

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



**MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES NA ESF
DE GRAVITO, CATU/BA**

FABIANA SAMPAIO SOARES

PELOTAS, 2014

FABIANA SAMPAIO SOARES

**MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES NA ESF
DE GRAVITO, CATU/BA**

Trabalho acadêmico apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Elisiane Bisognin

Pelotas – 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S676m Soares, Fabiana Sampaio

Melhoria da atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses na ESF de Gravito, Catu, BA / Fabiana Sampaio Soares ; Elisiane Bisognin, orientadora. — Pelotas, 2014.

105 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Puericultura. 4. Saúde bucal. 5. Saúde da criança. I. Bisognin, Elisiane, orient. II. Título.

CDD : 362.14

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico esse trabalho a DEUS, que está acima de nós e nos protege de todas as adversidades e que caminha junto nos melhores e piores momentos da nossa vida.

A meus pais que são os pilares da minha vida e que estão a cada passo da minha trajetória me apoiando e me nutrindo do seu amor incondicional.

Ao meu irmão e minha cunhada por estarem presentes e pela oportunidade de vivermos juntos essa vida.

Ao meu noivo pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a orientadora, Elisiane Bisognin pela paciência e dedicação ao desenvolvimento desse projeto, possibilitando o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecer também a linda equipe que muito me acolheu nessa trajetória e me adotou como um membro da sua equipe, embarcando no meu sonho de um SUS melhor e de que é possível juntos vencermos as adversidades.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	52
Figura 2 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	53
Figura 3 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.....	54
Figura 4 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	55
Figura 5 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.....	56
Figura 6 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	57
Figura 7 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	58
Figura 8 – Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.....	59
Figura 9 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	59
Figura 10 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	60
Figura 11 - Proporção de crianças com suplementação de ferro.....	61
Figura 12 – Proporção de crianças com triagem auditiva.....	62
Figura 13 – Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.....	62
Figura 14 – Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.....	63
Figura 15 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.....	64
Figura 16 – Proporção de crianças com registro atualizado.....	65
Figura 17 – Proporção de crianças com avaliação de risco.....	65
Figura 18 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	66
Figura 19 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	67
Figura 20 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações	

nutricionais de acordo com a faixa etária.....	68
Figura 21 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	69
Figura 22 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	70
Figura 23 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.....	71
Figura 24 – Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DMS	Departamento de Medicina Social
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	13
1.1 Semana de Ambientação.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	18
1.3 Texto Comparativo.....	24
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2Objetivos e Metas.....	27
2.2.1Objetivo Geral.....	27
2.2.2Objetivos Específicos.....	28
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	36
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	47
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão.....	72
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	78
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	84

RESUMO

SOARES, Fabiana Sampaio; BISOGNIN, Elisiane. **Melhoria da atenção a Saúde da Criança de 0 a 72 meses na ESF de Gravito, Catu/Ba.** (108 fls) Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas Universidade Aberta do SUS, Pelotas.

O presente trabalho sistematiza o cuidado na ótica da Estratégia de Saúde da Família realizado durante o Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL com enfoque na saúde da criança. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção a saúde da criança Estratégia de Saúde da Família de Gravito, no município de Catu, Estado da Bahia. A escolha do tema iniciou pela elaboração da análise situacional focado no desenvolvimento das ações programáticas, sendo então feita a escolha pela intervenção no programa específico. A escolha do projeto, intervenção e análise dos resultados justifica-se pela priorização da equipe em qualificar a atenção das crianças de zero a sete anos de idade na busca de obter-se melhores indicadores com impacto positivo para a saúde infantil. A metodologia utilizada segue a sistematização do cuidado através de ações propostas nos eixos pedagógicos da metodologia do Curso de Especialização em Saúde da Família que compreendem no monitoramento e avaliação de indicadores, organização e gestão do método de trabalho, engajamento público como forma de incentivo da participação popular e qualificação da prática clínica com revisão e aperfeiçoamento de normas técnicas. Ao final da intervenção houve a análise dos resultados obtidos, ressaltando-se a porcentagem de 94,5% de cobertura do Programa, com monitoramento do crescimento e desenvolvimento em dia e com vacinação em dia, além disso, 75,8% das crianças tiveram sua primeira consulta na primeira semana de vida. Com a intervenção foi propiciado a melhoria da atenção à puericultura com a ampliação da cobertura, a qualificação dos registros da unidade, a qualificação da atenção com destaque para o fluxo contínuo da criança na unidade, a rotina das orientações nas consultas de puericultura e discussão quanto ao cumprimento das metas propostas e incorporação da prática à rotina de trabalho da equipe. A incorporação da intervenção no serviço foi relevante, pois a mesma foi incorporada a rotina da unidade de maneira gradual e tendo aceitação por todos os profissionais de saúde.

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

ABSTRACT

SOARES, Fabiana Sampaio; BISOGNIN, Elisiane. **Improved care Child Health 0-72 months in the FHS Gravito, Catu / Ba.** (108fls) Work Course Conclusion-Specialization in Family Mode Distance Health. Federal University of Pelotas Open University of SUS, Pelotas.

This paper systematizes care from the perspective of the Family Health Strategy conducted during the Specialization Course in Family UNASUS / UFPEL Health with a focus on children's health. The overall objective of the study was to improve the health care of the child Gravito the Family Health Strategy, in the municipality of Catu State Bahia. A choice of subject began the preparation of situational analysis focused on the development of programmatic, and then taken the choice of intervention in the specific program. The choice of design, intervention and analysis of results is justified by prioritizing the team qualify for the attention of children from birth to seven years old in search of best indicators with positive impact on child health. The methodology follows the systematic care through actions proposed in the pedagogical methodology of the axes of the Specialization Course in Family Health comprising the monitoring and evaluation indicators, organization and management of the working method, public engagement as an incentive for participation popular and qualification of clinical practice with the review and development of technical standards. At the end of the intervention was to analyze the results, highlighting the percentage of 94.5% coverage of the program, with monitoring of growth and development and vaccination status, in addition, 75.8% of children had their first query in the first week of life. With the assistance was afforded to improved attention to childcare with extended coverage, the qualification records of the unit, the qualification of care with emphasis on the continuous flow of the child in the unit, the routine of the guidelines during routine visits and discussion on the fulfillment of the goals proposed merger and practice the routine work of the team. The incorporation of intervention in the service was relevant, because it has been incorporated into the routine of the unit gradually and with acceptance by all health professionals.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Child Health, Childcare; Oral Health.

APRESENTAÇÃO

Este volume configura-se como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPel) e é resultado das atividades desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

Assim, o presente volume consta do resultado deste processo e está organizado em cinco seções: a primeira está composta pela análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pela Avaliação da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial da situação da APS/ESF

A Estratégia de Saúde da Família de Gravito está localizada no município de Catu na área metropolitana de Salvador, capital do estado da Bahia. O município tem a população de aproximadamente 51 mil habitantes, a sua economia é baseada no setor petrolífero e comercial, tem um clima quente e úmido (IBGE, 2010).

O sistema de saúde local está organizado através de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e rede complementar. O fortalecimento da APS é buscado através do modelo de atenção denominado de Estratégica de Saúde da Família com quinze unidades de saúde (sendo seis na zona rural e nove na zona urbana). Em relação à atenção especializada, o município possui um ambulatório com especialidades médicas incluindo dermatologia, pediatria e endocrinologista, entre outra. Estes atendimentos especializados são realizados no município visando atender a população local sem necessidade de deslocamento para outras cidades da região e são agendados pela Central de Regulação do município.

O acesso aos exames laboratoriais é garantido através do Laboratório Municipal de Análises Clínicas que coleta e realiza exames laboratoriais variados e terceiriza alguns exames para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) como sorologia para dengue, rubéola e sarampo. Os resultados são prontamente entregues aos usuários sem necessidade de deslocamento. O município possui um hospital de pequeno porte com 40 leitos que atende a população pelo SUS e duas clínicas/hospitais privadas que atendem a população de forma particular ou conveniada.

No município de Catu a atenção básica conta com o auxílio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com atuação junto as Estratégias de Saúde da Família (ESF) atendendo as pessoas das áreas de sua abrangência. O NASF é composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga e educador físico. Na parte odontológica, todas as unidades de saúde contam com o apoio odontológico e também com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que atende os casos mais específicos, como cirurgia de terceiro molar, prótese e endodontia.

O município conta também com uma vigilância epidemiológica atuante, notificando e investigando as doenças e agravos que acometem os usuários, o programa de tuberculose e hanseníase e as campanhas de vacina que nos últimos anos tem alcançado todas as metas do Ministério da Saúde.

Devido eu estar trabalhando na vigilância epidemiológica, escolhi a Unidade Básica de Saúde de Gravito pelo fácil acesso à equipe e boa relação entre os profissionais de saúde. A unidade fica na zona rural do município a 6 km da sede, tem atendimento exclusivo pelo SUS. Possui na sua composição uma equipe de saúde da família completa com um médico, uma enfermeira, uma técnica, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar serviços gerais e cinco agentes de saúde.

Atende uma população de 2580 habitantes da sua área adscrita. Toda a educação permanente da unidade é feita pela Secretaria Municipal de Saúde do município, como a atenção básica e a vigilância epidemiológica, e pela terceira Diretoria Regional de Saúde (DIRES). A unidade atualmente foi escolhida pelo município para fazer parte do projeto piloto para realizar o acolhimento e escuta qualificada dos profissionais, que atualmente está sendo implantado e discutido pela equipe por ser um projeto novo que precisa de adaptações para a realidade local.

A Estratégia de Saúde da Família propõe mudança no modelo de saúde vigente e contribui para a melhoria das condições de vida da população. E para isso, a estrutura da UBS deve ser adequada para atender a população e aos profissionais de saúde de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. A UBS do Gravito não está adequada, em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde quanto às condições estruturais. A UBS está alocada em uma casa doada por um morador da comunidade. A estrutura não se enquadra dentro das necessidades, como o acesso para idosos e deficientes que apesar de ter uma rampa de acesso à entrada da unidade não tem corrimão para o apoio dos mesmos, os banheiros não são adaptados aos deficientes e só existe um único banheiro unissex para os usuários.

As paredes são de superfície lisa, mas não tem pintura lavável, dificultando a limpeza do ambiente, como também o chão não é antiderrapante, podendo levar a quedas dos profissionais como dos usuários, principalmente aqueles que têm dificuldade de locomoção. As pias para lavagem das mãos não tem o sistema de

uso sem contato, podendo levar a contaminação dos procedimentos.

Por ser uma casa antiga a falta de circulação de ar dentro dos consultórios e na sala de espera faz com que aumente a insalubridade dos profissionais que ficam em constante contato com pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, levando assim o profissional a adoecer. Essa falta de estrutura não atende assim as necessidades dos profissionais e dos usuários.

Os consultórios da enfermeira e da médica apresentam uma janela que não é aberta no dia a dia, por causa de uma mata ao lado da unidade. Este local possui insetos que se deslocam para os consultórios, por isso esses dois profissionais preferem usar ventiladores, deixando o ambiente sem ventilação natural e mal iluminados, utilizando sempre a luz artificial. O consultório do dentista apresenta apenas uma basculante, contudo a ventilação ocorre por meio do ar refrigerado utilizado por causa do atendimento odontológico. A sala de procedimentos, farmácia e sala de vacina como toda a unidade não apresenta ventilação e nem refrigeração, não se adequando as normas preconizadas.

Outro ponto discutível é a não existência de um local apropriado para armazenamento de lixo comum e contaminado. Ele fica armazenado em um pequeno depósito, de fácil acesso para a entrada de animais e roedores. A coleta é realizada pela prefeitura duas vezes na semana, sendo o lixo depositado vários dias dentro da UBS.

A UBS não apresenta sala de reuniões. Para as atividades coletivas são utilizadas a sala de espera. Apesar de ser ocupada a sala de espera para as atividades coletivas esta possui precárias condições de acomodação. Este espaço de espera não está adequado ao Protocolo da Estrutura Física da Unidade de Saúde, pois deveria dispor de quinze lugares para acolher as pessoas devidamente acomodadas, contudo na UBS tem somente oito cadeiras na recepção e mais oito na sala de espera. Esta situação dificulta a espera dos usuários para o atendimento.

Outra necessidade observada é a falta de consultório com banheiro adjacente, levando ao constrangimento das usuárias nas consultas ginecológicas, pois o exame de Papanicolau é um procedimento íntimo e as usuárias precisam trocar de roupas na mesma sala, sendo separadas apenas por um biombo.

Em relação aos insumos disponíveis na unidade, existe uma fragilidade, pois há falta de alguns insumos necessários a procedimentos básicos. Outro aspecto que

causa impacto negativo aos atendimentos refere-se a não realização de manutenção preventiva; É comum observar aparelhos desgaste e inutilidade, pois são utilizados até danificarem para assim realizarem a troca por um novo. Contudo essa troca demora pois a aquisição segue os procedimentos administrativos da gestão pública como processos licitatórios dificultando o acesso aos serviços nestes períodos.

A falta no abastecimento de medicamentos básicos são o que mais chamam a atenção. É comum as medicações para hipertensão e diabetes estarem em falta. Também alguns tipos de anticoncepcionais orais e injetáveis não estão disponíveis todo o tempo, ficando os profissionais de saúde limitados à escolha do tipo que está disponível. Também carência de medicamentos injetáveis na unidade, só podendo ser adquirido na Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde, dificultando a adesão do usuário ao tratamento.

Em relação às vacinas, a unidade recebe bom suporte da quantidade de imunobiológicos, garantindo acesso da população. Observa-se falta de algumas vacinas como atualmente está acontecendo com a pólio que a quantidade disponível é irrisória para atender a demanda da população do município. Para amenizar esta situação a unidade tem montado estratégias de vacinação como abrir a bisnaga e marcar todas as crianças para a mesma semana, para assim não atrasar o calendário de vacinação. Já em relação a vacina da influenza só é disponibilizada em tempo de campanha e para grupos específicos delimitados pelo Ministério da Saúde.

Para a UBS adequar sua estrutura às normas do Ministério da Saúde necessita melhorias advindas da coordenação da atenção básica e do gestor. As melhorias caracterizam-se pela facilitação do acesso, refrigeração dos consultórios, salas de procedimentos e vacina, construção de área adequada para armazenamento do lixo comum e contaminado e a compra de materiais e medicamentos suficientes para atender a demanda da unidade.

Os profissionais tentam ao máximo se adequar as condições vigentes e levar o melhor atendimento possível para os usuários da unidade de saúde mesmo com todas as dificuldades apresentadas. Outro aspecto presente na equipe refere-se ao diálogo permanente da equipe com os gestores de forma a aproximar as necessidades da unidade ao conhecimento da gestão, estimulando mudanças e adaptações e necessidades de materiais, medicamentos e insumos que visem levar

um maior conforto aos profissionais e aos usuários.

Cabe ressaltar que, tudo que limita a atuação do profissional prejudica de alguma forma as pessoas, seja na oferta diminuída de medicamentos, como na falta de um aparelho para medir pressão ou fazer os procedimentos como coleta de exame citopatológico. Estas dificuldades geram insatisfações do atendimento da UBS, por isso, a importância dos profissionais levarem as suas instâncias superiores às necessidades da UBS ao mesmo tempo em que discutirem com a comunidade, reivindicando as melhorias.

A equipe busca desenvolver as ações conforme as orientações e direcionamentos da atenção básica que se caracteriza por ações individuais e coletivas. Tem como objetivo a atenção integral transformadora da situação de saúde do indivíduo e da comunidade desenvolver um trabalho de equipe dentro de um território adscrito.

A Unidade de Saúde da Família em estudo possui muitas qualidades em relação ao território, a equipe e suas relações com a comunidade. O território e a população da unidade são definidos, podendo assim observar e atuar da melhor maneira dentro da comunidade, conhecendo a população e dentre dessa, os grupos de risco. A equipe apresenta cumplicidade em relação aos assuntos da unidade, tanto os de caráter do atendimento individual como do coletivo, trocando informações importantes para o tratamento e intervenções na comunidade. Ao observar a relação da comunidade com os profissionais, é possível notar que existe uma relação de vínculo e entrosamento, facilitando o acolhimento dos usuários e a adesão ao tratamento.

A unidade realiza atendimento domiciliar com todos os profissionais da saúde juntamente com o ACS da microárea. São organizadas também atividades coletivas nas escolas, igrejas e espaços comunitários para a população de todas as faixas etárias, atendendo assim as suas necessidades, desde os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos, até palestras sobre saúde bucal e escovação em crianças.

As reuniões de equipe são mensais, contando com a participação de todos os profissionais da unidade que dialogam sobre os problemas locais, estudos de caso, dificuldade de adesão, metas e soluções para os problemas expostos, como também ajustes das rotinas dos atendimentos. Observa-se que a equipe está aberta

sugestões da comunidade.

Há limitação da equipe na notificação de doenças que é percebida quando nem todos os profissionais identificam os agravos de notificação compulsória. A notificação fica a cargo de um único membro, geralmente a enfermeira que também é a coordenadora da unidade. Há neste profissional centralidade no preenchimento da grande quantidade de papéis administrativos como controle e pedidos de materiais, encaminhamentos e demais procedimentos administrativos.

Acredito que a coordenação compartilhada seria uma boa experiência para a equipe, pois muitos dos procedimentos poderiam ser delegados para outros profissionais possibilitando assim a experiência da coordenação sensibilizando-os para a importância da notificação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A população de abrangência da equipe de Gravito é de 2580 pessoas, sendo essas de maior prevalência de mulheres e adultos, principalmente os idosos acima de 60 anos com um total de 175 e desses, 01 é acamado. Apresenta 27 crianças menores de um ano e 07 gestantes (SIAB, 2013). Na presente realidade a equipe de saúde atende de maneira confortável as necessidades da população com atendimento priorizado para as crianças, idosos, gestantes e demais grupos prioritários.

A equipe de atenção básica tem a possibilidade de vinculação com a comunidade qualificando a forma de responsabilizar pelos cuidados de saúde. A atuação envolve ações tanto para o indivíduo quanto para a comunidade na vertente da promoção e prevenção, proteção e reabilitação atuando no território, no cuidado individual e familiar.

O acolhimento está sendo implantado na unidade, como plano piloto do município para posteriormente a ampliação nas outras unidades. Destaca-se que o acolhimento já era realizado na unidade, de uma maneira não sistematizada, mas implícita, pois quando o profissional de saúde escuta o usuário e busca a resolutividade ao problema de saúde em qualquer lugar e em qualquer horário, ele está fazendo acolhimento.

Em relação ao atendimento no dia a dia, esse acontece por agendamento, contudo é realizado também o atendimento a demanda espontânea. A unidade tem conseguido lidar de forma satisfatória com essa demanda, não deixando as pessoas saírem sem o seu problema ser ouvido e tentado solucioná-lo. A pessoa é encaminhada para consulta/sala de vacina/procedimento de acordo com a sua necessidade. Quando ocorre alguma complicação ou a unidade não está apta em atender a situação, a pessoa é referenciada para o hospital municipal, tendo um acompanhamento continuado e integrado das suas necessidades. Nos casos de urgência e emergência o usuário é encaminhado para atendimento imediato da equipe ou encaminhado para os serviços de referência.

A limitação existente no seguimento do cuidado e do atendimento está relacionada às referências e contra referências, pois quando o usuário é referenciado para unidades como o hospital municipal e o ambulatório, estes não voltam com a ficha de contra referência preenchida ou até mesmo sem a ficha. Esta situação dificulta o trabalho do profissional da unidade básica, pois não é possível identificar o atendimento realizado.

Quanto ao acompanhamento na unidade de saúde, um dos programas que é executado na unidade de Gravito é a atenção a saúde da criança. A puericultura é realizada tanto pela enfermeira, quanto pelo médico e odontólogo da unidade.

As crianças recebem atendimento integral desde a observação do seu estado geral, a aferição das suas medidas antropométricas até a observação do seu estado cognitivo e afetivo/emocional e sua relação com seus pais, como também atendimento odontológico, fazendo assim com todas as crianças recebam atendimento de qualidade, utilizando como guia o Caderno de Atenção a Saúde da Criança disponibilizada pelo Ministério da Saúde de 2012.

A equipe mantém um livro de registro específico para esse atendimento como para a realização do teste do pezinho, para assim poder identificar as crianças que não estão em dia com a sua consulta ou que precisem de mais atenção da equipe.

Uma pequena quantidade de crianças ainda falta aderir ao programa de puericultura, sendo ao total de 48 crianças, não tendo 100% de cobertura do programa. Isso se deve a difícil aceitação da puericultura realizada pela unidade de saúde. No município muitas mães tem preferência em levar seus filhos ao especialista, acreditando que este profissional possui condições mais qualificadas de

realizar o acompanhamento. E essa mudança de pensamento deve acontecer com o tempo através de uma busca ativa na comunidade e sensibilização das mães, durante todos os acompanhamentos. Há a necessidade de fornecer informações dos atendimentos prestados e da importância da adesão aos atendimentos da equipe.

Neste sentido toda a equipe precisa estimular o comparecimento às consultas nos dias agendados, a importância da realização do teste do pezinho do terceiro ao sétimo dia de vida. Também durante a realização das vacinas é importante explicar a mãe e aos responsáveis sobre a proposta de acompanhamento na unidade de saúde de todas as crianças na faixa etária dos zero aos setenta e dois meses de idade. A oferta da unidade referente a puericultura precisa valorizar a resolutividade da unidade ao mesmo tempo em que ofereça o cuidado próximo de sua casa com facilidade de acesso, pois no atendimento pediátrico especializado há filas.

Outra necessidade de qualificação da puericultura identificada refere-se ao teste auditivo que não é feito no município. As crianças são encaminhadas para a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Salvador. Esta situação faz com que muitas crianças não realizam o exame, pois muitas mães não têm condições financeiras para levar seus filhos, por isso a necessidade de realização de um fluxo de encaminhamento local.

Na unidade de saúde, é importante estabelecer fluxo de atendimento entre a enfermeira, o dentista e o médico da unidade para que essa criança possa ter o atendimento integral e que em um dia ela seja atendida por todos os membros da equipe de que necessite.

O Pré-natal também é um dos programas instalados na unidade. Atualmente, atende nove gestantes. Na consulta de enfermagem e médica as gestantes têm organizado o atendimento integral através da realização de exame físico, medidas antropométricas e ausculta fetal, realização das Manobras de Leopold. Também é prescrito complementação de ácido fólico e sulfato ferroso, orientações importantes ao trimestre de gestação e cuidados com o recém-nascido e demais procedimentos integrantes do acompanhamento.

Na primeira consulta a gestante é cadastrada no Sistema Nacional de Pré-Natal (SISPRENATAL) e é solicitado os exames de rotina como hemograma, glicemia e urina, HIV, HTLV. O serviço adota como manual/protocolo de atendimento o Manual de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2012) seguindo as

indicações e o número de consultas realizadas. Todas as gestantes saem da unidade de saúde com o agendamento do próximo atendimento. Na consulta odontológica, a usuária realiza a primeira consulta como gestante e é atendida de acordo com as suas necessidades.

O registro de pré-natal é realizado em um formulário próprio disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde que é anexado ao prontuário da gestante e também pelo registro em livro específico. Nesse livro são anotados os dias das consultas da gestante permitindo que sejam avaliados possíveis gestantes faltosas e com isso a realização da sua busca ativa para agendamento de uma nova consulta o mais breve possível.

Uma das dificuldades apresentada refere-se a adesão das gestantes até o primeiro trimestre, pois muitas delas não descobrem a gestação durante esse período, realizando o pré-natal tardiamente. Outra dificuldade é a adesão da gestante ao exame ginecológico durante a gestação. Muitas delas têm medo que o exame vá levá-las ao aborto. Esta situação é recorrente e por este motivo a unidade apresenta baixos percentuais de exames ginecológicos durante o pré natal.

As gestantes identificadas de alto risco são referenciadas para a médica obstétrica do município e se necessário para uma maternidade de referência. Apesar de serem encaminhadas para as referências, seguem o acompanhamento na unidade de saúde concomitantemente.

A unidade de saúde exerce um papel importante na prevenção do câncer de colo e mama na atenção básica, pois é a principal porta de entrada para as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e 50 a 69 anos, respectivamente. Tem livro de registro de todas as mulheres que realizam preventivos e as que são solicitadas as mamografias, seguindo assim o protocolo/manual do Ministério da Saúde. A importância do registro em livro específico e no prontuário facilita a detecção de mulheres faltosas e sua busca ativa para a realização do exame. Também é garantido o seguimento as mulheres que apresentarem algum tipo de alteração.

A prevenção para o câncer de colo uterino é a coleta realizada na unidade pela enfermeira. Apesar da oferta, existe pouca aceitação da comunidade, principalmente pelo fato de que a enfermeira é nova e ainda está em fase de criação de vínculos com a comunidade e com as mulheres. Outro aspecto dificultador refere-se ao receio e vergonha em realizar o preventivo com uma mulher mais jovem que

elas. Nos últimos anos não houve nenhuma mulher com exame alterado para o câncer de colo uterino. Os resultados obtidos foram normais ou alguma alteração do tipo vaginose bacteriana ou tricomoníase, etc. É importante destacar que todas as mulheres que realizam o preventivo na unidade têm orientação sobre o câncer de útero e sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Em relação à prevenção ao câncer de mama foi realizada no ano de 2012 uma ação conjunta entre Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde com o nome de “Saúde em Movimento” que disponibilizou mamografias para todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e no ano de 2013, Também foi realizado o mutirão para a realização de ultrassonografia das mulheres que tiveram alguma alteração, dando seguimento ao processo de detecção de câncer de mama, contudo na área da UBS não foi detectado nenhuma mulher que apresentasse alteração significativa para câncer.

Para melhorar a cobertura do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mamas é necessária maior sensibilização da comunidade com palestras, conversas e captação dessa mulher em outras consultas na UBS como os programas de puericultura, planejamento familiar, hipertensos e diabéticos, como também a busca ativa das mulheres faltosas. Nas consultas podem ser expostas orientações sobre o autoexame e a necessidade de realização de mamografia dentro da faixa etária estabelecida.

O programa de Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) na unidade é realizado por todos os membros da equipe. A enfermeira e médica avaliam, cadastram e acompanham os usuários. O dentista realiza os procedimentos odontológicos, a técnica realiza os procedimentos de enfermagem e todos acompanham o usuário nas visitas domiciliares e os ACS cadastram e acompanham através de suas visitas domiciliares. Todo o processo de cadastramento e acompanhamento é registrado em prontuário e fichas específicas facilitando o acompanhamento realizando uma busca ativa dos faltosos.

O atendimento dos hipertensos e diabéticos é baseado no manual/protocolo do Ministério da Saúde. Uma dificuldade encontrada é que apesar de todos os hipertensos e diabéticos serem cadastrados, o acompanhamento é realizado por alguns na rede privada, por preferência por um antigo médico do município. Contudo

esses usuários utilizam de alguma outra forma a unidade, seja nas atividades desenvolvidas pela equipe ou até mesmo a realização dos procedimentos.

No processo de trabalho na UBS percebe-se a necessidade de ampliar a qualidade da atenção prestada pela equipe aos hipertensos e diabéticos especialmente na busca de identificação precoce destas patologias, na busca ativa dos faltosos e na realização de exames complementares, como também o aumento da sensibilização em relação ao uso das medicações e captação dos hipertensos e diabéticos para o grupo de HIPERDIA.

A saúde do idoso é mais um programa oferecido pela unidade, mesmo esse programa não tendo um dia específico na agenda semanal para o atendimento dessa parcela da população. Os atendimentos dos idosos incluem outros programas, como o HIPERDIA, o controle do câncer de mama e útero, na saúde bucal, na procura pela sala de vacina, pelo atendimento médico e de enfermagem e pelas visitas domiciliares, onde todos os membros da equipe estão envolvidos na atenção aos idosos.

O idoso tem acesso à livre demanda da unidade e tem preferência no atendimento. Dentro das consultas os aspectos da avaliação multidimensional rápida, são avaliados, mesmo que não tenha esse nome na unidade, a caderneta do idoso é um importante instrumento de avaliação da saúde dos idosos, pois nela são registradas informações importantes sobre a sua saúde como a pressão e a glicemia capilar. Para as consultas e procedimentos utilizados com o idoso adota-se o Manual/Protocolo do Ministério da saúde, sendo a caderneta do idoso, o prontuário, o livro de registros, o mural da unidade como método de registro e acompanhamento desses idosos.

Os movimentos possíveis de serem implantados na unidade em relação a aos idosos consiste na sensibilização para maior adesão ao grupo de idosos e a busca ativa dos faltosos, principalmente aqueles que estão no programa. Nas reuniões mensais de equipe são discutidos os casos importantes que acontecem dentro da comunidade e estão inclusos os idosos e suas necessidades. A equipe como um todo percebe que a saúde do idoso deve ser dialogada e que sejam criadas estratégias de sensibilização e acompanhamento desse idoso.

A saúde bucal está inserida na unidade e em todos os programas, pois o profissional dentista juntamente com a auxiliar de saúde bucal, atende toda a

comunidade e todas as faixas etárias, seguindo as normas e rotinas preconizadas. A agenda de atendimento é dividida em procedimentos, ou seja, cada turno o profissional atende uma demanda, seja ela, extração, limpeza, restauração, etc. Isso acarreta a facilidade, pois a comunidade já sabe em qual turno será realizado determinado procedimento, contudo leva a uma dificuldade de organização da agenda da unidade por programa.

Após as semanas de ambientação e a discussão sobre os temas referentes aos programas e públicos alvos foi elencado os maiores desafios e dificuldades, como a baixa adesão da população ao exame preventivo e as consultas de puericultura. Acredita-se que a atuação da equipe de forma sistematizada contribuirá para a superação da falta de vínculo, avançando na aceitação da comunidade sobre a importância do programa, a adequação do fluxo para os grupos prioritários e

Também foram discutidas as qualidades e facilidades que a unidade oferece, dentre elas podemos destacar a união da equipe e a criação do vínculo com a comunidade, por ser pequena a comunidade está aderindo os profissionais de saúde e aos poucos participando mais dos grupos e das atividades desenvolvidas pela equipe.

1.3 Texto Comparativo

A elaboração do texto comparativo sobre o foi escrito no início do curso e agora realizadas as atividades da unidade 1 que culmina com o relatório da análise situacional da unidade de saúde de Gravito demonstra a evolução da percepção da realidade da UBS a partir da sistematização da análise situacional através dos questionários. A análise da realidade demonstra que se pode modificar ou alterar a forma de trabalho e o fluxo dentro da própria unidade, tanto nas questões físicas e de insumos como na organização da atenção à saúde, pois as ações programáticas já estão sendo desenvolvidas, mas há lacunas e a necessidade de qualificar o cuidado ainda mais.

É importante compreender a realidade local através de instrumentos de apoio a fim de aplicar metodologias que aprimorem a percepção sobre a problemática de saúde e a necessidade de priorização das ações da equipe. É sabido que as mudanças são processos de comprometimento da equipe, dos gestores e da

comunidade e que muitas delas necessitam longos períodos, pois exige o envolvimento e o amadurecimento de todos, porém as possibilidades de sistematização do cuidado são instrumentos importantes de qualificação e adequação da realidade.

Neste sentido, acredita-se que a mudança no processo de qualificação e atenção à saúde da criança através da intervenção contribuirá para a qualificação do cuidado de saúde e atuação interdisciplinar da equipe.

ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), graças às variadas ações de diminuição da pobreza e implantação e crescimento da cobertura da Estratégia da Saúde da Família a taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu significativamente nas últimas décadas no Brasil, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. A continuidade do cuidado após a saída das maternidades através da Atenção Primária e a entrega da Caderneta de Saúde da Criança tem servido de roteiro e passaporte para o cuidado do recém-nascido (BRASIL, 2012).

Na Unidade de Saúde da Família espera-se garantir uma visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS) ao binômio mãe e recém-nascido no contexto familiar, para orientação da família sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de vida, se possível oportunizando todos os procedimentos para a mesma data como: consultas, estimulação da presença do pai sempre que possível, o apoio ao aleitamento materno, imunizações e a coleta do teste do pezinho (BRASIL, 2012).

Até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família, levando a uma qualificação do atendimento tanto para a criança quanto a família.

Na Unidade de Saúde de Gravito a criança recebe o primeiro atendimento preferencialmente até aos sete dias de vida, para a realização do teste do pezinho. As consultas são realizadas pela enfermeira e pela médica até os dois anos de idade e após essa faixa etária somente pela médica, o odontólogo realiza conjuntamente as consultas de acordo com os procedimentos a serem realizados.

Cada criança que nasce está inserida em um contexto familiar com toda a esperança de um novo membro naquela família que é cheia de crenças, valores e

metas, que irão acabar influenciando a criança no seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Por tal motivo, ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas um ser integral, sendo parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios. Por isso, a puericultura torna-se de suma importância para a qualificação da assistência prestada a essas crianças (BRASIL, 2012).

Na Unidade de Saúde de Gravito a população entre 0 e 72 meses é de 128 crianças, sendo que a maior concentração encontra-se da faixa etária de 1 a 4 anos. Apesar da equipe já inserir na sua agenda semanal com cuidado específico para essas crianças, não possui um fluxo e sistematização na abordagem de acordo com o Caderno de Saúde da Criança. Contudo, a maior cobertura encontra-se entre as crianças de 0 a 24 meses, realizadas tanto pela enfermeira, pelo médico e dentista da unidade, tendo um trabalho conjunto por toda a equipe, mas não seguindo um fluxo contínuo. As crianças recebem atendimento integral desde a observação do seu estado geral, a aferição das suas medidas antropométricas até a avaliação do seu estado cognitivo e afetivo/emocional e sua relação com seus pais.

Outro aspecto importante refere-se ao atendimento odontológico, que atende todas as crianças recebam um atendimento de qualidade, utilizando como guia o Caderno de Atenção a Saúde da Criança, disponibilizado pelo Ministério da Saúde de 2012. O atendimento na unidade não acontece em um dia específico para a realização dos procedimentos nas crianças da faixa etária, todos são marcados de acordo com o procedimento que será realizado.

Algumas dificuldades encontradas nas ações em saúde da criança é a falta de fluxo de atendimento no mesmo dia, dificultando a aceitação da puericultura e seu agendamento pelas mães, como também a falta de fluxo para fora da unidade, não priorizando aquelas crianças com maior vulnerabilidade.

Um aspecto importante refere-se à falta de orientações às mães na consulta de puericultura por falta de qualificação sobre o protocolo. Outra dificuldade encontrada na Unidade de Saúde de Gravito é a aceitação das mães em levar seus filhos a puericultura dos 24 aos 72 meses, ou por falta de conhecimento do programa ou pela preferência em levar seus filhos para o pediatra. Neste sentido, há necessidade de um trabalho intensivo com a comunidade de sensibilização para a

importância da puericultura e sua necessidade, como também a criação de vínculo da comunidade com os profissionais.

A sistematização dos cuidados de puericultura facilitará a comunidade a reconhecer a oferta qualificada do cuidado de saúde às crianças pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, a comunidade estará conhecendo e reconhecendo a atenção de puericultura realizada pela unidade de saúde através da sensibilização das mães, desde a gestação, na sala de vacina, nas orientações sobre o comparecimento às consultas nos dias agendados e a importância da realização do teste do pezinho em até sete dias, fazendo assim já a primeira consulta de puericultura, captando a paciente desde o início e demonstrando que elas podem resolver muitos problemas na própria unidade sem ter que enfrentar filas no ambulatório para o atendimento com o pediatra.

A intervenção na unidade tende a melhorar a qualidade da assistência a todas as crianças entre 0 a 72 meses, como também a adesão das mães ao programa, percebendo que ao ter o atendimento na unidade de saúde seu problema será resolvido de uma maneira mais dinâmica, para isso, ofertando um fluxo de atendimento a criança de maneira integral e holística. A intervenção será possível pela união e disponibilidade da equipe de melhorar e dinamizar a assistência.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família do Gravito, no município de Catu, estado da Bahia.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.2.1** Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança
- 2.2.2.2** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança
- 2.2.2.3** Melhorar a qualidade do atendimento à criança
- 2.2.2.4** Melhorar registros das informações
- 2.2.2.5** Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

2.2.2.6 Promover a saúde

2.2.3 Metas

Relativas ao objeto 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero (0) a setenta e dois meses (72) da unidade saúde para 50%.
- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 70% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.
- Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativas ao objeto 2: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
- Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Relativas ao objeto 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.
- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco (s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.
- Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Relativas ao objeto 4: Melhorar registros das informações

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

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

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

Relativas ao objeto 6: Promover a saúde

- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
- Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.
- Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

- Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.
- Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero (0) a setenta e dois meses (72) da unidade saúde para 50%.
- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 70% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.
- Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Para ampliar a cobertura do acompanhamento na unidade de saúde:

No eixo de monitoramento e avaliação do serviço, foi planejado, revisar todos os prontuários, fichas espelho e livros de puericultura para avaliar se todas as crianças estão sendo acompanhadas. Fazer busca ativa das crianças com vacinação incompleta através do cartão espelho de vacinação da unidade e cartão espelho dos ACS para realização da vacinação.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizada a listagem de todas as crianças pertencentes à área de abrangência pelos ACS e o cadastramento das crianças que ainda não se encontram no programa.

No eixo de qualificação da prática clínica, serão desenvolvidas capacitações para a equipe quanto às técnicas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento, orientações sobre higiene bucal, a sucção nutritiva e não nutritiva através do manual de saúde da criança pela enfermeira ou médica da unidade na própria unidade em um horário dedicado a reunião de equipe.

No eixo do engajamento público será envolvida a comunidade para a sensibilização das mães com filhos entre 0 a 72 meses para a realização da puericultura, através de sala de espera, sensibilização na sala de vacina, nas consultas de outros programas e realização de palestras em cada micro área dos cinco ACS pertencentes à área. Para isso, no primeiro momento será realizada a listagem e busca ativa das crianças da área que não estão cadastradas no programa através dos ACS e realizar o cadastramento das mesmas, como também revisão do prontuário de todas as crianças cadastradas pela enfermeira.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
- Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

No intuito de melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança; no eixo de monitoramento e avaliação do serviço, tem sido pensada uma análise do livro de pré-natal e listagem da data da última menstruação juntamente com a data prováveis do parto que se encontram mais próximo e realização do agendamento da consulta puerperal, já realizando assim avaliação do recém-nascido.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizada uma busca ativa das mães que estão prestes a se tornar puérperas através da data da última menstruação e datas prováveis do parto e sensibilização na comunidade da importância da puericultura através de palestras e captação na sala de vacina e em outros programas.

No eixo de qualificação da prática clínica, será desenvolvida a realização de consulta puerperal na unidade ou domicílio de acordo com a necessidade da puérpera e do recém-nascido, avaliando seu crescimento e desenvolvimento e realizando os testes de triagem, como também acolhimento na unidade de saúde.

No eixo do engajamento público serão realizadas palestras em cada microárea como em igreja, associação de moradores ou na casa de algum membro da comunidade a ser realizado pela enfermeira da unidade, ou pelo odontólogo para sensibilizar as mães e a comunidade para a realização das consultas na unidade de saúde, falando da importância da puericultura para as crianças e a necessidade de se consultar primeiramente com a enfermeira e a médica da unidade e também da consulta odontológica relatando o fluxo de atendimento e seus encaminhamentos.

Também serão realizadas palestras na escola municipal da área sobre saúde bucal, sua higiene e a realização de escovação supervisionada pelo dentista ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Para isso, a enfermeira da unidade irá analisar o livro de pré-natal para através da data da última menstruação e data provável do parto fazer uma lista das pacientes que estão perto de ter os filhos, assim realizando a busca ativas das puérperas e já agendando a primeira consulta do RN no domicílio ou na unidade para a realização das avaliações e orientações.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.
- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

- Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Visando melhorar a qualidade do atendimento à criança na unidade de saúde; no eixo de monitoramento e avaliação do serviço será planejada a avaliação do livro de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças pela enfermeira ou médica da unidade, realizando listagem das crianças com déficit de peso e aquelas com excesso de peso e realizando busca ativa pelos ACS para o monitoramento de toda a equipe.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizada a organização da agenda para atendimento contínuo da criança com todos os profissionais de saúde.

Já no eixo de qualificação da prática clínica, serão desenvolvidos testes de triagem pela técnica, enfermeira ou médica da unidade até os sete dias de vida. Na primeira consulta da criança pela enfermeira ou médica da unidade será realizado o teste do pezinho, a avaliação de risco das crianças, a observação de uma mamada e serão dadas as orientações como a prevenção de acidentes, a importância do aleitamento materno e da introdução de novos alimentos de acordo com a faixa etária, quanto à higiene bucal, quanto a amamentação e a sucção nutritiva e não nutritiva.

No eixo do engajamento público serão envolvidos os pais e a comunidade na consulta e avaliação das crianças, orientando o que esperar na faixa etária determinada. Para isso, será organizada a agenda para que em um dia, nos dois turnos destinados a puericultura, a criança realizará as consultas com a enfermeira, a médica e o dentista, em um fluxo contínuo para atender todas as suas demandas. Também serão realizadas palestras nas escolas sobre saúde bucal, sua higiene e realização de escovação supervisionada pelo dentista ou ASB que teve participação ativa no projeto.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações

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

Pretendendo melhorar os registros das informações; no eixo de monitoramento e avaliação do serviço, tem sido organizada avaliação do livro de puericultura, cartões espelho e fichas de acompanhamento e prontuário. No eixo de organização e gestão do serviço, serão realizados registros das informações de qualidade e contendo todas as informações necessárias para um bom acompanhamento da criança.

No eixo de qualificação da prática clínica, serão desenvolvidas capacitações dos ACS e da técnica de enfermagem pela enfermeira para o preenchimento da caderneta da criança e de vacina para a identificação das crianças faltosas e aquelas que estão com vacinas em atraso.

No eixo do engajamento público será orientada a comunidade sobre a importância dos registros na unidade e da sua segunda via como a caderneta de vacinação. Para isso, haverá uma organização dos livros de puericultura, dos prontuários e das fichas de acompanhamento, como também o cartão espelho de vacina, para a realização de busca ativa das crianças faltosas às consultas de rotina pelos ACS.

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

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

Atendendo o objetivo de mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência; no eixo de monitoramento e avaliação do serviço, será organizada avaliação das crianças e acompanhamento através do livro e ficha de acompanhamento.

No eixo de organização e gestão do serviço, será realizada triagem clínica em todas as crianças para a detecção de crianças com algum fator de risco através da puericultura e avaliação clínica nas escolas.

No eixo de qualificação da prática clínica, serão desenvolvidas capacitações e orientações aos profissionais de acordo a necessidade para a avaliação de riscos clínicos das crianças adoecerem.

No eixo do engajamento público serão realizadas orientações aos pais e a comunidade em relação aos riscos clínicos para as crianças nessa faixa etária. Para

isso, será realizada triagem clínica nas creches e escolas pela médica, enfermeira e dentista da unidade para a identificação de crianças de alto risco para doenças odontológicas e clínicas e monitoramento das crianças que apresentarem algum risco clínico de adoecimento.

Objetivo 6: Promover a saúde

- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
- Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.
- Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.
- Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.
- Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Para promover a saúde, no eixo de monitoramento e avaliação do serviço, tem sido pensado o acompanhamento e revisão dos livros de puericultura, prontuários e ficha de acompanhamento para avaliação das crianças.

No eixo de organização e gestão do serviço, serão realizadas nas consultas de puericultura orientações sobre fatores nutricionais, acidentes, fatores de risco, aleitamento materno e alimentação por faixa etária.

No eixo de qualificação da prática clínica, serão desenvolvidas capacitações para a equipe realizando uma roda de conversa quanto às percepções de fatores de

risco, técnicas de prevenção de acidentes, a importância do aleitamento materno e da nutrição de acordo com a faixa etária através do manual de saúde da criança pela equipe como um todo na própria unidade em um horário dedicado a reunião de equipe.

No eixo do engajamento público serão realizadas palestras na comunidade e sala de espera uma vez ao mês falando sobre os fatores de risco para acidentes e sua prevenção e a importâncias nutricionais dos alimentos. Para isso, a enfermeira deve orientar o médico da unidade para a importância da suplementação do ferro e as indicações e a importância da triagem auditiva e a sua realização na primeira consulta nos primeiros sete dias de vida. Orientando a equipe para a avaliação nutricional e fatores de risco para a saúde e acidentes.

2.3.2 Indicadores

Serão utilizados indicadores no acompanhamento e avaliação da intervenção sobre a atenção à saúde da criança na Unidade de Saúde de Gravito. São eles:

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

Referente à meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero (0) e setenta e dois (72) meses da unidade saúde para 50%.

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

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

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

Referente à meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2: 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.

Referente à meta 3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Indicador 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 70% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador 4: 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.

Referente à meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco e moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Referente à meta 6: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Referente à meta 7: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Referente à meta 8: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

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

Referente à meta 9: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 9: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

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

Referente à meta 10: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 10: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

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

Referente à meta 11: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 11: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

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

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

Referente à meta 12: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 12: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

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

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

Referente à meta 13: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 13: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

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

Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 14: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 14: 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.

Referente à meta 15: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 15: 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.

Referente à meta 16: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 17: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Indicador 17: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações

Referente à meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 18: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro adequado.

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

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

Referente à meta 19: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 19: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde

Referente à meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 20: 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.

Referente à meta 21: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 21: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Referente à meta 22: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional.

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

Referente à meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

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

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Referente à meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 25: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Referente à meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 26: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção no Programa de Saúde da Criança será adotado o Manual Técnico de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012. Para os registros serão utilizados os livros de puericultura disponíveis na unidade e uma ficha espelho da criança, como também os prontuários e a caderneta de saúde da criança e a ficha espelho de vacina, contendo assim os dados necessários para a coleta de dados para o monitoramento da intervenção. Faremos contato com o gestor local para dispor das fichas de acompanhamento e a caderneta de saúde da criança. Para a intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Estima-se alcançar com a intervenção a cobertura da metade das crianças da área.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a médica da unidade revisarão o livro de registro e os prontuários das cadastradas no programa de puericultura da unidade, identificando as crianças e o número de consultas preconizadas pelo Manual de Saúde da Criança. Os profissionais irão transcrever todos os dados para os livros e a ficha de acompanhamento. Ao mesmo tempo será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta, exames e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram discutidas com a equipe em uma reunião na UBS. No primeiro momento da intervenção será realizada capacitação sobre a saúde da criança através do Manual Técnico de Saúde da Criança para instrumentalizar como referência na atenção à saúde da criança. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade, para isso será reservada três horas, no turno da tarde, após encerramento das atividades, no horário utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará com antecedência o conteúdo do manual e será discutido o tema em uma roda de conversa, sendo os pontos importantes de discussão guiados pela enfermeira.

É importante ressaltar que um dos assuntos a serem aprofundados serão as orientações dadas aos pais na primeira consulta e nas subsequentes em relação à amamentação, nutrição por faixa etária, entre outras como também avaliação clínica, testes de triagem e riscos da infância tanto social como físico.

Após a realização da capacitação será realizado pelos agentes de saúde uma listagem de todas as crianças que estão na área de abrangência da unidade, realizando o cadastramento durante duas semanas, sendo conferida a caderneta de saúde da criança. Para isso, será disponibilizado material de apoio como caderno, lápis e caneta.

Após cadastramento das crianças, ocorrerá revisão dos prontuários, do livro de puericultura, das fichas de acompanhamento e do cartão espelho da criança pela enfermeira e pela técnica da unidade que disponibilizaram de dois turnos da semana para realizar a investigação e revisão das crianças, através da lista de cadastrados e já anotando aquelas crianças que estão em atraso tanto de consultas como de vacinas para posterior busca ativa. Também será realizada busca no livro de pré-natal para avaliar a lista de todas as gestantes com a data da última menstruação e data provável do parto, identificando as futuras puérperas e procedendo ao agendamento da consulta puerperal e realização dos testes de triagem.

Como na área de abrangência não tem associação de moradores, realizaremos contato com a comunidade através dos agentes comunitários de saúde para programar em cada microárea e na escola palestras para apresentar o projeto que está sendo desenvolvido na unidade, esclarecer a importância da puericultura para as crianças e o fluxo de atendimento.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de crianças de 0 a 72 meses e de esclarecer a comunidade sobre os horários destinados as consultas desse grupo populacional. Será realizada na escola da área em um turno por mês, uma avaliação clínica dos escolares pela equipe, levando vacinas, fazendo uma triagem clínica e avaliação bucal e escovação, já agendando os escolares para consultas na unidade se necessário.

O acolhimento das crianças que buscarem o serviço com seus acompanhantes será realizado pela recepcionista. Crianças que procurarem a sala de vacina sairão da unidade com sua consulta agendada. Já aquelas que estiverem com problemas agudos serão atendidas pela médica ou pela enfermeira no mesmo turno. As crianças que vierem para consulta de puericultura já sairão com a próxima consulta agendada tanto pelo profissional que passou quanto pelos outros da unidade.

Para acolher a demanda de intercorrências na infância não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa realizada serão reservadas seis consultas em um turno no dia de puericultura da semana.

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

Durante as semanas de intervenção todas as atividades propostas no cronograma foram realizadas, mesmo com alguns atrasos, sendo assim todas foram cumpridas de maneira satisfatória e integral. É possível relatar que a avaliação clínica na escola que seria realizada na semana três, foi realizada na semana seguinte, pois nessa semana foi realizada uma programação especial referente ao dia da criança. Essa nova programação que não estava prevista para acontecer, mas foi incluída na intervenção pelo apoio e interesse dos profissionais da unidade em dedicar as crianças com a realização de brincadeiras, palestras e diversão.

Foram incluídas atividades coletivas em cada microárea, sendo realizadas cinco palestras na comunidade, contando com a participação das mães e futuras mães. As atividades coletivas tinham por finalidade explicar a importância da puericultura e a necessidade de comparecer as consultas. Estas atividades objetivaram captar as mães que ainda não participavam do programa e fortalecer o vínculo daquelas que já realizam o acompanhamento, mas não compareciam sistematicamente na unidade. Foi explicado também o fluxo de encaminhamento desde o setor primário, a unidade de saúde, até os setores de maior complexidade, como ambulatório de especialidades e consultas na capital do estado.

Outro ponto discutido nas palestras foi o fluxo de atendimento na unidade de saúde, que a partir da intervenção passou a concentrar as consultas de puericultura com a enfermeira, a médica e o odontólogo no mesmo dia e organizadas de acordo com a necessidade. Todas as crianças foram atendidas pelos profissionais da unidade e se houvesse necessidade de um novo atendimento pela médica para aqueles menores de dois anos e para a faixa etária de dois a seis anos a consulta de puericultura anual seriam realizadas mediante agendamento ou através da demanda espontânea.

A receptividade da comunidade foi bastante calorosa e as mães das microáreas relataram que apreciaram as palestras. Também relataram que a partir

daquele dia iriam com mais frequência para a unidade. Um fato interessante que aconteceu foi que as mães das crianças da faixa etária de dois a seis anos queriam que seus filhos que não foram atendidos durante o processo de intervenção na unidade fossem atendidos no último mês de intervenção para “testar e aprovar” as ações. Isso aconteceu de maneira única e singular, tendo assim um aumento do número de consultas naquele mês.

Foram realizadas duas capacitações com os profissionais de saúde, sendo a primeira sobre o tema puericultura e a segunda sobre o calendário vacinal, contando com a participação de toda a equipe. Além do acompanhamento dos profissionais por cada tema e houve apoio para a capacitação no dia a dia. Estes momentos de troca de conhecimento foram significativos, pois cada membro da equipe ficou responsável tema e tiveram que explicar para os outros colegas em uma roda de conversa, tirando assim suas dúvidas, principalmente sobre as novas vacinas, como a tetraviral e a pentavalente que foram introduzidas no calendário recentemente. Foram nesses encontros que aconteceram as avaliações da intervenção pela equipe, discutindo com o grupo as facilidades e dificuldades encontradas ao logo do processo e as estratégias de superação.

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.

A Avaliação clínica na escola da área de abrangência estava prevista como uma ação a ser realizada a cada quatro semanas no cronograma, contudo esta ação não foi realizada como estava previsto nas semanas do cronograma, tendo algumas modificações ao longo da intervenção. Na primeira semana da intervenção os profissionais foram na escola e foi identificado que apenas uma das turmas atende a faixa etária da intervenção, sendo assim foram realizadas a avaliação clínica de todos os alunos na semana proposta. Na semana que seria o retorno a escola, foi proposto e aceito pela equipe que os alunos em que a médica notou algum queixa ou solicitou algum exame ou consulta com especialista fossem marcados para retorno, tendo assim a avaliação completa e continua do processo. Em outra semana que estava proposto essa intervenção, só participou na escola a enfermeira

e a técnica de enfermagem que realizaram a avaliação antropométrica, acolhimento das queixas e revisão do cartão de vacina. Também houve o agendamento de atendimento clínico na unidade das crianças em que as profissionais identificaram demandas.

A manutenção dos atendimentos na escola foi importante, pois as crianças deram um bom retorno à equipe sobre a intervenção, relatando que os pais estavam satisfeitos com essa avaliação na escola, pois facilitava para os pais, já que saíam da sala de aula com os atendimentos agendados.

Nas primeiras semanas da intervenção uma dificuldade apresentada aconteceu quando não houve as consultas planejadas em uma semana pela enfermeira, pois a mesma estava em um curso juntamente com todas as outras enfermeiras do município e em outra semana um feriado nacional coincidiu com o dia das consultas de puericultura. Contudo o que achávamos ser uma dificuldade reverteu-se em uma facilidade, pois todas as crianças após o feriado foram remar cadas e atendidas, sendo que todas as crianças agendadas compareceram a consulta e apareceram mais crianças do que o esperado e agendado.

As ações fora da unidade de saúde manteve a dificuldade de deslocamento da equipe para a realização das palestras, pois a equipe não possui meio de transporte próprio, dependendo da disponibilidade de transporte da Secretaria Municipal de Saúde. Frente a esta situação a equipe utilizou alternativas efetivas como utilização do carro no dia de visita para a realização das palestras e por este motivo esse problema não foi determinante nos resultados da intervenção.

A identificação das crianças foi facilitada pelos agentes comunitários de saúde que fizeram uma lista com todas as crianças da sua microárea e logo organizando a busca das mesmas para o cadastramento na planilha de coleta dos dados. Também foi iniciado a busca ativa e agendamento para aquelas crianças que não estavam em dia com a sua consulta programada.

Em relação ao agendamento das consultas não houve dificuldades, pois a comunidade aceitou bem o dia que estava sendo realizada a puericultura. Os dois turnos destinados ao programa atenderam as necessidades da comunidade.

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

O monitoramento da intervenção foi realizado com sucesso e não houve dificuldades em relação às fichas espelho, cartão da criança e o próprio livro de registro. Ao contrário esses instrumentos de registro facilitaram a avaliação no decorrer da intervenção, possibilitando uma visão ampliada da intervenção e seu monitoramento.

Houve limitação nos indicadores das ações coletivas de saúde bucal pois este estava relacionada aos alunos da escola, porém na unidade de saúde também são realizadas ações coletivas em saúde bucal como a escovação, aplicação de flúor. Essas informações não foram possíveis de registrar e contabilizar na planilha de coleta de dados.

Uma característica a ser destacada neste relatório refere-se as crianças de 25 a 72 meses já tinham realizado sua consulta anual ao longo do ano de 2013. Por este motivo no início do ano de 2014 quando as crianças realizariam novamente o ciclo de consultas e por este motivo não foram incluídas na avaliação da intervenção. Devido a intervenção ser incorporada na rotina do serviço será atendidas após a intervenção. Já todas as crianças de 0 a 12 meses realizaram as consultas em todos os meses da intervenção e as de 13 a 24 meses fizeram pelo menos uma consulta de puericultura durante a intervenção.

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.

Depois de dezesseis semanas foi possível observar que o processo de intervenção já está inserido no dia a dia da unidade, mas que a atuação sistematizada da equipe possibilitou o ajuste das metas e da própria organização do programa no sentido de monitoramento e avaliação. Neste sentido, as ações foram se inserindo no contexto da unidade de maneira natural. Foi reorganizada a agenda de atendimento dos profissionais, facilitando o acesso dos usuários a unidade

quando necessário. Esta iniciativa facilitou a adesão, fazendo com que as consultas se tornassem dinâmicas e economizasse tempo.

Outra proposta aceita e colocada em prática foi à sensibilização dos familiares na sala de vacina sobre a puericultura. Muitas crianças eram levadas pelos seus pais para realizar os procedimentos e não tinham conhecimento sobre o programa e sua necessidade. Por este motivo, os pais saíam da sala de vacina com a consulta agendada, tanto aquelas que estavam em atraso, como aquelas que estavam em dia já confirmando e lembrando a data da consulta.

Portanto, o cronograma da maneira que foi planejado conseguiu ser executado completamente, apesar de serem modificadas as ações de alguma semana ou acrescentando outras. A colaboração e atuação de todos os profissionais da equipe na intervenção contribuíram para a superação das metas. O monitoramento de todas as ações ficou mais gratificante e motivador para a qualidade da atenção da equipe.

Fico grata por ter desenvolvido a intervenção nesta equipe, pois ela foi acolhida por todos e desenvolvida de maneira satisfatória, mesmo havendo mudança de datas para algumas intervenções e dificuldades de outras ações, podemos observar os resultados positivos ao longo das semanas de intervenção.

Após os meses de intervenção é possível ver a melhora dos indicadores provando que as ações foram abordadas de maneira efetiva e que a comunidade aderiu ao programa de maneira satisfatória. É importante salientar que não atingimos a meta de 100% pois muitas das crianças acima de dois anos que deveriam receber atendimento médico no ano de 2013, já realizaram a consulta em meses anteriores da intervenção, sendo assim não foram registrados na planilha de acompanhamento.

Acredita-se que as mães estão se adaptando e reconhecendo a puericultura como parte dos atendimentos na unidade de saúde e com isso levando mais seus filhos para o atendimento. É importante observar que uma unidade de saúde bem estruturada tanto fisicamente como de recursos materiais e humanos, contribui para que os profissionais e a comunidade se sintam acolhidos e passem a procurar a unidade com maior prazer e segurança.

Por fim, considero que foi muito gratificante o percurso até aqui, a boa aceitação da equipe e da comunidade fez com que o processo de intervenção na

unidade fluísse de maneira a atingir os objetivos, mesmo aqueles que não por completos, pois quatro meses é só um pequeno tempo para modificar a forma de pensar e agir de uma comunidade. Notamos que sim é possível isso acontecer, com força de vontade e ajuda de todos os profissionais. Mas reflito que a intervenção atingiu os seus objetivos, de conscientização da comunidade sobre a importância da puericultura e o aumento da adesão da comunidade nessa atividade da unidade.

AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a saúde da criança

Meta: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 50%.

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

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses. Na área adscrita à UBS existem 128 crianças nesta faixa etária. Ao iniciar a intervenção apenas 80 crianças (62,5%) estavam sendo acompanhadas na UBS, ao longo dos quatro meses de intervenção, todas as crianças dessa faixa etária foram inscritas no programa totalizando assim 100% (128) de cobertura.

Observa-se que a captação precoce, a busca ativa e as palestras na comunidade favoreceram a continuidade ou a entrada das crianças no programa, contudo a ação responsável pela captação das crianças foi às palestras na comunidade, ou seja, a educação em saúde para as mães e futuras mães.

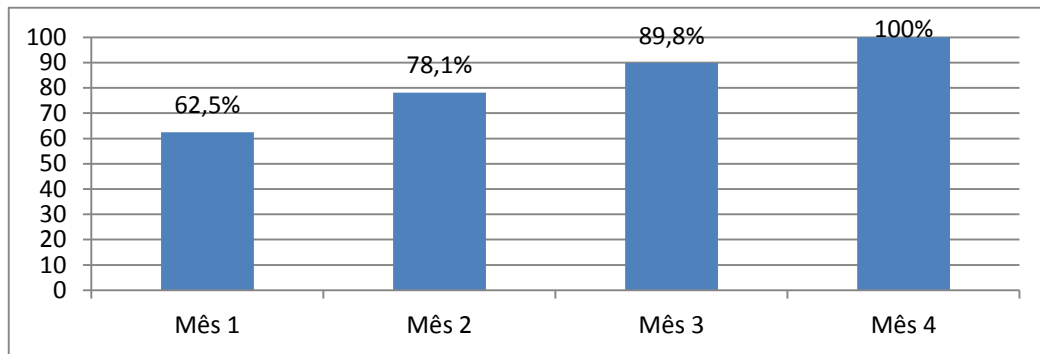


Figura1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: 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.

Do total de 80 crianças da área de abrangência da faixa etária inscrita no programa, no início da intervenção 28 (35%) realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida. Ao longo dos quatro meses da intervenção mais 69 (75,8%) crianças tiveram o acompanhamento na primeira semana de vida, demonstrando que a captação precoce melhorou bastante esse indicador.

A ação que mais auxiliou na captação precoce foi a elaboração da listagem das gestantes que se aproximavam do dia do parto pela enfermeira da unidade através do livro de registro do Pré-Natal, já realizando o agendamento da primeira consulta puerperal. Houve o apoio constante dos agentes comunitários de saúde que ao realizar as visitas domiciliares captavam os recém-nascidos e lembravam ou reagendavam a consulta de acordo com a data do parto.

As crianças que não realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida são aquelas que se mudaram de outro município para a área da UBS, após as primeiras semanas de vida, portanto não frequentavam a unidade de saúde ou são crianças mais velhas que outras equipes de saúde da família não se importavam com a necessidade da primeira consulta ser realizada na primeira semana de vida. Então é necessária a constante busca ativa dessas crianças para a realização na primeira semana de vida.

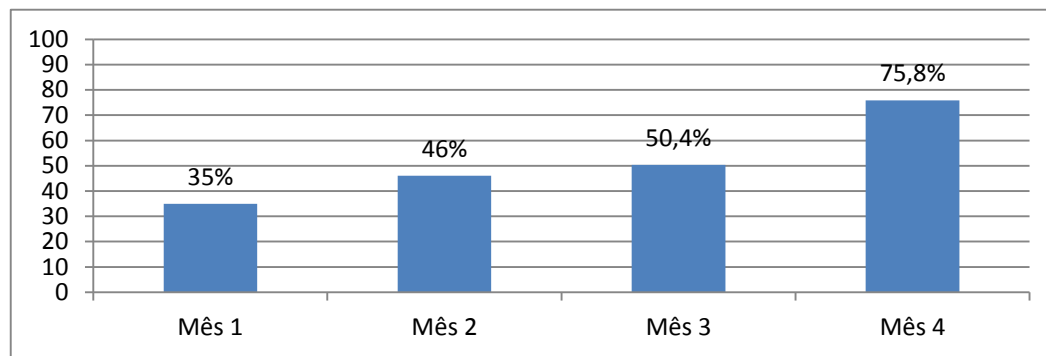


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Na área de cobertura da unidade de saúde da família existe apenas uma escola que atende as crianças de até 72 meses, totalizando 20 alunos que fazem parte da intervenção. Desde o início da intervenção foi atingido à meta de 100% das crianças participantes da ação coletiva de exame bucal dentro da unidade de saúde. No início da intervenção somente 2 (100%) crianças que frequentavam a escola realizaram a ação coletiva na unidade conjuntamente com outras crianças da área e ao final dos quatro meses, 18 (100%) alunos do total de 20 alunos participaram da ação coletiva. Contudo, essa ação também é realizada na unidade de saúde como uma ação comum e rotineira, porém como estas ações não foram registradas no acompanhamento sistematizado por não integrar a planilha.

A ação que mais auxiliou na captação desses escolares foi à avaliação clínica na escola da área, onde toda a equipe de saúde realizou avaliações clínicas e atendimento odontológico e trouxe essas crianças para ações de exame bucal na unidade de saúde.

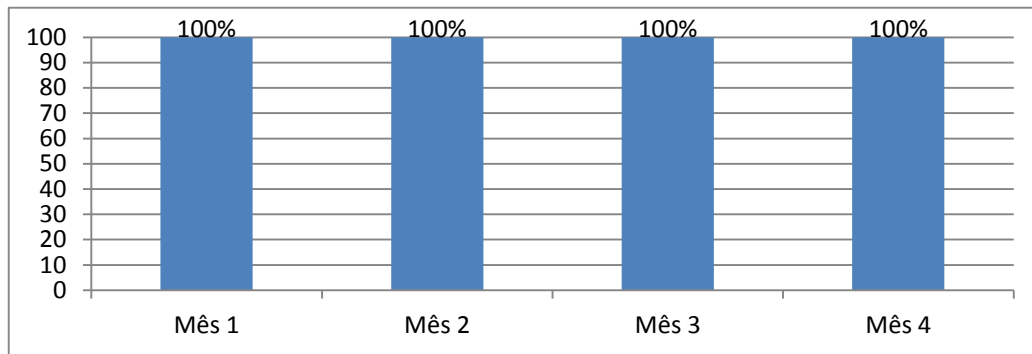


Figura 03: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 70% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

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

Ao iniciar a intervenção, 34 das 37 (91,9%) crianças da faixa etária de 6 a 72 meses já haviam realizado a primeira consulta odontológica. Ao longo dos 4 meses, esse percentual aumentou para 98,3%, ou seja, das 121 crianças da área atendidas 119 realizaram a primeira consulta odontológica.

Os dados acima demonstram melhora significativa das consultas odontológicas. Isso foi decorrente da mudança de fluxo na unidade de saúde, uma das ações que mais auxiliou na captação de crianças para a sala odontológica, ou seja, ao realizar a puericultura na unidade de saúde a criança no mesmo dia já era encaminhada para a sala odontológica onde realizava os procedimentos necessários.

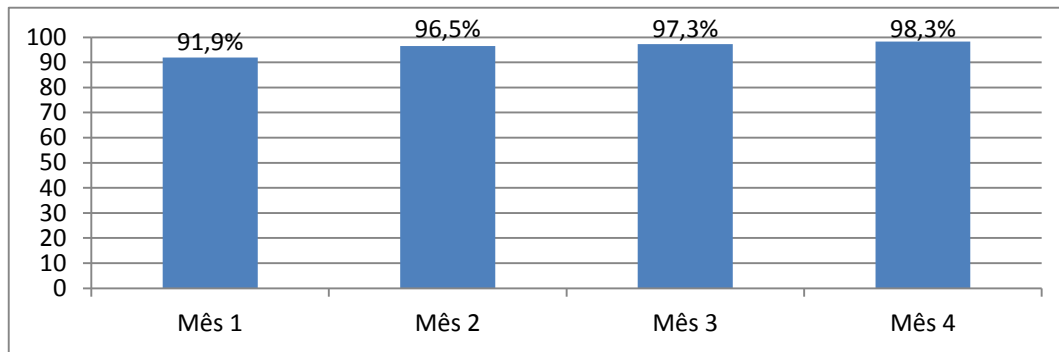


Figura 04: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Durante os quatro meses nenhuma criança apresentou alto risco para doenças bucais, sendo assim o percentual de cobertura para a primeira consulta odontológica para essas crianças na faixa etária de 0 a 72 meses foi de 0%. A ação que mais contribuiu para a detecção precoce dos agravos bucais e sua resolução antes de se tornar fator de risco, foi à captação precoce das crianças para a puericultura e o novo fluxo de atendimento da unidade.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Ao iniciar a intervenção na unidade de saúde apenas uma criança faltou à consulta e com isso só houve uma busca ativa, totalizando 100%. Ao longo da intervenção não houve crianças faltosas as consultas marcadas, sendo assim atingindo um percentual de 0%.

A ação que mais auxiliou para que a busca ativa não fosse realizada, pois não houve falta das crianças a consulta foi às palestras na comunidade mostrando a importância da puericultura e também o apoio dos agentes de saúde que na visita domiciliar conferia o cartão da criança e lembravam o agendamento da criança para aquele mês.

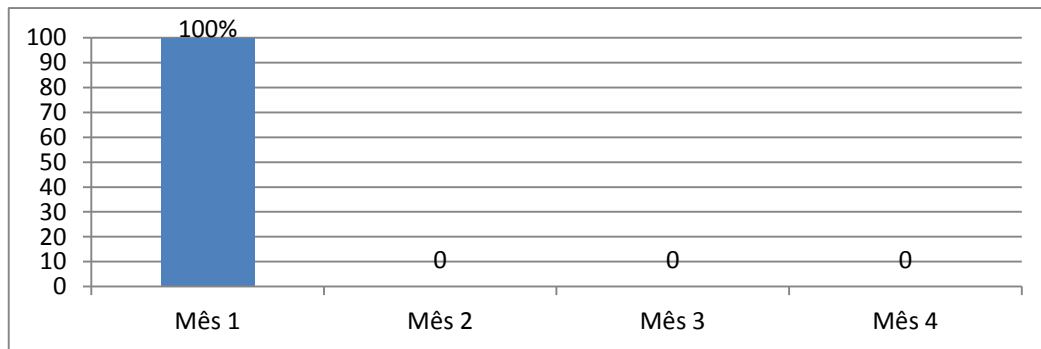


Figura 05: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Quanto às crianças faltosas a primeira consulta odontológica para essa faixa etária, não houve necessidade de realização de busca ativa, por isso, desde o início até o fim da intervenção o percentual foi de 0%.

A ação que mais auxiliou para atingir esse percentual foi à realização de palestras com o tema da puericultura relatando sobre sua importância e o atendimento na unidade seguindo um fluxo contínuo de profissionais, facilitando assim o acompanhamento constante e o comparecimento das crianças, sendo assim as crianças não faltavam às consultas programadas.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

No início da intervenção a puericultura realizou 45% do monitoramento de crescimento das crianças, ou seja, das 80 crianças inscritas no programa, 36 participaram da intervenção. Com a realização do monitoramento do crescimento ao longo da intervenção esse percentual foi aumentando, chegando ao final com 121 (94,5%) das crianças da área com o monitoramento de crescimento em dia, sendo assim foi possível notar o crescimento da atuação da equipe na comunidade e a aceitação da mesma a puericultura.

As ações que mais se destacaram foram às palestras nas micro áreas sobre a importância da puericultura, a captação das crianças na sala de vacina e o agendamento oportuno das mesmas.

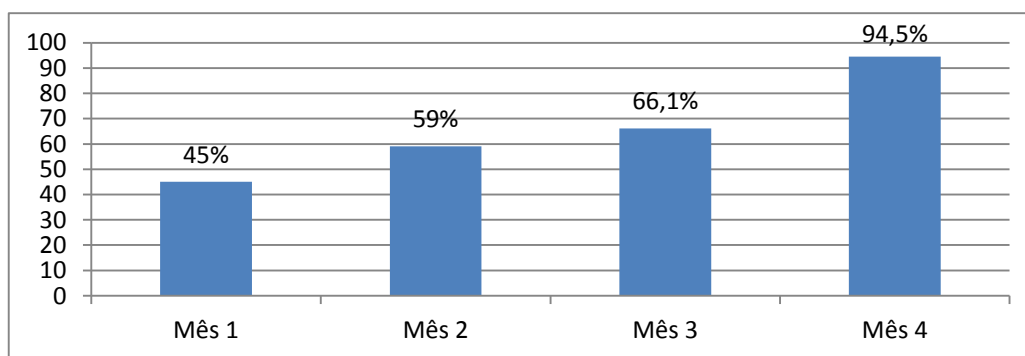


Figura 6: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Das 128 crianças cadastradas na área e das 121 acompanhadas durante os quatro meses de intervenção, apenas uma apresentou déficit de peso no segundo mês, identificando como causa da queda de peso uma doença viral. Sendo assim, o percentual foi de 100%.

As ações governamentais de auxílio e de desenvolvimento, como as ações de orientação na consulta de puericultura da unidade de saúde e os encaminhamentos para a nutricionista do município para aquelas crianças de risco para déficit de peso

contribuíram para que as crianças da área não apresentassem esse problema com frequência.

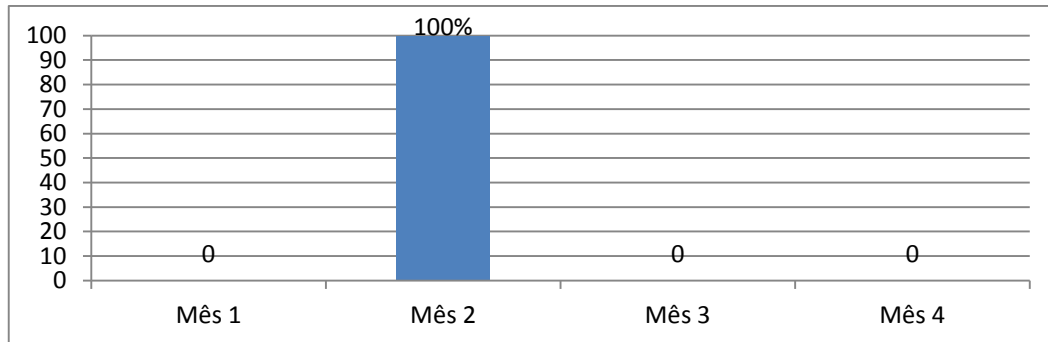


Figura 07: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

No início da intervenção uma criança apresentava excesso de peso e estava sendo monitorada. Ao longo dos 4 meses da intervenção uma nova criança foi identificada com excesso de peso, totalizando 100% de cobertura para o monitoramento de crianças com excesso de peso, contudo ao longo da intervenção essas duas crianças foram perdendo peso, por causa das orientações dadas pela equipe sobre alimentação saudável e os encaminhamentos realizados para a nutricionista. No quarto mês da intervenção não tinha mais nenhuma criança com excesso de peso.

A ação que mais se destaca para esse indicador é a própria consulta de puericultura, por captar essas crianças com excesso de peso e dar os encaminhamentos necessários, as orientações sobre alimentação saudável e a prática de exercícios físicos.

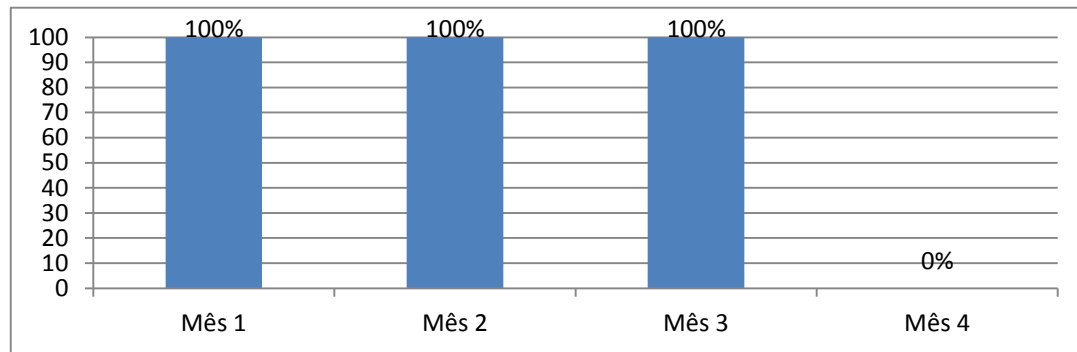


Figura 08: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

A puericultura no início da intervenção possuía cobertura do monitoramento de desenvolvimento das crianças de 45%, (36 das 80 crianças). Ao longo da intervenção esse percentual foi aumentando, chegando ao final com 121 (94,5%) das crianças da área com o monitoramento do desenvolvimento em dia, sendo assim foi possível notar o crescimento da atuação da equipe na comunidade e a aceitação da mesma a puericultura. Esse indicador é igual ao do monitoramento do crescimento, pois na consulta de puericultura a análise do crescimento e do desenvolvimento são ações casadas e acontecem ao mesmo tempo.

As ações que mais se destacaram foram às palestras nas micro áreas sobre a importância da puericultura, a captação das crianças na sala de vacina e o agendamento oportuno das mesmas.

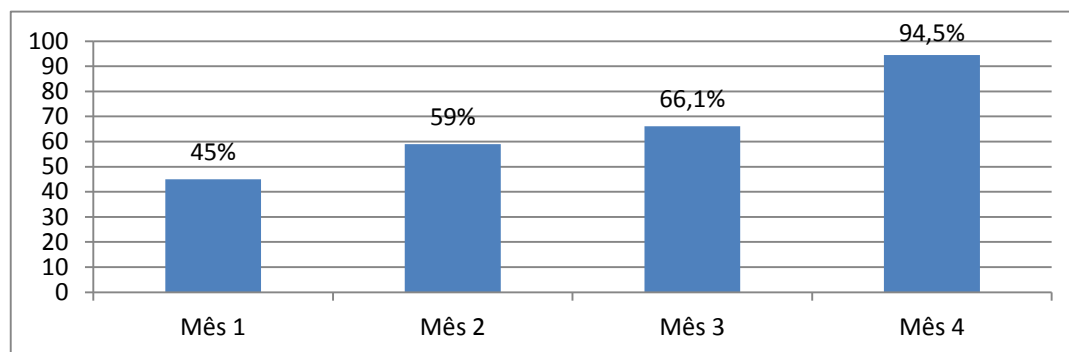


Figura 9: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

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

Ao iniciar a intervenção apenas 37 crianças (46,3%) tinham vacinação em dia de acordo com a tabela a baixo. Ao longo da intervenção 121 crianças (94,5%) atualizaram o esquema vacinal com registro adequado no cartão de vacina, contudo estamos analisando aquelas crianças atendidas durante mês a mês da intervenção, contudo se todas as crianças cadastradas, ou seja, as 128 crianças fossem atendidas em um mês, o percentual atingido desde o início da intervenção seria 100%.

Isso foi devido a uma ação que aconteceu antes da intervenção começar, que foi a Campanha de Multivacinação que contemplou as crianças dessa faixa etária, onde foi realizada busca ativa para todas as crianças da comunidade para realizar a atualização da caderneta de vacinação. Contudo, é sempre necessário para melhorar esse indicador a constante busca ativa na comunidade das crianças que estão em atraso no calendário vacinal.

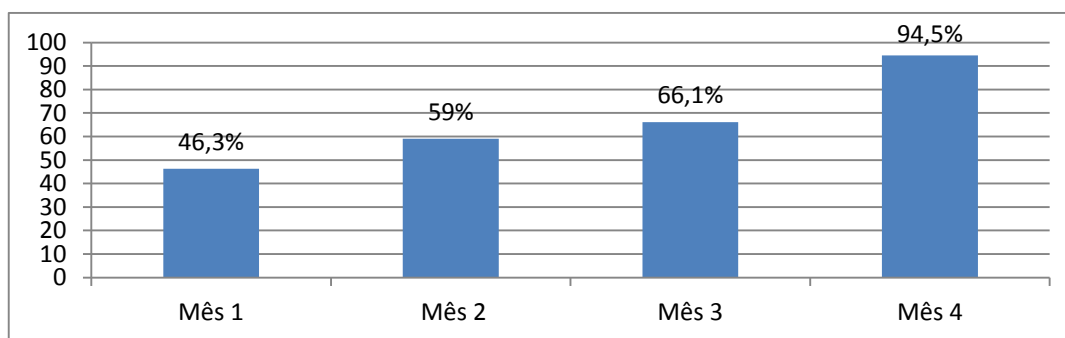


Figura 10: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Indicador: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Desde o início da intervenção todas as crianças atendidas de 6 a 18 meses estavam recebendo suplementação de ferro. Ou seja, 100% das crianças dessa faixa etária estão contempladas no programa de suplementação de ferro.

A ação que mais se destacou nesse indicador foi o próprio programa de puericultura que com as orientações necessárias e a prescrição da medicação atingiu de forma integral a criança e passou para as mães a importância da suplementação de ferro e sua necessidade nessa faixa etária.

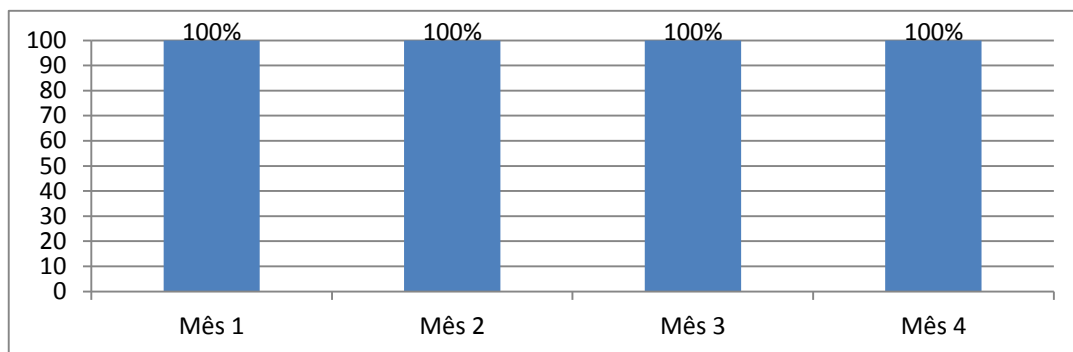


Figura 11: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Ao iniciar a intervenção apenas 37 crianças (46,3%) tinham realizado a triagem auditiva das 80 crianças da área. Ao longo dos quatro meses da intervenção 120 crianças (93,8%) realizaram a triagem auditiva em total de 128 crianças da comunidade.

Contudo, é possível observar que esse indicador tem o mesmo precedente do indicador da vacinação, pois se todas as crianças que estão cadastradas tivessem sido atendidas em um mês, teria atingido 100% das crianças, mesmo assim, esse indicador conseguiu atingir a meta estabelecida para a intervenção.

A ação que mais auxiliou na intervenção desse fator de triagem auditiva foi à realização das palestras e a própria puericultura, pois a médica da unidade já realizava a avaliação inicial da triagem auditiva das crianças e as encaminhava dando prioridade aquelas que necessitavam com urgência da triagem auditiva na

APAE. A coleta dessas informações teve como base o cartão de vacina da criança que tem uma área específica para a anotação do resultado do exame e da coleta das informações no prontuário da criança.

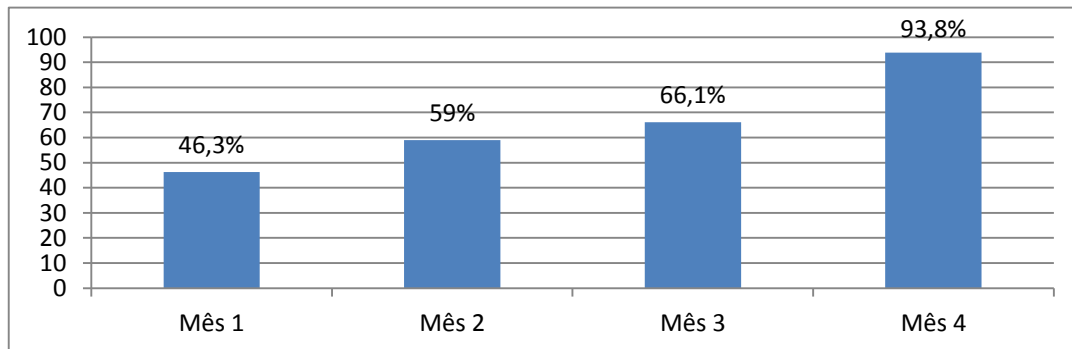


Figura 12: Proporção de crianças com triagem auditiva
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: 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.

No início da intervenção 28 crianças (35%) tinham realizado o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida. Ao longo dos 4 meses de intervenção esse percentual chegou a atingir 75,8%, ou seja, 97 crianças realizaram o teste do pezinho nos 7 primeiros dias de vida.

Esse indicador sofreu influência positiva devido ter sido realizada concomitantemente a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, pois na unidade de saúde na primeira consulta de puericultura já é realizado o teste do pezinho.

A ação que mais facilitou esse indicador foi à captação precoce das gestantes através da data provável do parto, para realização da consulta puerperal e primeira consulta de puericultura, pois era realizada uma listagem das gestantes com a data provável do parto e já realizada agendamento das consultas puerperal e da puericultura com base nessas datas. Faz-se necessário a busca ativa das crianças que nascem na área para a realização precoce do teste do pezinho.

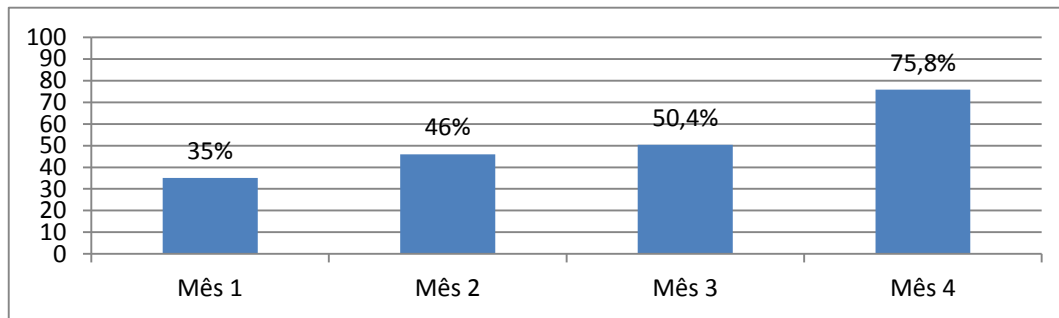


Figura 13: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Em todos os meses da intervenção esse indicador manteve-se em 100% de realização de escovação supervisionada com creme dental em crianças da faixa etária de 36 a 72 meses, frequentadores da escola da área da unidade, atendidas na unidade de saúde, sendo assim no primeiro mês 2 crianças (100%) foram atendidas e ao longo dos 4 meses 12 crianças (100%) foram atendidas.

Como foi relatado anteriormente, na área da unidade só existe uma escola que atinge parte dessa faixa etária, tendo só uma sala para a realização da intervenção.

A ação que mais auxiliou na captação desses escolares foi à avaliação clínica na escola da área, onde toda a equipe de saúde realizou avaliações clínicas e atendimento odontológico.

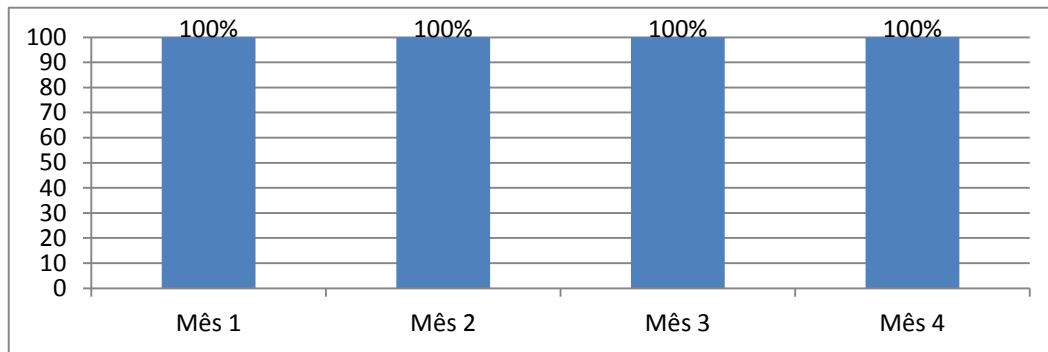


Figura 14: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído

No início da intervenção esse indicador atingiu 30 crianças (88,2%) das crianças com primeira consulta programática que tiveram o seu tratamento odontológico concluído. Já a partir do segundo mês de intervenção o indicador passou a atingir 100% do tratamento concluído.

Esse indicador teve como principal ação a mudança de fluxo na unidade, onde a criança passava por todos os profissionais no mesmo dia da consulta de puericultura, facilitando assim o atendimento e o seu retorno, como também facilitando a conclusão do seu tratamento.

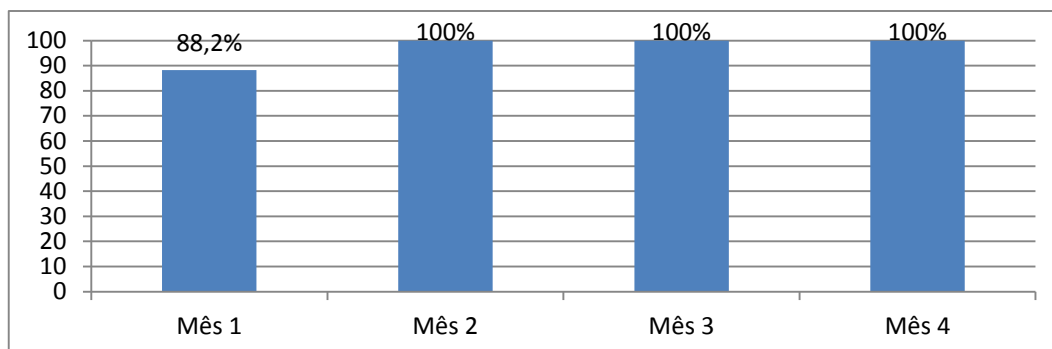


Figura 15: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: 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

Ao iniciar a intervenção 37 crianças (46,3) foram consultadas e estavam com o registro da ficha espelho atualizados. Ao longo da intervenção esse percentual atingiu 94,5%, ou seja, 121 crianças apresentavam registros adequados.

Desde o início da intervenção todas as crianças que realizaram o programa de puericultura estavam com o registro atualizado, ou seja, a ficha espelho estava de acordo com o preconizado para as consultas de puericultura, por isso, se todas as crianças fossem consultadas em um mês da intervenção 100% das crianças estariam com registro em dia, pois foi realizada uma busca ativa e listagem de todas as crianças que necessitavam realizar atualização da ficha espelho e das consultas de puericultura. É importante para a intervenção e a continuidade dessa a constante atualização das fichas espelho.

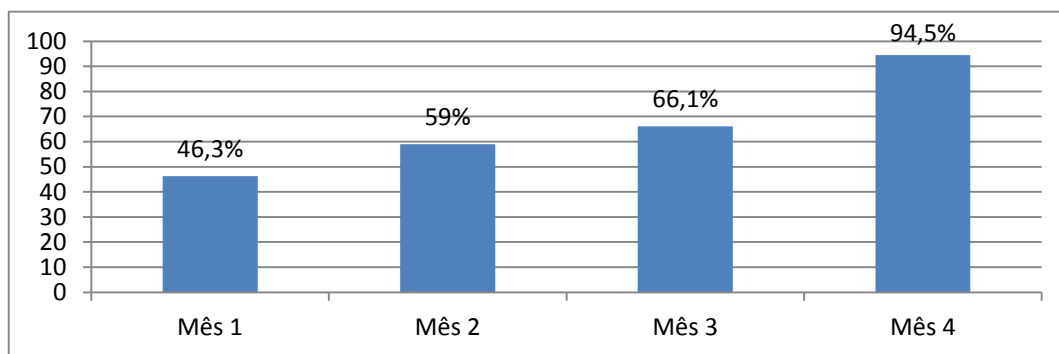


Figura 16: Proporção de crianças com registro atualizado
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco

Ao iniciar a intervenção apenas 37 crianças (46,3%) tinham realizado na consulta de puericultura, a avaliação de risco, sendo que ao longo dos quatro meses 121 crianças (94,5%) realizaram a avaliação. É possível notar uma melhora significativa do indicador ao longo dos quatro meses, mostrando que a intervenção foi eficaz.

Contudo, se todas as crianças tivessem sido atendidas em um mês, teria atingido quase ou totalmente os 100% das crianças da comunidade. Pois a ação que mais influenciou nesse indicador, foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa. Uma proposta para a melhoria dessa ação é a constante capacitação da equipe para o atendimento as crianças.

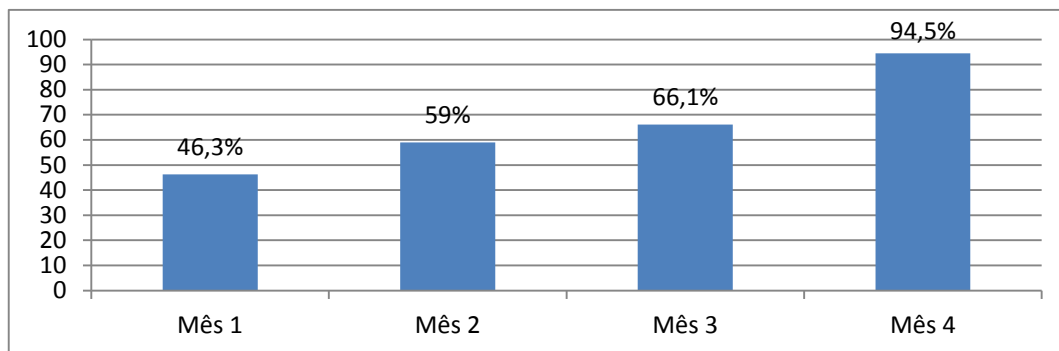


Figura 17: Proporção de crianças com avaliação de risco
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: 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.

Ao iniciar a intervenção apenas 37 mães (46,3%) tinham recebido na consulta de puericultura, orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, sendo que ao longo dos quatro meses 121 mães (94,5%) receberam as orientações. É possível notar uma melhora significativa do indicador ao longo dos quatro meses, mostrando que a intervenção foi eficaz.

Contudo, se todas as crianças tivessem sido atendidas em um mês, teria atingido quase ou totalmente os 100% das crianças da comunidade. Pois a ação que

mais influenciou nesse indicador, foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa. Uma proposta para a melhoria dessa ação é a constatare capacitação da equipe para o atendimento as crianças.

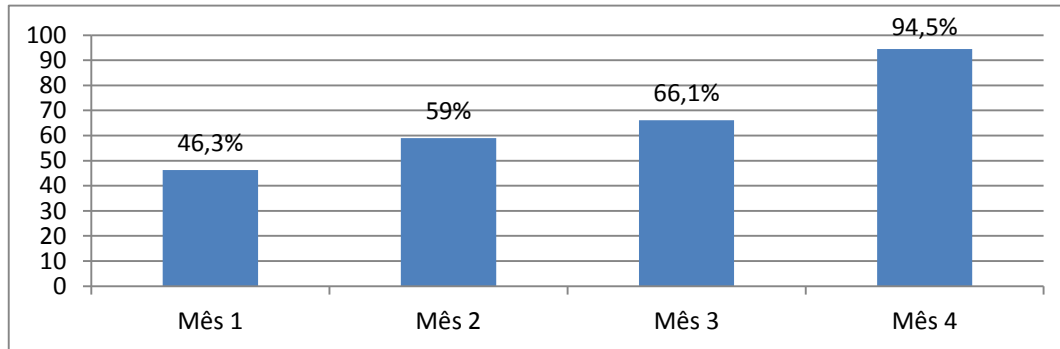


Figura 18: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

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

No início da intervenção 19 crianças (23,8%) tinham sido colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura. Ao longo dos quatro meses 90 crianças (70,3%) tinham sido colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.

É possível observar a melhora do indicador, não foi possível atingir os 100% previstos, pois equipes anteriores não realizaram o protocolo de maneira correta com crianças com faixa etárias mais avançadas, prejudicando assim a intervenção, como também, mães que não lembravam se tinham ou não amamentado na primeira consulta e não tinham registro no prontuário ou ficha espelho sobre o indicador.

A ação que se destacou foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa. Uma proposta para a melhoria dessa ação é a constatare capacitação da equipe para o atendimento as crianças.

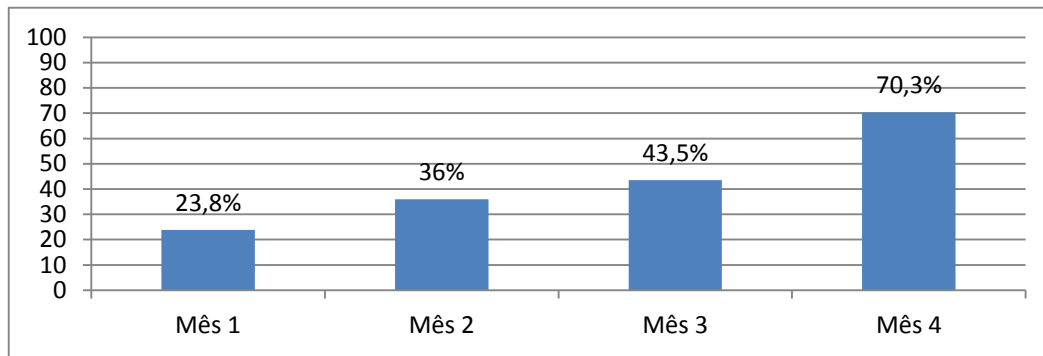


Figura 19: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: 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

Ao iniciar a intervenção apenas 37 mães (46,3%) tinham recebido na consulta de puericultura, orientações sobre a nutrição dos seus filhos de acordo com a sua faixa etária, sendo que ao longo dos quatro meses 121 mães (94,5%) receberam as orientações. É possível notar uma melhora significativa do indicador ao longo dos quatro meses, mostrando que a intervenção foi eficaz.

Contudo, se todas as crianças tivessem sido atendidas em um mês, teria atingido quase ou totalmente os 100% das crianças da comunidade. Pois a ação que mais influenciou nesse indicador, foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa.

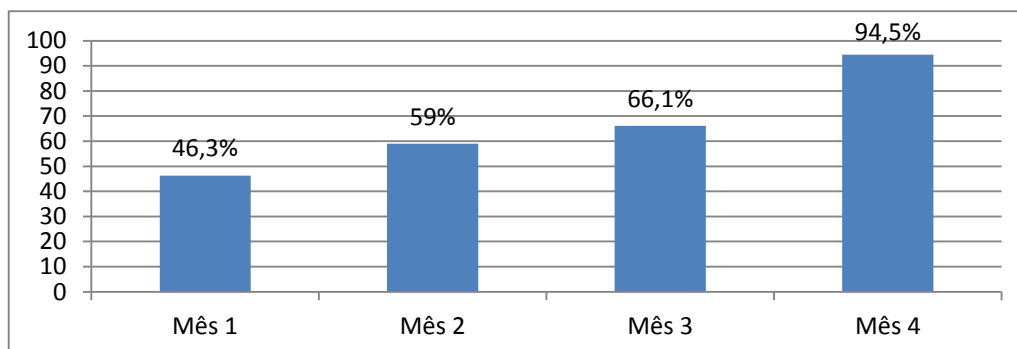


Figura 20: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Ao iniciar a intervenção apenas 2 mães (100%) tinham recebido orientações coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na infância daquelas crianças que frequentavam a escola da área que compareceram a unidade de saúde, sendo que ao longo dos quatro meses 18 mães (100%) receberam as orientações na unidade de saúde. É possível notar que o indicador 100% mostra que a intervenção foi eficaz. É importante salientar que as ações coletivas de saúde bucal na unidade estão disponíveis para todas as crianças de acordo com a faixa etária ideal.

Esse indicador teve como principal ação a mudança de fluxo na unidade, onde a criança passava por todos os profissionais de saúde no mesmo dia da consulta de puericultura, facilitando assim as orientações coletivas e individuais. Outra ação importante foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizada na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa.

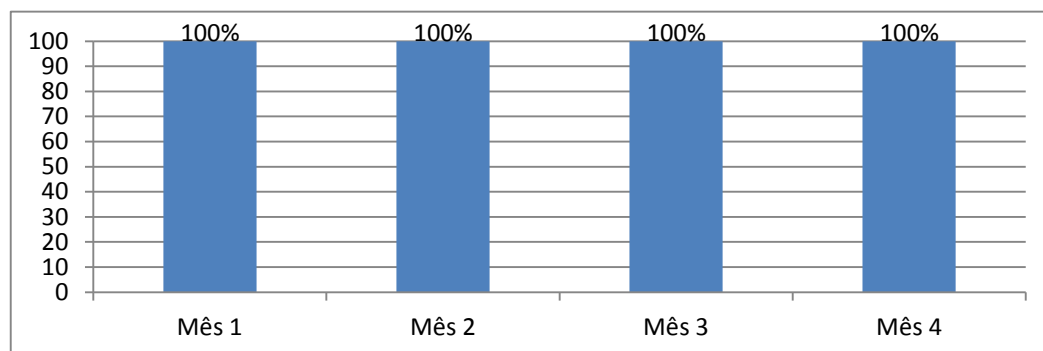


Figura 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Ao iniciar a intervenção apenas 37 mães (46,3%) tinham recebido orientações individuais na consulta de puericultura sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na infância, sendo que ao longo dos quatro meses 121 mães (94,5%) receberam as orientações. É possível notar uma melhora significativa do indicador ao longo dos quatro meses, mostrando que a intervenção foi eficaz.

Esse indicador teve como principal ação a mudança de fluxo na unidade, onde a criança passava por todos os profissionais de saúde no mesmo dia da consulta de puericultura, facilitando assim as orientações coletivas e individuais. Outra ação importante foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizada na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa.

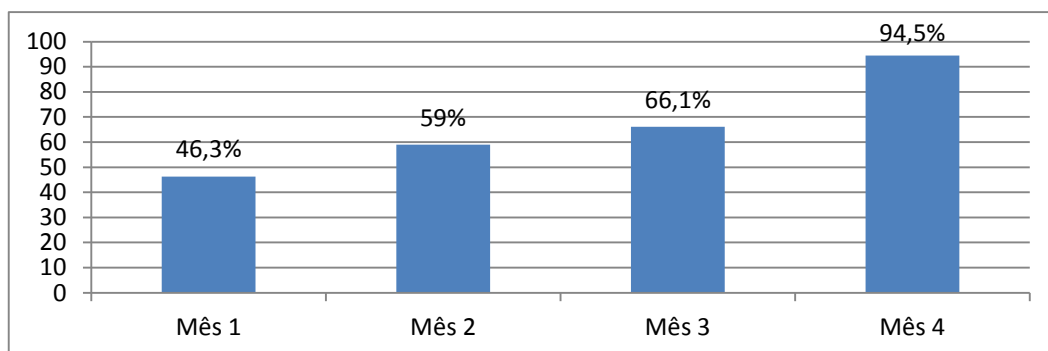


Figura 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

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

Ao iniciar a intervenção apenas 11 mães (13,8%) tinham recebido orientações na consulta de puericultura sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, sendo que ao longo dos quatro meses 67 mães (52,3%) receberam as orientações. É possível notar uma melhora significativa do indicador ao longo dos quatro meses, mostrando que a intervenção foi eficaz.

Não foi possível atingir os 100% previstos, pois equipes anteriores não realizaram o protocolo de maneira correta com crianças com faixa etária mais avançadas, sendo assim não realizaram as orientações necessárias prejudicando assim a intervenção, como também, mães que não lembravam se tinham ou não recebido essas orientações e não tinham registro no prontuário ou ficha espelho sobre o indicador.

Esse indicador teve como principal ação foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa. Uma importante contribuição para essa ação seria a orientação das mães em outros momentos, como nas palestras na comunidade e sala de espera.

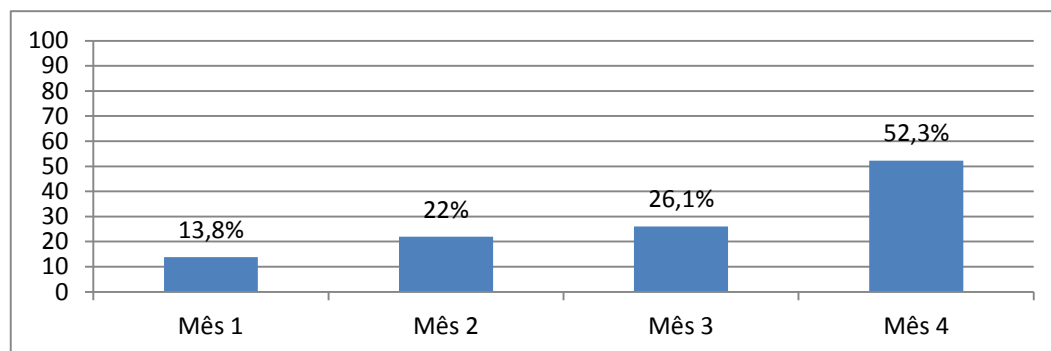


Figura 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

Meta: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Ao iniciar a intervenção apenas 2 mães e crianças (100%) tinham recebido orientações na consulta de puericultura sobre a nutrição do seu filho daquelas crianças que frequentavam a escola da área, sendo que ao longo dos quatro meses 18 mães (100%) receberam as orientações. É possível notar que o indicador 100% mostra que a intervenção foi eficaz.

Esse indicador teve como principal ação a mudança de fluxo na unidade, onde a criança passava por todos os profissionais de saúde no mesmo dia da consulta de puericultura, facilitando assim as orientações coletivas e individuais. Outra ação importante foi à capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento a saúde da criança realizado na unidade no início da intervenção como uma roda de conversa.

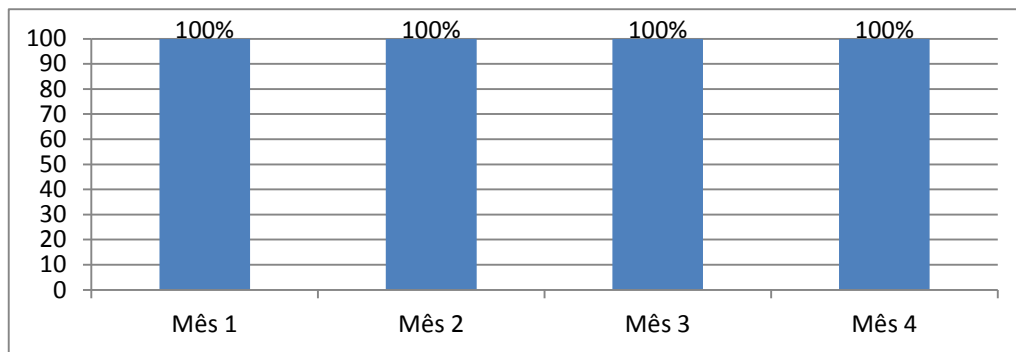


Figura 24: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL 2014.

4.2 Discussão

A intervenção, na unidade de saúde, propiciou a melhoria da atenção à puericultura com a ampliação da cobertura da atenção as crianças de 0 a 72 meses, a melhoria dos registros da unidade, sendo que desde o início da intervenção todas

as crianças eram cadastradas pelos ACS, mas nem todas frequentavam a unidade. Ao longo da intervenção a quantidade de crianças que passaram a participar do programa atingiu a totalidade das crianças que moram na área de abrangência.

A qualificação da atenção contou com o fluxo contínuo da criança na unidade, realizando em um mesmo dia as consultas com todos os profissionais de saúde, pois as mães e responsáveis tinham muitas queixas em relação ao atendimento descontínuo, pois realizavam a consulta de puericultura com a enfermeira e tinham que agendar uma consulta para a médica e para o dentista da unidade em dias diferentes. Esta forma de organização dos atendimentos passou a atrair e fidelizar as mães da unidade de saúde.

Já na qualificação da prática clínica podemos destacar a própria consulta de puericultura que passou a ser mais completa e abordar as orientações corretas passando mais tranquilidade para a mãe ou responsável. As orientações dadas às mães ou responsáveis seguindo o protocolo passaram a ser rotina da consulta de puericultura, desde a orientação sobre crescimento e desenvolvimento, até sobre os riscos de acidentes e alimentação de acordo com a faixa etária. Isso se deve as capacitações com todos os membros da unidade, levando qualificação para a equipe e para o serviço.

Em relação à organização e gestão do serviço é possível destacar o aumento do cadastramento das crianças e a busca ativa dos faltosos a consulta, como a organização do serviço para atendimento contínuo da criança. Também é possível destacar a organização do fluxo de atendimento facilitando o acesso do usuário como a organização do serviço, tendo um fluxo de atendimento integrado entre os profissionais de saúde captando e fidelizando a comunidade. Pode-se destacar que o dia a dia da unidade ficou organizado para atender a demanda agendada e espontânea, tanto para o atendimento da criança, como para os outros atendimentos.

Com relação ao monitoramento e avaliação tem como destaque a atualização constante das crianças pertencentes a área de abrangência e a regularidade das consultas de puericultura e a constante atualização dos registros, como livros e fichas espelho. Assim, a equipe teve uma real noção de quantas crianças tinham em seu serviço e puderam organizar de maneira acessível para a equipe e comunidade o acesso ao serviço.

A melhoria do registro e do agendamento das crianças viabilizou a otimização da agenda para outros programas e facilitou a adesão dos responsáveis para as consultas de puericultura. Como também, a captação precoce das mães, ainda como gestantes, orientando para a importância da puericultura desde o pré-natal.

Sendo que a comunidade passou a se interessar sobre a intervenção e procurar a unidade para as consultas.

Em relação ao engajamento público podemos destacar as palestras na comunidade introduzindo o tema e captando os usuários para a unidade de saúde e ação de avaliação clínica nas escolas. O envolvimento da equipe nas palestras e na avaliação clínica nas escolas e a iniciativa de realização do dia da Criança.

Podemos destacar também a captação das crianças na sala de vacina e o envolvimento de toda a equipe na intervenção melhorando o atendimento

Antes da intervenção as atividades de atenção a Saúde da Criança se concentravam na enfermeira e na médica esporadicamente, quando alguma criança tinha alguma queixa. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a intervenção a um maior número de pessoas.

Foi possível observar que todos os profissionais contribuíram de maneira significativa para a realização da intervenção. A enfermeira ficou responsável pelo atendimento e orientações de crianças de 0 a 24 meses, pela listagem de gestantes perto do parto, através da data da última menstruação e data provável do parto, pelo agendamento, pelas palestras na comunidade e avaliação clínica nas escolas.

A médica ficou responsável pelos atendimentos e orientações das crianças de 25 a 72 meses prioritariamente e daquelas de 0 a 24 meses com alguma intercorrência, além da avaliação clínica na escola, o dentista ficou responsável pela avaliação clínica das crianças de 6 a 72 meses e dos escolares. A recepção e a técnica de enfermagem ficaram responsáveis pela captação das crianças e agendamento e o ACS ficaram responsáveis pela listagem inicial das crianças das áreas, pela busca ativa das gestantes e crianças com agendamento. Todas essas contribuições resultaram positivamente na intervenção, pois o esforço conjunto da equipe como um todo levou a intervenção a atingir percentuais positivos e a cada mês chegando mais perto dos nossos objetivos. Foi importante a qualificação da prática clínica para a equipe, pois as capacitações ocorrerem com toda a equipe e de forma participativa.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao atendimento e seguimento das consultas de puericultura para as crianças da comunidade. Esta atividade promoveu o trabalho integrado entre a médica, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e recepcionista da unidade.

O impacto da intervenção na comunidade é percebido ainda muito timidamente. As crianças e seus responsáveis demonstram satisfação com o fluxo de atendimento em um único dia para todos os profissionais da unidade e com a priorização das crianças no atendimento quando apresentando alguma queixa.

Se a intervenção fosse realizada nesse momento, alteraria o cronograma das atividades coletivas na comunidade, pois em algumas houve melhor adesão. Neste sentido ressalta-se a necessidade de intensificar as ações de divulgação com as comunidades e lideranças. Acredito que haja a necessidade de ampliar o número de atividades coletivas, pois acredita-se ser esta uma ferramenta importante de aproximação com a comunidade. Ainda pontua-se que não houve adesão das ações coletivas na creche particular da área tivesse permitido a participação na intervenção, permanecendo as ações vinculadas aos atendimentos na unidade de saúde.

Na organização e gestão do serviço pode-se destacar a necessidade de maior oferta de materiais disponíveis para a realização das ações de engajamento público como as palestras na comunidade como projetores, material didático entre outros. Na qualificação da prática clínica podemos ampliar pequenas capacitações nas reuniões mensais da unidade. Também é possível em relação ao eixo de monitoramento e avaliação incentivar a constante busca ativa de crianças da área e a necessidade do seu cadastramento.

Diante do exposto é possível avaliar positivamente a incorporação da intervenção na rotina da unidade e podemos alguns aspectos de qualificação como na prática clínica a necessidade de constantes capacitações com a equipe. Na organização e gestão do serviço pode-se destacar a continuidade do fluxo entre os profissionais e necessidade de garantir acesso aos encaminhamentos para outros serviços.

Em relação ao engajamento público pode-se salientar a necessidade de conscientização sobre a importância da puericultura na comunidade através da

ampliação das ações coletivas em todas as microáreas. Também buscar esclarecer com a administração da creche particular a importância das ações para a saúde das crianças objetivando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Referente ao monitoramento e avaliação observa-se a falta de algumas informações nos registros mais antigos prejudicaram a coleta das informações para o cálculo dos indicadores como a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, sobre as crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta e as crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Sendo assim, há a necessidade de adequação da ficha para o projeto essas falhas foram solucionadas.

A partir do próximo mês, como parte do eixo de engajamento público pretendemos agendar as palestras nas microáreas com participação de novas gestantes e mãe, contando com o apoio de outros profissionais da equipe e do NASF do município. Também pretendemos realizar mais capacitações como parte do eixo da qualificação da prática clínica. Já em relação à organização e gestão do serviço o fluxo de atendimento será incorporado a outros programas na unidade e para o eixo de monitoramento e avaliação serão feitas listagens de todas as crianças cadastradas e que ainda não compareceram a unidade esse ano para realizar a consulta de puericultura.

Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar para a sistematização do Pré-Natal na UBS, já que juntamente com a implantação do programa de Saúde da Criança, o profissional dentista estava implantando o Programa de Hipertensão e Diabéticos na unidade.

4.3 Relatório da Intervenção para gestores

A Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, na modalidade a distância surgiu em 2011 para proporcionar a formação e o aprimoramento do trabalhador/aluno no curso de especialização para a efetiva intervenção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em que esse atua, como objetivo o alcance do conhecimento específico para atuação na unidade.

Por isso, este relatório tem como objetivo apresentar a implantação do Projeto de Intervenção sobre o tema “melhoria da atenção a saúde da criança”. Após a análise situacional, identificou-se a baixa adesão das crianças as consultas do Programa de Puericultura. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi melhorar a atenção a saúde da criança da USF de Gravito, Catu/BA. As ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

A intervenção ocorreu entre os meses de setembro de 2013 a janeiro de 2014. No início da intervenção foram realizados levantamentos do quantitativo de crianças da área e dos prontuários das mesmas para realização da atualização cadastral e de acompanhamento, mostrando que grande parte das crianças estava cadastrada na unidade de saúde, mas não frequentavam conforme preconização.

A capacitação da equipe sobre os cuidados com a criança foi importante para a melhoria do processo de trabalho e organização do fluxo de atendimento, contribuindo também para o maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento das crianças. Além disso, a partir da qualificação profissional, as consultas de puericultura se tornaram mais dinâmicas e passou a oferecer a criança uma completa avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, como também orientações e encaminhamentos necessários.

A equipe organizou as atividades de formação nos horários da reunião de equipe e utilizou como referencial teórico o Caderno de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Assim foi possível criar o fluxo necessário para o atendimento de acordo com a faixa etária e melhorar o atendimento e os resultados atingidos com a intervenção. A qualificação da prática clínica deve ser inserida na rotina da USF a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e individual que possibilite reforçar o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

É possível notar melhora na captação precoce das crianças para a primeira consulta de vida e realização do texto do pezinho nos primeiros sete dias de vida, aumento do número de primeiras consultas odontológicas e do acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento das crianças. Essa melhora pode associar-se a sensibilização das mães e responsáveis através de palestras na comunidade, sala de espera e na sala de vacina.

Com o objetivo de melhorar a adesão das crianças, foram realizadas atividades coletivas nas cinco microáreas da unidade. Nessas atividades foi abordado o tema da puericultura, sua importância e a necessidade do comparecimento da criança a unidade. Nessa roda de conversa também foi explicado o fluxo de atendimento que foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória.

É importante observar os resultados significativos da intervenção, pois na área adstrita à UBS existem 128 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses. No início da intervenção apenas 80 crianças eram acompanhadas na unidade e ao longo dos quatro meses, 121 crianças foram acompanhadas. O cadastramento das crianças no Programa de Saúde da Criança configura-se uma ação de grande importância para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, sendo assim, deve ser continuada e exigem comprometimento e dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além das orientações específicas, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

Por isso, é necessário que a gestão fortaleça as iniciativas que tiveram inicialmente a unidade, estabelecendo e garantindo uma rotina de supervisão das atividades, compartilhando com a equipe essa responsabilidade. A necessidade da garantia de infraestrutura como material didático, equipamentos audiovisuais para as atividades coletivas, e transporte para deslocamento da equipe, garantindo atendimento de qualidade para a demanda.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Na unidade de Saúde do Gravito, no ano de 2013, foi realizada uma intervenção com as crianças da sua área de abrangência na faixa etária de 0 a 72 meses, tendo como objetivo a melhoria da atenção à saúde da criança, através da

parceria da unidade com a aluna do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Após a análise da situação de saúde das crianças da área correspondente a unidade de saúde, identificou-se a baixa adesão dessas as consultas do Programa de Puericultura.

No período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, a intervenção integrou ações como consultas de puericultura por todos os profissionais de saúde e estabelecimento do fluxo de atendimento no mesmo dia para todas as consultas necessárias, ou seja, a criança realiza a consulta com a enfermeira e o dentista e se necessário já é encaminhada para a médica da unidade e para os procedimentos, como a sala de vacina.

Para melhorar também a qualidade prestada às crianças a equipe tentou captar as crianças, o mais precoce possível. Foram organizados os atendimentos das crianças como, consultas na primeira semana de vida e realização de procedimentos, como o teste do pezinho e da orelhinha e realizar a primeira mamada, localizando assim as crianças com risco e dando os encaminhamentos possíveis.

As consultas de puericultura são importantes, pois avaliam o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças, ou seja, avalia o peso, a altura e se o desenvolvimento dessa criança está adequado para a idade em que ela se encontra, também realizam a avaliação de possíveis riscos, seja físico ou emocional. Essas consultas transmitem as orientações necessárias, como a alimentação correta para a faixa etária, a higiene bucal e os hábitos de sucção e mastigação, os profissionais também avaliam a caderneta de vacinação e a necessidade da suplementação de ferro de acordo com a faixa etária.

Na unidade, o profissional dentista avalia a criança para risco de saúde bucal e acompanhado os procedimentos necessários. Outra atividade desenvolvida foi à avaliação nas escolas, nas crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da escola da comunidade de acordo com a sua necessidade, onde todos os profissionais de saúde da Equipe de saúde participaram, juntamente com a colaboração dos professores da escola.

É importante lembrar que na área adstrita à UBS existem 128 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, foco da intervenção. No início da intervenção apenas

80 crianças estavam sendo acompanhadas na unidade, sendo que ao final dos 4 meses 121 crianças foram acompanhadas, contudo 128 crianças estavam cadastradas no programa. Para isso, a equipe se qualificou, estudando o Caderno de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Assim, foi possível criar o fluxo necessário para o atendimento de acordo com a faixa etária e melhorar o atendimento.

Para a qualificação da prática clínica a comunidade deve estar ciente sobre as reuniões mensais da equipe, suas capacitações e atividades de educação a fim de aprimorar os conhecimentos de toda a equipe que atua na área.

Foi possível notar que a comunidade apoiou a intervenção, pois participaram das palestras e começaram a procurar mais a unidade de saúde para realizar as consultas e procedimentos. É importante também relatar que a intervenção não acabou, pois ela foi incorporada ao dia a dia da unidade e vai continuar a atender as crianças com a mesma qualidade e tentando a cada dia aperfeiçoar o programa.

O monitoramento e avaliação da intervenção pela comunidade devem ser constantes e o canal está aberto com a equipe para que a comunidade possa dar suas opiniões sobre a intervenção, a rotina do serviço e o que pode ser melhorado e modificado.

A comunidade participou ativamente nas palestras desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família do Gravito, tirando as dúvidas sobre o tema e interagindo com os profissionais trazendo as críticas e sugestões para a melhoria do atendimento. É importante que a comunidade tenha adesão constante as consultas de puericultura e incentive as mães e responsáveis da importância da puericultura e a necessidade de comparecimento a unidade.

REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

A primeira expectativa em relação ao curso surgiu na etapa inicial, a seleção, pois visava com o curso a minha qualificação profissional, como especialista em saúde da família e como foi gratificante ver meu nome na lista de selecionados. Contudo, surgiu uma dúvida logo na primeira semana, após ler o Projeto

Pedagógico, percebi que todas as atividades estavam se referindo a unidade de saúde e principalmente o seu produto final, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), como poderia desenvolver um trabalho na atenção básica se atualmente trabalho junto à coordenação da vigilância epidemiológica.

As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e a minha orientadora Elisiane Bisognin, comecei a participar dos fóruns e tirar minhas dúvidas em relação a minha futura dificuldade da tão próxima intervenção. Foi então que ficou decidido que adotaria uma unidade de saúde e a escolhida foi à unidade de saúde do Gravito que me acolheu como um membro da equipe e apoiou todo o desenvolvimento do projeto.

Ao longo do processo aprendi bastante nos fóruns e semanalmente com os conteúdos expostos, fiquei a cada semana mais entusiasmada com o processo de aprendizagem e conhecimento, fui observando que o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal para ser coletiva. Compartilhei aprendizados com a equipe e colegas de trabalho e incentivei outros colegas a participar das próximas seleções. Achei que seria mais difícil a realização da intervenção na USF escolhida, pois as consultas, algumas palestras e processos de trabalho seriam delegadas a enfermeira da unidade, contudo o projeto transcorreu de maneira que essa delegação de atividades fossem superadas e elevando a união da equipe. É claro que ao longo da intervenção teve algumas dificuldades, como insuficiência de alguns materiais temporariamente, o cronograma que algumas vezes tivemos que mudar algumas ações previstas. Entretanto, apesar das dificuldades elas não foram determinantes para o fracasso da intervenção, pelo contrario, mostrou o que deve ser mudado e melhorando nos próximos meses, portanto considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados e com meu aprendizado.

A abordagem do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e o aprimoramento de outros, a cerca da Estratégia de Saúde da Família e a oportunidade de mudar o processo de trabalho em uma unidade do município onde atuo, levando mais qualidade para o atendimento a criança.

Dentro do processo de aprendizado do curso podemos destacar que o planejamento das ações de saúde, seu desenvolvimento e organização do processo

de trabalho contribuíram de forma mais relevante para o aprendizado de toda a equipe de saúde. Foi aprendido que as ações devem ter embasamento, ou seja, através dos dados disponibilizados tanto pelos ACS, como pelos sistemas de informação, mostrando a realidade da comunidade e suas necessidades. Com base nesses dados poderemos definir e priorizar as ações para aquela comunidade, diminuindo o impacto do processo saúde/doença.

Sendo muito importante para o planejamento acontecer à organização do processo de trabalho que contando com o apoio de toda a equipe melhora a resolubilidade das necessidades dos usuários e qualifica o atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de informação da atenção básica-SIAB: Indicadores do município de Catu/Unidade de Saúde da Família do Gravito, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: resultados Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm> Acessado em: 01 de Agosto de 2013.

Anexos

Anexo 1. Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) de Saúde da Criança com Saúde Bucal.

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde da criança						
		EIXOS				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança	1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para X%.	1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. <u>Numerador:</u> Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde. <u>Denominador:</u> Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de crianças cadastradas no programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita. • Priorizar o atendimento de crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe no acolhimento da criança nas Políticas de Humanização e padronização dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. • 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.

	<p>1.2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para X% das crianças cadastradas.</p>	<p>1.2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. <u>Numerador:</u> Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização para adoção dos protocolos referenciados pelo Ministério da Saúde. • Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.
--	---	---	--	--	---	---

	<p>1.3. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em X% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.</p>	<p>1.3. Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal. <u>Numerador:</u> Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal. <u>Denominador:</u> Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadoras da creche da área de abrangência da Unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade. • Organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro.
--	---	--	---	---	---	--

	<p>1.4. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para X% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.</p>	<p>1.4. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. <u>Numerador:</u> Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada. <u>Denominador:</u> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. • Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade. • Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. • Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. • Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. • Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico. • Capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade. • Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.
--	--	--	---	---	--	--

	<p>1.5. Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em X% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.</p>	<p>1.5. Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica. <u>Numerador:</u> Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica. <u>Denominador:</u> Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis. • Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.
<p>2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança</p>	<p>2.1. Fazer busca ativa de X% das crianças faltosas às consultas.</p>	<p>2.1. Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. <u>Numerador:</u> Número de crianças buscadas. <u>Denominador:</u> Número de crianças faltosas ao programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). • Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. • Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso através da caderneta da criança.

	<p>2.2. Fazer busca ativa de X% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.</p>	<p>2.2. Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas. <u>Numerador:</u> Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica. <u>Denominador:</u> Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consultana unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a periodicidade das consultas. • Monitorar os faltosos. • Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção a saúde bucal do escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos. • Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para esclarece comunidade a importância do atendimento em saúde bucal. • Capacitar as ACS para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico.
--	---	---	---	---	--	--

3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança	3.1 Monitorar o crescimento em X% das crianças.	3.1. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. <u>Numerador:</u> Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). • Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. • Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. • Padronizar a equipe. • Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
	3.2. Monitorar X% das crianças com déficit de peso.	3.2. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. <u>Numerador:</u> Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde. <u>Denominador:</u> Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as crianças com déficit de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). • Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. • Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. • Padronizar a equipe. • Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

	<p>3.3. Monitorar X% das crianças com excesso de peso.</p>	<p>3.3. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. <u>Numerador:</u> Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde. <u>Denominador:</u> Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as crianças com excesso de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). • Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social. • Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. • Padronizar a equipe. • Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
	<p>3.4. Monitorar o desenvolvimento em X% das crianças.</p>	<p>3.4. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. <u>Numerador:</u> Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. • Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a ficha da criança. • Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

	<p>3.5. Vacinar X% das crianças de acordo com a idade.</p>	<p>3.5. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. <u>Numerador:</u> número de crianças com vacinas em dia para a idade. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas. • Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. • Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). • Realizar controle da cadeia de frio. • Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. • Realizar controle da data de vencimento do estoque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusão na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.
	<p>3.6. Realizar suplementação de ferro em X% das crianças.</p>	<p>3.6. Proporção de crianças com suplementação de ferro. <u>Numerador:</u> número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro. <u>Denominador:</u> Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a dispensação do medicamento (suplemento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o médico para as recomendações de suplementação com sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

	<p>3.7. Realizar triagem auditiva em X% das crianças.</p>	<p>3.7. Proporção de crianças com triagem auditiva. <u>Numerador:</u> Número de crianças que realizaram triagem auditiva. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.
	<p>3.8. Realizar teste do pezinho em X% das crianças até 7 dias de vida.</p>	<p>3.8. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. <u>Numerador:</u> número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde são aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

	<p>3.9. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em X% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>3.9. Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental. <u>Numerador:</u> Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental. <u>Denominador:</u> Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades. • Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para as crianças da creche da área da unidade de saúde. • Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. • Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde. <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para o preparo ambiente e desenvolvimento de ações coletivas de escovação dental supervisionada.
--	---	--	---	--	---	---

	<p>3.10. Concluir o tratamento odontológico em X% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática</p>	<p>3.10. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído. <u>Numerador:</u> Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. <u>Denominador:</u> Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. • Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária. • Capacitar os profissionais para o manejo do paciente infantil. • Capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.
<p>4. Melhorar registros das informações</p>	<p>4.1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de X% das crianças que consultam no serviço.</p>	<p>4.1. Proporção de crianças com registro atualizado. <u>Numerador:</u> número de fichas- espelho com registro adequado <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher SIAB/folha de acompanhamento. • Implantar ficha espelho (da caderneta da criança). • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

<p>5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência</p>	<p>5.1. Realizar avaliação de risco em X% das crianças cadastradas no programa.</p>	<p>5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco. <u>Numerador:</u> Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. • Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. • Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.
<p>6. Promover a saúde</p>	<p>6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em X% das consultas de saúde da criança.</p>	<p>6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. <u>Numerador:</u> Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

	<p>6.2. Colocar X% das crianças para mamar durante a primeira consulta.</p>	<p>6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. <u>Numerador:</u> Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura. <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. • Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta. • Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação mamada para correção de "pega".
	<p>6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para X% das crianças.</p>	<p>6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. <u>Numerador:</u> registro de orientação nutricional <u>Denominador:</u> Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

	<p>6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para X% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. <u>Numerador:</u> Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. <u>Denominador:</u> Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as atividades educativas coletivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. • Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. • Organizar todo material necessário para essas atividades. • Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. • Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. • Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças • Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para realização de ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. • Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.
--	---	--	---	--	--	--

	<p>6.5. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para X% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.</p>	<p>6.5. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. <u>Numerador:</u> Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. <u>Denominador:</u> Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar atividades educativas individuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção. • Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.
--	---	---	--	--	---	---

	<p>6.6. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para X% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.</p>	<p>6.6. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. <u>Numerador:</u> Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. <u>Denominador:</u> Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as atividades educativas individuais 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.
--	---	--	--	--	--	---

	<p>6.7. Fornecer orientações nutricionais para X% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde..</p>	<p>6.7. Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais. <u>Numerador:</u> Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais. <u>Denominador:</u> Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as atividades educativas coletivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. • Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. • Organizar todo material necessário para essas atividades. • Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. • Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. • Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramentodas ações de saúde para as crianças • Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para realização de ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade.
--	---	---	---	--	---	---

Anexo 2. Ficha espelho

Data do ingresso no programa ___ / ___ / ___ ___ ___

Número do Prontuário: _____

Cartão SUS
 Nome
 completo: _____ Data de
 nascimento: ___ / ___ / ___ ___ ___ Endereço: _____

Nome da mãe: _____ Nome do
 pai: _____ Telefones de
 contato: _____ / _____ / _____

Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm
 Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias Tipo de parto
 _____ Tipagem sanguínea _____

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

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA Especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Pelotas FICHA ESPELHO

Vacinas BCG Pentavalente VPI Rotavírus Pneumoc. 10 Mening. C Tríplice viral Trípl. bacteriana Febre amarela

1ª dose ou dose única

2ª dose Data: ___ / ___ / ___ Lote: _____ Ass: _____

3ª dose Data: ___ / ___ / ___ Lote: _____ Ass: _____

Reforço Data: ___ / ___ / ___ Lote: _____ Ass: _____

Anexo 3 – Planilha de coleta de dados

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A mãe fez pré-natal na UBS?	A criança está com atendimento em dia de acordo o protocolo?	Foi registrado o peso da última consulta na ficha espelho?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Em relação à curva de peso para a idade e o sexo, a criança está abaixo do limite (déficit de peso)?	Em relação à curva de peso para a idade e o sexo, a criança está acima do limite (excesso de peso)?	A criança está com a curva de peso descendente ou estacionária?	A criança está avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O esquema vacinal está em dia?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A criança entre 6 e 18 meses recebeu suplementação de ferro?	A criança entre 6 e 18 meses recebeu suplementação de vitamina A?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

A criança está com tratamento odontológico concluído?	A criança está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	A família da criança recebeu orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie?	A família da criança recebeu orientação nutricional da equipe de saúde bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo 4 – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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