algumas crianças anêmicas e várias que não estavam recebendo a suplementação de ferro de 6 aos 24 meses de idade, recomendada pelo Ministério da Saúde.

Através do trabalho conjunto com as agentes comunitárias de saúde realizamos uma excelente busca ativa das crianças faltosas ou em iminente situação de risco, obtendo bons resultados de recuperação do acompanhamento destes usuários.

Infelizmente nosso projeto não foi perfeito nem contou com condições ideais de trabalho para seu desenvolvimento e por este motivo enfrentamos algumas adversidades como, por exemplo, as péssimas condições de estrutura física do prédio onde a unidade de saúde estava situada. Este fato comprometeu a intervenção em alguns fatores, como a impossibilidade de vacinação de alguns usuários em virtude de quedas de luz frequentes.

Também se observou a desmotivação e sentimento de desvalorização em diversos profissionais em trabalharem em meio a rachaduras, paredes mofadas, aberturas enferrujadas e ausência de limpeza na unidade de saúde por alguns meses.

Algo particularmente grave é o fato da sala de vacinação estar alocada em uma sala em conjunto com a farmácia e sala de enfermagem; o que é totalmente alheio às normas técnicas e sanitárias preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Há condições de mau isolamento térmico das salas que mesmo com aquecedor se tornam inadequadas para o atendimento dos recém-nascidos no inverno.

Também comprometeu a intervenção, e ainda compromete a manutenção da saúde das crianças locais, o fato de muitos medicamentos faltarem frequentemente no estoque da USF. Uma vez que estamos alocados na zona rural e atendemos a diversas famílias de baixa renda, torna-se uma adversidade a compra de medicações. Muitas vezes este fato coloca em risco a realização do tratamento medicamentoso orientado pela equipe. Cito como exemplo a falta de Sulfato

Ferroso, medicação extremamente importante para o tratamento e prevenção das anemias e a falta de Albendazol, medicação mais utilizada para o tratamento das verminoses.

Finalizo este relatório expondo que, de acordo com a experiência observada no projeto de intervenção, um bom atendimento à Saúde da Criança é essencial para os usuários da USF Vila Nova. Já foram colhidos diversos bons frutos desta intervenção, e outros continuarão ocorrendo enquanto o atendimento perdurar.

Solicito, então, maior engajamento de vocês enquanto comunidade para cobrar das autoridades e gestores municipais do Sistema de Saúde melhorias para o funcionamento de nossa unidade de saúde.

Não basta apenas os funcionários da unidade solicitarem continuamente estas mudanças, vocês, enquanto usuários, possuem este direito e este dever de estarem sempre fiscalizando e cobrando a Secretaria Municipal de Saúde.

Muitas vezes percebemos que os usuários cobram os profissionais da unidade de saúde, como se estes fossem os responsáveis pelas más condições e por tudo o que a unidade de saúde deixa a desejar. Saibam que estão no seu direito, contudo, que estas reclamações precisam ser feitas diretamente ao que possuem de fato poder para modificar a situação, que são os superintendentes de saúde municipais, o secretário de saúde, os vereadores, o prefeito e vice-prefeito.

É preciso uma melhor organização da comunidade através de um conselho local de saúde para que tenham uma maior representatividade perante os representantes citados acima. É preciso que as reivindicações cheguem dos usuários diretamente a eles; e não acabem, como na maioria das vezes, nos profissionais da unidade de saúde que também são prejudicados pelo sistema sem nada poderem fazer.

5. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Início esta reflexão citando minhas expectativas iniciais sobre o curso. Quando iniciei esta pós-graduação tive muita satisfação em realizá-la junto à Universidade Federal de Pelotas (UFPel), instituição com reconhecimento internacional na área de saúde da família e excelente conceito e respeito no meio médico. Detinha, porém, expectativa de que desenvolveria um projeto de intervenção nas áreas principais de atuação da saúde da família, porém com o foco que eu escolhesse.

Com o transcorrer da pós-graduação elaborei um projeto de atuação conforme as normas do curso, onde não se pode dar um enfoque específico à intervenção, devendo escolher uma das ações programáticas já padronizadas.

Durante o período inicial do curso passei por enormes dificuldades, pois, em virtude das péssimas condições de trabalho da unidade de saúde onde eu estava alocada, houve informações de que eu seria trocada de local de atuação. Este processo perdurou de março até junho. Em muitas tarefas como a análise situacional e elaboração do projeto de intervenção eu não detinha nenhuma certeza de onde realmente desenvolveria meu projeto. Este contexto atrapalhou muito o desenvolvimento de algumas tarefas, gerando acúmulo destas em virtude da indecisão sobre onde eu seguiria alocada e um enorme estresse para colocar tudo em dia posteriormente.

Quando me inscrevi para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e dei início à pós-graduação em saúde da família na UFPel, acreditava que esta oportunidade de atuação seria excelente para concretizar, na atenção primária à saúde, vários sonhos de uma jovem médica, atuando de maneira abrangente na comunidade onde estaria alocada. Desejava incluir em meu trabalho vários grupos de convivência na comunidade e desenvolver projetos de melhoria de qualidade de vida e prevenção de doenças.

Contudo, o que realmente me deparei nestes dez meses em que já estou atuando em uma unidade de saúde subsidiada pela prefeitura de Pelotas e

vinculada ao PROVAB foi com um sistema de saúde extremamente burocratizado e sucateado, onde profissionais e usuários utilizam uma infraestrutura precária e insalubre; faltam insumos e medicamentos, e há uma cobrança destorcida por um número máximo de consultas/dia como forma de produtividade desejada, não valorizando as atuações preventivas como grupos nem se preocupando com a qualidade das consultas, apenas exigindo cada vez mais consultas.

Foi bastante frustrante conviver com o mau funcionalismo público, onde maus profissionais como funcionários concursados dos mais diversos setores exercem da forma mais lenta e dificultosa possível seu trabalho diariamente; inevitavelmente causando prejuízo e aumentando a burocratização do sistema público de saúde.

Gostaria de trazer boas recordações desta etapa que engloba PROVAB e pós-graduação, porém, não há como negar que foi uma experiência bastante frustrante. Acredito que o maior aprendizado foi perceber que um Sistema Único de Saúde (SUS) melhor depende, primariamente, de cada um dos profissionais envolvidos neste sistema. De nada adianta ótimas infraestruturas, excelente aporte de medicamentos e insumos, suporte tecnológico, suporte de exames e especialistas, se os profissionais desta cadeia não exercerem diariamente seu trabalho visando ajudar da melhor maneira possível seu usuário.

Desta maneira, mesmo não tendo conseguido realizar tudo o que desejava, tenho certeza de que concluirei esta etapa com bastante amadurecimento profissional e pessoal que, com certeza, me tornarão uma médica melhor.

Em relação à parte acadêmica propiciada pela pós-graduação, gostaria de salientar ser bastante importante para a atualização médica continuada os casos clínicos, uma vez que estes possuem correção imediata e gabarito comentado; sendo, para mim, a melhor ferramenta de estudo oferecida pelo UNASUS / UFPel.

Também de importante valia é o aprendizado acadêmico de elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso, aprendizado este que, com certeza, será útil para a continuidade de minha formação acadêmica como desenvolvimento de dissertação de mestrado e tese de doutorado.

Gostaria, por fim, de enfatizar e agradecer a importância da minha orientadora, a Enf^a Denise Bermudez, que com muita competência, dedicação e paciência me auxiliou e apoiou em todas as etapas e nas mais diversas dificuldades durante todas as etapas desta pós-graduação.

6. Bibliografia

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional do Programa de Suplementação de ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF. **Carências de Micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 228p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 228p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparação de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ANEXOS

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_06_06 Coleta de dados Crianças-1 [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

C12

A B C D E F G H I J K L M N O

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4 Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

OBSERVAÇÕES

*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde

Menores de 12 meses

De 12 a 24 meses

De 25 a 72 meses

Total de crianças entre zero e 72 meses

Considere o total de crianças na faixa etária residente na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequentam o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SISF, deve sair de uma estimativa (!). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado consultando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

Apresentação Orientações **Dados da UBS** Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores ...

PRONTO 70%

17:58 31/12/2014

Anexo C - Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D – Flyers que serão fornecidos aos pais

Queimaduras

A primeira e principal medida contra queimaduras em crianças, assim como qualquer acidente, é a **prevenção**.

● Prevenção de queimaduras: crianças de 1 a 4 anos

- Mantenha a criança fora da cozinha. Este é um local onde líquidos quentes, óleos, comidas quentes podem cair sobre ela e causar queimaduras graves.
- Encontre um local seguro para deixar a criança enquanto você cozinha.
- Verifique a temperatura da água antes do banho com o dorso de sua mão. Ela deve estar morna.
- Não deixe qualquer utensílio contendo líquidos quentes onde a criança possa ter acesso. Quando você menos espera, ela pode encontrá-lo.
- Não tente carregar a criança junto com uma caneca ou garrafa contendo líquido quente.
- Cubra todas as tomadas elétricas de sua casa com material apropriado.
- Concerte todos os fios elétricos desencapados de sua casa.
- Não deixe espetos ou grelhas atirados após o uso.
- Nunca deixe o forno aberto.
- Use as bocas detrás do fogão.
- Nunca deixe a criança sozinha durante o banho.



● Existem 4 níveis de queimaduras:

- **Primeiro grau:** leve e cicatriza rapidamente. Causa leve vermelhidão na pele, dor à palpação; se parece com a maioria das queimaduras de sol.
- **Segundo grau:** primeiros socorros e tratamento médico devem ser oferecidos tão logo seja possível. Sintomas são bolhas, dor e edema.
- **Terceiro grau:** necessário tratamento médico imediato. Os sintomas são pele branca, marrom ou carbonizada circundadas por bolhas. Pode não ter dor.
- **Quarto grau:** envolvem pele, músculo e osso. Elas frequentemente ocorrem com queimaduras elétricas e podem ser mais graves do que aparentam. Podem causar complicações graves e devem ser tratadas por um médico imediatamente.

ATENÇÃO: chame seu pediatra se seu filho sofreu algo além do que uma queimadura de primeiro grau. Todas as queimaduras elétricas e qualquer queimadura na mão, pé, face, genitais ou juntas piores do que primeiro grau devem receber atenção médica imediata.

● Primeiros Socorros

Para queimaduras graves chame 192 ou seu serviço de emergência. Até que o socorro chegue, siga os seguintes passos:

1. Esfrie a queimadura

Para queimaduras de primeiro e segundo grau, esfrie a área queimada com água fria corrente por alguns minutos. Isso ajuda a cessar o processo de queimadura, ajuda a diminuir a dor e previne ou reduz o edema. Não use gelo, isso pode prejudicar a cicatrização. Não esfregue a área queimada, pois pode aumentar as bolhas. Para queimaduras de terceiro grau, esfrie a queimadura com gazes estéreis molhadas, até que o socorro chegue.

2. Remova a roupa queimada

Coloque a criança sobre uma superfície lisa e retire as roupas que não estejam grudadas na pele. Remova qualquer jóia ou roupa muito justa ao redor da área queimada antes que o inchaço inicie. Se possível, eleve a área queimada.

3. Cubra a queimadura

Após o resfriamento da queimadura, cubra com uma roupa ou atadura solta e limpa. Não rompa as bolhas. Isso pode levar bactérias para dentro da ferida. Nunca coloque óleo ou gordura (incluindo manteiga, ou pomadas médicas) na queimadura. Eles trazem calor que podem piorar a queimadura. Podem também tornar o exame da queimadura mais difícil pelo médico.

4. Proteja a criança da perda de temperatura

Manter a temperatura do corpo normal. Cubra as áreas não queimadas com uma manta ou cobertor seco.

Intoxicações agudas

As intoxicações agudas continuam sendo causa importante de um grande número de atendimentos em serviços de emergência e significativa porcentagem de internações em UTIs pediátricas, principalmente em crianças na faixa etária abaixo de 6 anos.

Vários fatores contribuem para as intoxicações na infância: curiosidade natural da criança, descuido ou negligência dos familiares, propaganda indevida dos produtos, falta de leis adequadas no controle de venda e uso de substâncias tóxicas, hábito de auto-medicação, tentativas ou simulação de suicídio, maus tratos infringidos por familiares (abuso de drogas).

● Manejo geral

A família da criança intoxicada deve procurar recursos em serviços de emergência nas seguintes situações:

1. Exposição evidente a substância tóxica: tóxico conhecido e dose conhecida ou ignorada, ou tóxico desconhecido.
2. Possível exposição à substância tóxica: vidro vazio no chão, ambiente contaminado.
3. Ausência de evidência de exposição, mas com:
 - mudança brusca do estado de saúde para o de sofrimento orgânico importante e risco de vida;
 - aparecimento de sintomas simultâneos em número significativo de pessoas.



● Caso alguma intoxicação ocorrer:

- no caso de paciente inconsciente ou em convulsões, chame o serviço de emergência ou procure imediatamente um serviço de emergência mais próximo.
- caso contrário, ligue imediatamente para o CIT: 0800 721.3000 e forneça as seguintes informações:
 - seu nome e endereço;
 - nome, idade, peso da criança;
 - descreva o que aconteceu e forneça o nome e quantidade do produto;
 - o tempo decorrido do acidente;
 - as condições da criança e como a criança está se sentindo.

● Em caso de ingestão:

- remova qualquer veneno restante na boca e entre em contato com o CIT;
- não induza vômitos;
- não dê para a pessoa intoxicada ovos crus, sal, vinagre ou sucos de frutas cítricas para induzir vômitos ou neutralizar o veneno sem recomendação médica.



Ligue sempre, mesmo se você não tem certeza do que aconteceu!

Porto Alegre: Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul
Fone: (51) 2139.9200 / Fax: (51) 2139.9201
Atendimento: 0800 721 3000
Site: www.cit.rs.gov.br
E-mail: cit@fepps.rs.gov.br

● Prevenção

Prevenir as intoxicações constitui a medida principal para a solução satisfatória do problema. As intoxicações acidentais devem ser consideradas evitáveis.

- Mantenha todos os produtos em sua embalagem original, guarde-os em armários fechados, preferencialmente com chave e fora do alcance das crianças;
- Não guarde restos de medicamentos, produtos químicos velhos, vencidos ou sem rótulos;
- Evite auto-medicação e eduque as crianças desde pequenas para o uso correto;
- Use de forma adequada produtos químicos, inseticidas, leia os rótulos e siga as instruções dos fabricantes, nunca faça misturas caseiras;
- Não use remédios caseiros, feitos de plantas, sem orientação médica;
- Saiba quais são as plantas ornamentais existentes na sua casa e seus possíveis riscos;
- Nunca dê as costas a uma criança quando ela tem ao seu alcance algum produto;
- Saiba sempre onde as crianças estão e o que estão fazendo, se elas estiverem muito quietas, verifique-as;
- Certifique-se que não existem venenos ao alcance das crianças na cozinha, banheiro, lavanderia e outros locais da casa;
- Não deixe a criança ficar com fome. Crianças com fome procuram algo para comer e podem encontrar alguma coisa errada;
- Nunca chame um medicamento de "doce" ou "bala" para facilitar sua administração à criança quando necessário;
- Não use medicamentos no escuro, para evitar troca de embalagem ou erro de dosagem;
- Não use medicamentos na presença de crianças em idade pré-escolar, pois os pequenos gostam de imitar os gestos dos adultos;
- Ao comprar um medicamento, veja se confere exatamente com a receita do médico;
- Se você não entender a letra do médico, peça para ele reescrevê-lo;
- Evite pressa ao medicar uma criança, pois ela pode tossir ou engasgar;
- Não dê a crianças medicamentos indicados por vizinhos ou parentes, nem medicamentos prescritos para outra criança;
- Mantenha inseticida longe de alimentos, medicamentos e fora do alcance das crianças;
- Não permita que crianças apliquem inseticida ou brinquem com as embalagens dos produtos;
- Produtos agrícolas (agrotóxicos) nunca devem ser utilizados em casa;
- Cosméticos em geral (perfumes, loções, tinturas) podem provocar intoxicações quando ingeridos. Mantenha-os sempre em local seguro e longe do alcance das crianças;
- Nunca deixe bebidas alcoólicas e cigarros em locais acessíveis a crianças pequenas;
- Produtos utilizados em atividades de lazer, como materiais de artesanato, pintura, cerâmica e jardinagem também são perigosos para crianças;
- Nunca utilize embalagens de alimentos para estocar produtos químicos.

Qualquer suspeita de simulação ou tentativa de intoxicação intencional deve ser levada a sério e avaliada por equipe multidisciplinar.

Via de regra, as intoxicações em crianças resultam da interação de uma criança suscetível, um tóxico disponível e um ambiente temporariamente instável. Sendo assim, o mais importante é a prevenção!

Afogamentos

Apesar dos acidentes de trânsito e os crimes aparecerem diariamente como destaque nos jornais, o afogamento, no Brasil, é a segunda causa de morte na faixa etária dos 5 aos 14 anos.

Existe muita confusão no conceito de afogamento, por isso as estatísticas não expressam a realidade. Afogamento é um processo que compromete a respiração após a imersão ou submersão em meio líquido, e afogado é aquele que morre devido a este evento. Calcula-se que o afogamento seja responsável por 500.000 mortes por ano no mundo, com incidência aumentada em crianças menores que 5 anos e em jovens de 15 a 24 anos. O afogamento tem importância por se tratar de um evento que normalmente requer ressuscitação cardiopulmonar e outras intervenções em emergência. Preocupa muito o fato que 78% dos afogamentos em crianças menores que 2 anos ocorrem em banheira, e na idade de 1 a 4 anos, 56% ocorrem na piscina, ou seja, eventos próximos ao lar e possivelmente evitáveis. Nos adolescentes e adultos jovens tem associação alta (37%) com o álcool. Segundo consenso, deixa de ser importante a diferenciação entre água de piscina ou lago (doce) ou de mar (salgada). É incomum a aspiração de grande quantidade de água, e crianças que tenham algum problema neurológico (convulsões), jovens em uso de álcool ou outro tipo de drogas, vítima de trauma ou desmaio têm maior risco de afogamento.



Devemos no local do afogamento: identificar a vítima através de um código ou número, idade (menor que um ano), data, evento que precipitou, local, doença pré-existente. Devemos informar se: o evento foi observado ou não, o corpo está na água e em que parte, houve perda de consciência, ressuscitação no local, já chamado serviço de emergência, se está respirando, se tem batimentos cardíacos, tempo de reanimação e o estado neurológico (alterações como sonolência, pouca ou nenhuma responsividade, confusão).

O efeito do afogamento no pulmão é principalmente a falta de oxigenação (hipóxia) e também edema (acúmulo de líquido), manifestado por tosse, respiração curta e fome de ar. Na existência desses sintomas, é necessário que um médico avalie a criança para determinar a presença de roncos e sibilos e, conseqüentemente, a realização de um raio-X de tórax. O comprometimento neurológico pode ser grave em 20% dos afogamentos. A associação com trauma cervical é rara, mais evidente em acidentes de carro, em mergulho ou queda. O afogamento gera a hipotermia, que causa arritmias e distúrbio de coagulação.



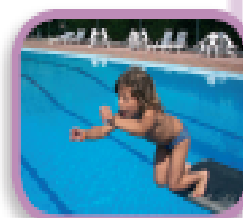
O conhecimento de cuidados básicos é fundamental no atendimento imediato do afogado, por exemplo, o risco de vômito e aspiração pulmonar é alto, devendo a vítima que vomita ser colocada em posição lateral. O atendimento deve começar dentro da água, rapidamente, com ventilação

boca-a-boca ou boca-a-boca e nariz. São fatores que interferem negativamente no prognóstico de um afogamento: idade menor que 3 anos, ter convulsão, uso de álcool, submersão por mais que 5 minutos, ressuscitação retardada ou prolongada por mais que 10 minutos, coma na admissão.

● Medidas preventivas para evitar o afogamento em piscinas e similares:

65% dos afogamentos ocorrem em água doce.

- Sempre supervisione as crianças.
- Nunca abandone a criança perto de banheira ou piscina.
- Obstrua a passagem para a piscina (grades).
- Nunca deixe a criança com apenas bóia de braço.
- Evite atrativos perto da piscina (brinquedos).
- Desligue o filtro quando a piscina estiver em uso.
- Telefone portátil perto da piscina.
- Não respire rápido (hiperventilação) antes de entrar na piscina.
- Não mergulhe em piscina rasa.
- Ensine a nadar a partir dos 2 anos.
- Se tiver piscina, aprenda o suporte básico de vida.



● Medidas preventivas para evitar o afogamento na praia:

- Nadar próximo a um salva-vidas.
- Perguntar ao salva-vidas sobre local apropriado para nadar.
- Não superestime sua capacidade de nadar.
- Sempre observe as crianças.
- Nade longe de pedras e pontes.
- Evite álcool e alimentação antes de nadar.
- Leve a criança perdida ao salva-vidas.
- 80% dos afogamentos ocorrem em valas.
- Não tente salvar se você não sabe nadar.
- Cuidado na pescaria em cima de pedras.
- Não mergulhe em água rasa (risco de trauma cervical).
- Afaste-se de animais marinhos
- Leia avisos da praia.



Dieta equilibrada: importância nos primeiros anos de vida



Toda criança deve ter uma boa alimentação, em quantidade, qualidade e consistência, para suprir suas necessidades e assim crescer e desenvolver-se adequadamente.

A alimentação saudável previne doenças. Cinco das dez causas de morte mais frequentes – doença cardíaca coronariana, acidentes vasculares cerebrais, diabetes mellitus, arteriosclerose e certos tipos de câncer – são doenças nas quais a dieta desempenha um papel muito importante.

A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza a mesma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS): manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

Naqueles casos em que o aleitamento materno não é possível, deve ser usada fórmula infantil de seguimento adequada para a idade. A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares. É importante salientar que não devem fazer parte alimentos inadequados à saúde da criança, como chás, água açucarada, leite em pó erroneamente diluído, sopas diluídas, entre outros.

Inicialmente os alimentos devem ser oferecidos sob a forma de papa, passando para pequenos pedaços, e, após os doze meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família, desde que esta alimentação da família seja equilibrada e variada.

Cuidado! O período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação, devido a manipulação e preparo inadequados.

O uso de suco deve ser com muita cautela. A vitamina C é importante, no entanto, deve-se estimular a ingestão da fruta inteira. O suco não deve ser ingerido se sua preparação já ultrapassou 30 minutos (risco de contaminação), ou 10 minutos (diminuição do aproveitamento das vitaminas). Se o esquema alimentar permitir, o suco pode ser oferecido, uma vez ao dia, sem adição de açúcar, no copo. Dentro do possível, estimule o hábito de só oferecer água no primeiro ano de idade. É importante ensinar a criança a saciar a sua sede com água. Não use sucos artificiais ou preparações como "suco de gelatina"! Controle a quantidade de líquidos ingerida nas refeições, porque o suco, a água e, principalmente o refrigerante, distendem o estômago, podendo dar o estímulo da saciedade precocemente. Ofereça líquido após as refeições.

Os refrigerantes devem ser ingeridos apenas em ocasiões especiais. Evite proibições rígidas.

Não há indicação para uso de sobremesa, pois a refeição salgada já deve ser o suficiente. Não sirva no prato uma quantidade maior do que a aceitação da criança – respeite o seu apetite, não a force a “raspar o prato”.

Cuidar muito com as porções, pois a capacidade de saciedade é pessoal, e pode ser “perdida” na infância.

É importante estimular a criança a comer vários alimentos, com diferentes sabores, cores, consistência, temperatura e texturas. Não se deve insistir e forçar! Deve-se respeitar o apetite da criança.

Lembre-se que os alimentos preferidos pelas crianças são os mais doces e calóricos, que é inato do ser humano. Pela vontade da criança, ela vai querer comer apenas doces. Coloque limites quanto ao horário e à quantidade!

“Salgadinhos”, balas e doces devem ser consumidos em ocasiões especiais, com horários adequados e em quantidades suficientes para não atrapalhar o apetite da próxima refeição. Evite proibições, pois elas estimulam mais o interesse da criança. Garanta uma boa higiene bucal após a ingestão de açúcares e bolachas.

Não tenha comportamento associado à alimentação com recompensas, chantagens, subornos ou castigos para forçar a criança a comer. Isto só vai reforçar a recusa alimentar, e pode criar um ciclo vicioso na relação pais/filhos/alimentos.

É importante evitar proibições rígidas, já que estes hábitos são influenciados por vários fatores, como influência do meio social, convívio em grupos, baixo custo, bom paladar e praticidade.

O Ministério da Saúde estabeleceu os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos de idade”, veja no quadro:

- **Passo 1** – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- **Passo 2** – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade.
- **Passo 3** – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se não estiver em aleitamento materno.
- **Passo 4** – A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
- **Passo 5** – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar na alimentação da família.
- **Passo 6** – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- **Passo 7** – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- **Passo 8** – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- **Passo 9** – Cuidar da higiene no preparo e no manuseio dos alimentos, garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- **Passo 10** – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.



Preparando-se para a amamentação no pré-natal



• Composição e vantagens do aleitamento materno

- O leite materno é o alimento ideal para o bebê, pois é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais até os 6 meses de idade. Não existe leite materno "fraco", "aguado".
- O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de *colostró* e oferece grande proteção contra infecções – diz-se que é a "primeira vacina" do bebê.
- O leite materno possui anticorpos que proporcionam proteção contra infecções e alergias. Caso ocorram, as infecções são menos graves.
- Fornece a água necessária para manter o seu filho hidratado, mesmo em temperaturas ambientais elevadas.
- Está sempre fresco, encontra-se na temperatura certa e pronto para beber.
- Sua composição nutricional balanceada contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado do seu bebê. Também protege a criança da desnutrição.
- A amamentação evita o risco de contaminação no preparo de alimentos lácteos.
- É mais econômico e mais prático.



- Favorece o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, proporcionando maior união entre eles. Promove o desenvolvimento da criança e seu relacionamento interpessoal.
- Auxilia a mãe a voltar mais rapidamente ao seu peso normal e ajuda a reduzir a hemorragia após o parto.
- A amamentação transmite segurança, prazer e conforto para a mãe. Aumenta sua auto-estima. Ela sabe que o seu bebê está saudável porque está recebendo o melhor leite: o seu leite.

● Cuidados para a futura mãe no pré-natal

- Alimente-se bem, ingerindo frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados.
- Faça atividades físicas adequadas, seguindo as orientações de seu médico.
- Não use medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos, etc.) sem consultar seu obstetra.
- Não consuma bebidas alcoólicas.
- Não fume.
- Mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm do seio, e não apenas o mamilo – converse com seu médico.
- Além de fazer acompanhamento obstétrico, você deve fazer uma consulta com o pediatra no pré-natal.

● Você sabe o que conversar com o pediatra ?

- O atendimento do bebê na sala de parto.
- Características dos bebês nos primeiros dias: ritmo de sono, choro, ritmo das mamadas.
- Eventos frequentes no início do aleitamento materno.
- A ida para casa.

Preparando-se para a amamentação no pré-natal



• Composição e vantagens do aleitamento materno

- O leite materno é o alimento ideal para o bebê, pois é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais até os 6 meses de idade. Não existe leite materno "fraco", "aguado".
- O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de *colostró* e oferece grande proteção contra infecções – diz-se que é a "primeira vacina" do bebê.
- O leite materno possui anticorpos que proporcionam proteção contra infecções e alergias. Caso ocorram, as infecções são menos graves.
- Fornece a água necessária para manter o seu filho hidratado, mesmo em temperaturas ambientais elevadas.
- Está sempre fresco, encontra-se na temperatura certa e pronto para beber.
- Sua composição nutricional balanceada contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado do seu bebê. Também protege a criança da desnutrição.
- A amamentação evita o risco de contaminação no preparo de alimentos lácteos.
- É mais econômico e mais prático.



- Favorece o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, proporcionando maior união entre eles. Promove o desenvolvimento da criança e seu relacionamento interpessoal.
- Auxilia a mãe a voltar mais rapidamente ao seu peso normal e ajuda a reduzir a hemorragia após o parto.
- A amamentação transmite segurança, prazer e conforto para a mãe. Aumenta sua auto-estima. Ela sabe que o seu bebê está saudável porque está recebendo o melhor leite: o seu leite.

● Cuidados para a futura mãe no pré-natal

- Alimente-se bem, ingerindo frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados.
- Faça atividades físicas adequadas, seguindo as orientações de seu médico.
- Não use medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos, etc.) sem consultar seu obstetra.
- Não consuma bebidas alcoólicas.
- Não fume.
- Mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm do seio, e não apenas o mamilo – converse com seu médico.
- Além de fazer acompanhamento obstétrico, você deve fazer uma consulta com o pediatra no pré-natal.

● Você sabe o que conversar com o pediatra ?

- O atendimento do bebê na sala de parto.
- Características dos bebês nos primeiros dias: ritmo de sono, choro, ritmo das mamadas.
- Eventos frequentes no início do aleitamento materno.
- A ida para casa.

Prevenção da morte súbita do lactente



A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte súbita e inesperada, durante o sono, de criança com menos de 1 ano de idade, em que a história clínica, o exame físico, a necropsia e o exame do local do óbito não demonstram a causa específica para o óbito.

⊕ Fatores de risco

- **Idade:** é rara abaixo de 1 mês. O maior risco é entre 2 e 5 meses.
- **Sexo:** predomina em meninos (60% dos casos).
- **Racial:** 1,5 a 2 vezes mais incidente entre índios e negros do que na raça branca.
- **Tipo de aleitamento:** a incidência é igual entre lactentes com leite materno ou com mamadeira.
- **Mãe e bebê compartilhando o mesmo leito:** não há indícios de que aumenta a SMSL. No entanto, há o risco de asfixia por compressão do tórax ou face, ou de esmagamento (isto não é SMSL, mas a primeira descrição na literatura está na bíblia – 1 Reis 3: 19,22).
- **Prematuridade e baixo peso de nascimento:** 3,5 vezes mais chance quando o peso ao nascer está abaixo de 1.500 g, e 2,5 vezes mais chance quando entre 1.500 e 2.500 g.



- **Tabagismo materno:** incidência 3 vezes maior – o risco para o tabagismo durante a gravidez e após o parto é o mesmo, ou seja, persiste igual mesmo quando a mãe pára de fumar após o nascimento do bebê.
- **Irmãos:** quando ocorre a SMSL em uma família, os futuros irmãos têm chance 3 a 5 vezes maior de repetir a SMSL, quando comparados à população geral. O simples fato de não ser o primogênito e ter irmãos mais velhos, significa um risco um pouco menor de SMSL.

• Como prevenir?

- Colocar o recém-nascido em posição para dormir exclusivamente de barriga para cima. Não deve dormir de barriga para baixo. Evitar, inclusive a posição lateral.
- Utilizar colchão firme. Evitar colchão macio. Não usar travesseiro, mantas soltas ou bicho de pelúcia sobre o berço.
- Em dias frios, usar de preferência "saco de dormir". Se usar cobertor, prender as bordas laterais sob o colchão.
- O berço pode ficar próximo à cama do casal. Não colocar o bebê a dormir na cama com os pais.
- Não fumar.



A criança que não quer comer



“Por que meu filho não come?” é uma pergunta que muitas mães se fazem diariamente.

As angústias maternas com relação à nutrição da criança começam já com as primeiras mamadas: “será que ele realmente mamou o suficiente?”. É importante que os pais compreendam que o apetite da criança pode diminuir após o primeiro ano de vida, por uma mudança normal no padrão de crescimento. Sabe-se que o peso normalmente triplica no primeiro ano, e aumenta apenas cerca de 10 a 20% nos anos subsequentes.

Assim, a partir dos 2 anos de idade é esperada a diminuição do apetite. Vale lembrar também que o controle do apetite depende, além da idade, da atividade física e psíquica, das necessidades nutricionais e do ambiente, e que na fase de formação do hábito alimentar, a aceitação de um novo alimento ocorre por repetição e condicionamento social.



Há algumas estratégias para que a “falta de apetite” não atrapalhe a rotina familiar e não comprometa a saúde de seu filho. Veja algumas delas:

- 1 Estimular a criança a participar da escolha do alimento.
- 2 Incentivar a criança a preparar o seu prato.
- 3 Respeitar o direito da criança a ter preferências e aversões.
- 4 Oferecer preparações com cores, sabores e texturas diferentes (uma alimentação colorida representa uma dieta nutricionalmente balanceada).
- 5 Preparar o mesmo alimento de diferentes maneiras (favorece a aceitação).
- 6 Não disfarçar os alimentos (dificulta o aprendizado das diferentes texturas e sabores).
- 7 Estabelecer horários e duração das refeições (permite a regulação do mecanismo fisiológico de fome e saciedade).
- 8 O ambiente das refeições deve ser calmo, para não distrair a criança.
- 9 Diminuir o excesso de leites e sucos, pois os líquidos suprem a sensação de fome.
- 10 É normal a criança preferir doces, cabe aos pais a colocação dos limites.
- 11 Identificar a indisciplina alimentar, evitar guloseimas antes das refeições, substituição de refeições por lanches, e excesso de alimentos lácteos.
- 12 Não forçar, ameaçar ou punir a criança para comer.
- 13 Não oferecer recompensas e agrados, atitudes que reforçam a recusa alimentar.
- 14 Se o seu filho não ganhar peso adequadamente, ou perde peso, procure o seu PEDIATRA!



Há algumas estratégias para que a “falta de apetite” não atrapalhe a rotina familiar e não comprometa a saúde de seu filho. Veja algumas delas:

- 1 Estimular a criança a participar da escolha do alimento.
- 2 Incentivar a criança a preparar o seu prato.
- 3 Respeitar o direito da criança a ter preferências e aversões.
- 4 Oferecer preparações com cores, sabores e texturas diferentes (uma alimentação colorida representa uma dieta nutricionalmente balanceada).
- 5 Preparar o mesmo alimento de diferentes maneiras (favorece a aceitação).
- 6 Não disfarçar os alimentos (dificulta o aprendizado das diferentes texturas e sabores).
- 7 Estabelecer horários e duração das refeições (permite a regulação do mecanismo fisiológico de fome e saciedade).
- 8 O ambiente das refeições deve ser calmo, para não distrair a criança.
- 9 Diminuir o excesso de leites e sucos, pois os líquidos suprem a sensação de fome.
- 10 É normal a criança preferir doces, cabe aos pais a colocação dos limites.
- 11 Identificar a indisciplina alimentar, evitar guloseimas antes das refeições, substituição de refeições por lanches, e excesso de alimentos lácteos.
- 12 Não forçar, ameaçar ou punir a criança para comer.
- 13 Não oferecer recompensas e agrados, atitudes que reforçam a recusa alimentar.
- 14 Se o seu filho não ganho peso adequadamente, ou perde peso, procure o seu PEDIATRA!



Prevenção da obesidade infantil



● Importância

A obesidade infantil é um problema crescente em nível mundial. A preocupação com a sua ocorrência não é relacionada somente com a estética, mas também com as consequências negativas que ela traz para a saúde das crianças. Em geral as crianças obesas apresentam problemas emocionais e de relacionamento social. Elas têm dificuldade para praticar atividades físicas, alguns problemas ortopédicos e distúrbios relacionados com o sono. Além disso, as crianças obesas têm mais chance de desenvolver algumas doenças durante a infância, como hipertensão arterial (pressão alta), diabetes e dislipidemia (alteração do colesterol, triglicerídios e outros).

Todas estas situações podem comprometer a qualidade de vida e a produtividade dessas crianças na idade adulta.

● Prevenção

A melhor forma de prevenir a obesidade é criar hábitos saudáveis. A prática de atividade física e uma alimentação equilibrada devem fazer parte da vida da criança desde cedo.

O modelo dos pais e da família é fundamental. Logo, a criação de hábitos saudáveis exige o envolvimento e o esforço de todos.



• Estratégias de prevenção

- Amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida.
- Estabelecer horários regulares para alimentação. Realizar cinco a seis refeições por dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e (ceia). Não comer fora de hora.
- Fazer as refeições em ambiente tranquilo. Comer devagar.
- Evitar recompensar a criança com comida.
- Evitar preparações fritas. Preferir as cozidas, assadas ou grelhadas.
- Evitar o consumo de açúcar refinado e produtos industrializados já adoçados (sucos, achocolatados, refrigerantes, sorvetes, doces, etc.).
- No almoço e jantar, utilizar somente um tipo de cereal ou vegetal C (arroz, ou macarrão, ou batata, ou polenta, ou aipim/mandioca, ou milho).
- Estimular o consumo de frutas (sem adição de açúcar) e de vegetais.
- Estimular a ingestão de água.
- Estimular a criança a praticar atividade física: brincar, caminhar, dançar, pular, andar de bicicleta, etc.
- Incentivar a praticar educação física na escola.
- Impor limite para atividades sedentárias como ver TV, jogar videogame ou usar o computador, para duas horas por dia, no máximo.



Diarréia e desidratação

Como prevenir a desidratação?

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)

- **Na ausência do TRO preparar soro caseiro (SRO) que contém:**
 - ❖ **1 litro de água fervida**
 - ❖ **1 colher de chá rasa de sal**
 - ❖ **4 colheres de chá bem cheias de açúcar**
 - ❖ **Após cada evacuação o lactente deve receber 50 a 100 mL e 100 a 200 mL se tiver mais que 1 ano**

Evitando a diarreia

A diarreia é uma doença freqüente, principalmente, quando:

- Não há saneamento básico.
- Não há condições adequadas para uma boa higiene pessoal.
- Quando o bebê é alimentado por mamadeira.

Você pode prevenir a diarreia lavando bem as mãos:

- Antes de preparar os alimentos.
- Depois de usar o banheiro.
- Antes e depois de lidar com o bebê.

Cuidando da criança com diarreia

Criança com diarreia precisa de mais alimentação para não ficar desnutrida, por isso:

- Aumente o número de vezes que dá o peito ou ofereça os alimentos com maior freqüência.
- Para os bebês que não estão sendo amamentados, ofereça os alimentos que a criança está habituada a comer.

Evitando a desidratação

- Para prevenir a desidratação, é preciso aumentar a oferta de líquidos: água, chás, sucos, água de coco.
- Não é bom dar refrigerante nem bebidas energéticas, pois elas podem piorar a diarreia.

A criança precisa ser levada ao serviço de saúde quando:

- Vomita todas as vezes em que toma o soro oral ou mama.
- Aparece sangue nas fezes.
- Mesmo tomando soro oral, está com os olhos fundos, pele seca, pouca lágrima e saliva, e faz pouco xixi.

Bebê com diarreia precisa mamar ou se alimentar mais vezes e tomar soro de reidratação oral. mais vezes e tomar soro de reidratação oral.

APÊNDICES

Apêndice A - CHECK-LIST PUERICULTURA - ENFERMAGEM

Usuário _____ Idade: _____

Prontuário: _____

Data da consulta: ____/____/____.

- () Faltou à consulta de puericultura anterior
- () Avaliado novamente a curva de crescimento nesta consulta
- () Déficit de peso
- () Excesso de peso
- () Avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo
- () Vacinação atrasada ou incompleta
- () Suplementação de ferro profilática
- () Suplementação de ferro terapêutica
- () Recebeu orientações sobre prevenção de acidentes nesta consulta
- () observado pega da mamada nesta consulta (se for a 1ª consulta)
- () Criança ainda em aleitamento materno (se menor de 2 anos)

Apêndice B - Ficha de Monitoramento pelo enfermeiro

Mês: _____

Número de crianças na área de abrangência da USF:

_____ até 1 mês _____ até 6 meses _____ de 6 meses a 1 ano
_____ de 2 a 5 anos _____ de 6 a 10 anos

Número mensal de nascimentos na área de abrangência da USF

Percentual mensal de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida _____

Percentual mensal de novas crianças que iniciaram puericultura que realizaram triagem auditiva _____

Percentual mensal de crianças com avaliação da curva de crescimento que fizeram puericultura na unidade _____

Número, nome e nº do prontuário dos novos casos de déficit ou excesso de peso dentre as crianças que fizeram puericultura na unidade:

DÉFICIT:

Total: _____

EXCESSO:

Percentual mensal de crianças com vacinas atrasadas _____ e com vacinação incompleta ao final da puericultura _____

Percentual mensal de crianças que receberam suplementação de ferro: _____

Número mensal de casos com necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência _____

Número mensal de crianças que faltaram à consulta agendada de puericultura _____

Número de buscas ativas às crianças que faltaram à consulta agendada de puericultura neste mês _____

Número quinzenal de crianças de alto risco acompanhadas da área de abrangência da USF: 1ª quinzena: ____ 2ª quinzena: ____

Número quinzenal de crianças de alto risco faltosas da área de abrangência da USF: 1ª quinzena: ____ 2ª quinzena: ____

Apêndice C – Ficha de monitoramento pelo médico

Mês: _____

Número, nome e nº dos novos casos de déficit ou excesso de peso que passaram por avaliação médica dentre as crianças que fizeram puericultura na unidade:

DÉFICIT:

Total: _____

EXCESSO:

Total: _____

Percentual mensal de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo que realizaram puericultura nesta unidade: _____