

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois
Meses, na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.**

Maricela Velázquez Hernández

Pelotas, 2015

MARICELA VELÁZQUEZ HERNÁNDEZ

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois
Meses, na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.**

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

Orientador: Rogéria Amaral dos Santos

Pelotas, 2015

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

H557m Hernández, Maricela Velazquez

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS / Maricela Velazquez Hernández; Rogéria Amaral dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Santos, Rogéria Amaral dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À memória de meu pai. Obrigada pai.
Vou amar você para sempre!

Agradecimentos

Ao programa Mais Médico no Brasil e à Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade desta intervenção.

A todas as pessoas do município de Alecrim que me acolheram e em especial às crianças, seus pais e a comunidade.

À minha orientadora Rogéria Amaral dos Santos por sua inesgotável paciência, sua dedicação e constância no trabalho, que não permitiu que a saudade me fizesse desistir.

À professora Lavínia Boaventura Silva Martins que sempre esteve aqui para me orientar.

À professora Dionice Perufo por suas aulas de português.

À professora Estela Maris Rossato por seu ajuda

A minha família pelo apoio incondicional a meu trabalho.

Ao meu filho, que desde pequeno entendeu que em outras latitudes do mundo outras crianças necessitam de meus modestos esforços.

Resumo

VELÁZQUEZ Hernández, Maricela. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS. 2015.** 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A saúde da criança foi a linha programática escolhida pela importância que tem o bom desenvolvimento das crianças e seu acompanhamento sistemático e de qualidade. Se quisermos ter homens futuramente saudáveis, temos que cuidar das crianças de hoje. Considero que temos todos os instrumentos para fazer cumprir o que está protocolado pelo Ministério da Saúde (MS). O objetivo geral deste trabalho foi melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS. A UBS de Alecrim é do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF), urbana e, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com uma população de 7045 habitantes. A intervenção foi baseada nos protocolos do MS apresentados nos Cadernos de Atenção Básica, Brasil-2012 e realizada durante um período de 12 semanas entre os meses de janeiro de 2015 até maio de 2015. O detalhamento das ações foi alicerçado em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica em relação à cobertura da atenção à saúde da criança na faixa etária, à qualidade do atendimento, à adesão ao programa de saúde da criança, o registro das informações, à avaliação de risco e à promoção de saúde. Quanto aos resultados, o mais significativo foi o aumento da cobertura do programa. Na intervenção foram cadastradas 120 crianças, correspondendo a 93,8 % de cobertura. Em relação à qualidade da atenção das crianças cadastradas, as 120 (100%) realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, 100% delas tiveram o seu monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado, 100% com vacinação para idade em dia, 100% com teste de pezinho realizado até sete dias de vida e 100% das crianças com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Em relação às crianças faltosas às consultas foram realizadas 100% a busca ativa das 34 crianças faltosas, sendo que os registros ao terminar a intervenção foram atualizados 100%. Os indicadores que não foram atingidos em 100%, como a triagem auditiva, a suplementação de ferro, assim como as crianças colocadas para mamar na primeira consulta, podem melhorar com a continuidade desta ação programática. O projeto está incorporado na rotina de trabalho da unidade de saúde e constitui uma guia para outros projetos de trabalho, sendo este o primeiro trabalho de intervenção feito com a participação da equipe e da comunidade. O diálogo com a comunidade e levar a saúde da família à porta da casa dos brasileiros foi uma experiência maravilhosa. O SUS ganhou em credibilidade, a ESF foi fortalecida e o engajamento público foi um dos resultados mais importantes, além de melhorar o estado de saúde da população alvo que foi o objetivo fundamental desta intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.	53
Figura 2	Gráfico 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.	54
Figura 3	Gráfico 3: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.	57
Figura 4	Gráfico 4: Proporção de crianças com triagem auditiva na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.	58
Figura 5	Gráfico 5: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.	63
Figura 6	Fotografia 1: Apêndice A- Reunião da equipe.	79
Figura 7	Fotografia 2: Apêndice B - Atividade brincando e aprendendo.	80
Figura 8	Fotografia 3: Apêndice C- Atividade na comunidade Esquina Vanguarda.	81
Figura 9	Fotografia 4: Apêndice D- Ficha de acompanhamento do desenvolvimento das crianças.	82
Figura 10	Fotografia 5: Apêndice E- Material utilizado para educação em saúde.	83
Figura 11	Fotografia 6: Apêndice F- Material utilizado para estimular o desenvolvimento nas crianças.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HPV	Papiloma Viral Humano
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIM	Primeira Infância Melhor
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	
1	Análise Situacional 1
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS 1
1.2	Relatório de Análise Situacional 1
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... 11
2	Análise Estratégica..... 13
2.1	Justificativa..... 13
2.2.1	Objetivo geral 14
2.2.2	Objetivos específicos e metas 15
2.3	Metodologia 16
2.3.1	Detalhamento das ações 16
2.3.2	Indicadores..... 37
2.3.3	Logística 41
2.3.4	Cronograma 45
3	Relatório da Intervenção 47
3.1	Ações previstas e desenvolvidas 47
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas 49
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... 50
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 51
4	Avaliação da intervenção 53
4.1	Resultados 53
4.2	Discussão..... 64
5	Relatório da intervenção para gestores..... 68
6	Relatório da Intervenção para a comunidade..... 72
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem 75
Referências 77	
Apêndices..... 78	
Anexos 85	

Apresentação

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado em 07 capítulos que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para o curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica, que permitiu a partir duma ação programática prioritária na atenção básica de saúde, elaborar um Projeto de intervenção.

As ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção serão descrito no Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e os diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados, que avaliará os objetivos, se foram atingidas: às metas propostas, a adequação das ações, o registro e instrumento de coleta de dados, assim como os resultados da intervenção para a Unidade de Saúde, a equipe e a população.

O capítulo de Relatório para gestores e comunidade resumira o trabalho feito durante a intervenção.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e abordado o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Recolhe-se como Referências aquelas que foram revisadas durante todo o trabalho. Por ultimo em apêndices e anexos se recolhem registros gráficos das atividades, materiais utilizados na intervenção e aqueles fornecidos pelo curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O Município de Alecrim situa-se na fronteira noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, pertencendo à microrregião de Santa Rosa e a macrorregião Missioneira. Possui uma área de 320,1 km², com clima subtropical-temperado, microclima diferenciado devido a sua localização, situada no Vale do Rio Uruguai. A cidade de Alecrim tem 47 localidades no interior do município, estando a uma distância de 542 km da capital do estado, Porto Alegre.

O município conta atualmente com uma Unidade tradicional com ESF vinculada, situada na área urbana, onde estão instaladas as três Equipes de Saúde da Família (ESF), 100% de cobertura da população que é de 7.045 habitantes, apresentando duas equipes de saúde bucal vinculadas. Temos um total de seis médicos, quatro odontólogos, três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma técnica de vacinação, uma psicóloga, uma nutricionista, uma técnica de farmácia e recentemente se incorporou um pediatra. A UBS conta com um Centro Odontológico dotado com todo equipamento onde trabalham 4 odontólogas, 4 técnicas de saúde bucal dando 100% de cobertura, ainda não se realizam todos os procedimentos como por exemplo o serviço de próteses dental e não existem todos os registros necessários para a coleta de dados, monitoramento e avaliação dos resultados. A UBS não tem outras especialidades, inclusive para o atendimento das grávidas no momento do parto tem-se convênio com o Hospital de Santo Cristo, que é o mais próximo a Alecrim. Ainda não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas o projeto já está aprovado, aguarda-se a liberação para iniciar a construção. Não temos laboratório próprio do SUS, mas temos convênios com laboratórios privados que disponibilizam o que os usuários precisam. O município conta com um Hospital Filantrópico com o pronto atendimento e área para hospitalização.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS de Alecrim é de tipo ESF, urbana, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Prefeitura Municipal de Alecrim. É uma unidade que foi

adaptada para ser uma UBS, apesar disso cumpre com as principais características que tem a maioria das UBS- acessibilidade. Nos chama atenção à localização da farmácia e sala de encaminhamento, que ficam no segundo andar, onde há uma rampa para acesso, mas os pacientes tem que dar a volta à unidade. Muitas das barreiras arquitetônicas foram corrigidas, visto que os gestores da unidade mostram seu apoio na resolução dos problemas identificados e trabalham para diminuir os mesmos. Outro problema observado é a falta de asfalto na estrada, que conduz à entrada principal da UBS. Em períodos de chuva há muito barro, o que complica a acessibilidade para os cadeirantes, às pessoas com deficiência e aos idosos. A UBS com uma sala de espera espaçosa, um fichário para arquivar 12 000 prontuários onde trabalham duas funcionárias, uma sala de atendimento de enfermagem, uma sala de curativos, 3 consultórios de enfermagem e 3 consultórios médicos como uma sala de espera para cada um com capacidade para 15 pessoas sentadas. Tem dois banheiros amplos adaptados para cadeirante e para que as mães possam trocar as fraldas de seus bebês. Atualmente a UBS contam com todos seus espaços climatizados, todas as instalações elétricas serão reparadas, e foram solicitados computadores novos para informatização. Nessa unidade trabalham três Equipes, cada uma é composta por um por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e uma auxiliar de saúde bucal.

A leitura do anexo 1 da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.488 de 2011 e as respostas do questionário sobre o assunto nos possibilitou a imagem sobre os aspectos mais importante das atribuições dos profissionais da saúde. Na UBS observar-se que os médicos tem outra concepção do trabalho em equipe e da medicina preventiva. Ainda necessita-se a incorporação à reunião de equipe semanal aos profissionais da saúde bucal. O trabalho de identificação de grupos de risco e famílias expostas a riscos, bem como o trabalho de grupos de agravos como Hipertensão, Diabetes Mellitus, entre outras doenças, são feitos e liderados pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contudo, agora se pode contar com 2 médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e 01 médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), sendo realizados cuidados de saúde em domicilio, como curativos, injeções, troca de sonda e bolsas de colostomia e aferição de pressão arterial. Porém, com certeza, ainda falta a fala do médico sobre a prevenção de doenças, prevenção de acidentes em

idosos, melhoria da atenção em puericultura, dentre outras questões importantes para a comunidade.

Estamos organizando a primeira atividade vinculada da puericultura e preparação das mães para estimular o desenvolvimento psicomotor das suas crianças. Além disso, há um pediatra trabalhando desde o início de mês setembro do ano passado.

A Equipe 01 da ESF Esquina Vanguarda presta atendimento na UBS Alecrim, tendo o médico uma carga horária de 40 horas semanais, sendo que 8 horas são destinadas ao estudo.

Com uma população de 2157 habitantes com um total de 1124 mulheres e 1033 homens, uma parte mora na cidade e outra nas comunidades rurais, distribuídas em 841 famílias e com 24,15% de pessoas idosas. Tem um total de 7 gestantes, 17 crianças menores de um ano e 54 crianças menores de 2 anos, com acompanhamento. Este trabalho ainda está sendo organizado, já que era feito de forma irregular e pouco organizado, sem seguir os protocolos mais atualizados. O processo de trabalho se desenvolve bem, com atendimentos na UBS para agendados, consultas de cuidado continuado e atendimento espontâneo, assim como de outras atividades planejadas pela equipe, como atividades de promoção à saúde- os grupos de Hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes mellitus (DM), Clubes de Mães, educação em saúde nas comunidades, visitas domiciliares e consultas em zonas rurais.

Agora nos incorporamos ao Clube de pessoas idosas atendidas pela Secretaria Municipal de Assistência e Seguridade Social para aplicar os protocolos de saúde e fazer cumprir os direitos que estas pessoas possuem na qualidade do atendimento médico, para maior qualidade de vida e um processo de envelhecimento digno.

Sempre que se trabalha em equipe e que se conheça sua população será mais fácil e pontual o atendimento da demanda espontânea. Na UBS fazemos atendimentos agendados, que pode ser em grupos ou individuais, e atendemos as demandas espontâneas. O acolhimento acontece na sala de espera, porque não temos recepção, sendo realizado pelos membros das três equipes, seja enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou técnico de saúde bucal. Eles determinam os riscos e vulnerabilidade dos usuários. Às vezes o usuário não precisa de atendimento médico, vindo buscar apenas uma informação ou orientação. Em

que temos dificuldade? Na classificação do risco ou vulnerabilidade. O profissional que realiza esta primeira escuta tem que ter uma preparação, pois dele depende a primeira impressão que traz o usuário, também a classificação correta e a prioridade de seu atendimento. O fluxograma é muito prático para abreviar o fluxo dos usuários na UBS e dar a resposta adequada em cada caso, e deve ser do conhecimento de toda a equipe. Muitas vezes a necessidade sentida pelo usuário faz com que ele pense que seu problema é maior que o dos outros usuários, nesse momento uma fala cordial, uma explicação sincera, uma mão acima de seu ombro são suficientes para que o usuário entenda e espere ser atendido. O usuário tem o direito de ser atendido pelo médico de sua preferência, mas na medida em que os usuários tenham acompanhamento de suas doenças pelo médico de sua equipe, o trabalho fluirá melhor e demanda espontânea tende a decrescer.

A puericultura é uma das ações de saúde mais importantes na Atenção Básica da Saúde. Dela depende o desenvolvimento normal da criança, o diagnóstico precoce das doenças e seu tratamento eficaz. Um dos parâmetros para medir o desenvolvimento de um país na área da saúde é a esperança de vida e a diminuição das taxas de mortalidade infantil, sendo esta última uma das mais importantes, correlacionando-se com a qualidade do atendimento pré-natal e a puericultura.

A puericultura neste momento está sendo organizada pela equipe, pois antigamente era feita por 1 médico e não estava estruturada de forma programática e regida por protocolos, apenas se fazia a primeira consulta ao recém-nato e depois somente quando a mãe tinha alguma preocupação ou o ACS encontrava alguma alteração. Não existiam monitoramento nem planejamento das ações.

Outra debilidade que existia no município era que não contávamos com Pediatra. Os registros existentes na saúde me permitiram o preenchimento do Caderno, mas eles não têm outros dados específicos individuais de cada criança, como assistência às consultas e risco de cada um, dados que obtive dos ACS em minhas visitas às famílias. Neste momento tenho em minha área 17 crianças menores de 12 meses, os mesmos receberam a primeira consulta de captação em tempo, bem como teste do pezinho e orelhinha e todos têm atualizada a vacinação. Mas onde fica o problema? A mãe não tem incorporada como rotina a consulta de puericultura (regular, programada por protocolo do Ministério da Saúde), não vê a real importância que tem essas consultas. Porque este tema não é trabalhado com elas desde a atenção Pré-natal. Como fortaleza para o trabalho, temos no município

o programa Primeira Infância Melhor (PIM). O PIM tem como objetivo orientar as famílias em situação de vulnerabilidade social, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças até seis anos. Política pública pioneira no Brasil, o programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se, através de visitas domiciliares e comunitárias, visando o fortalecimento das competências das famílias para educar e cuidar de suas crianças. Desenvolvido desde 2003, tornou-se Lei Estadual n.º12.544 em 03 de julho de 2006. Tem como referência a metodologia do projeto cubano, do Centro de Referência Latinoamericana para a Educação Pré-escolar (Celep), Educa a teu filho, de quem inicialmente recebeu apoio para a implantação.

Neste momento temos um 100% de cobertura médica na atenção básica para desenvolver um programa de puericultura com qualidade. Começou-se o trabalho em grupos de mães e seus filhos com uma boa adesão da população e também o planejamento semanal das consultas de puericultura e monitoramento da qualidade da mesma. Ainda faço às visitas domiciliares às famílias com o agente comunitário, pois minha enfermeira faz outras atividades que impossibilitam sua participação conjunta.

No mundo luta-se para diminuir as mortes preveníveis, entre elas está a morte materna, seja antes, durante ou depois do parto. No Brasil isto ainda é um problema, por isso um dos programas mais importantes na Atenção Básica da Saúde é a Atenção ao Pré-natal e ao Puerpério.

Com relação à qualidade da atenção pré-natal, há muito tempo que um médico geral se encarrega do atendimento pré-natal, neste momento há só 16 gestantes no Município sendo que 7 são de minha área, o médico tem grande experiência no acompanhamento das grávidas e até pouco tempo atrás eram feitos partos é até cesáreas no município. O trabalho com o Grupo de Gestante também faz parte da equipe há um médico que faz plantão no Hospital de Santo Cristo onde existe o convênio com a UBS e onde nossas grávidas realizam os partos. As consultas são feitas de forma estruturada e por protocolo, com registros específicos, mas não se faz monitoramento nem se discute os problemas nas equipes. A população de grávidas esta muito adaptada a esta forma de acompanhamento, pois é realizada desta forma há muitos anos. Nas atividades de educação em saúde

estamos incorporando todos os membros da equipe e insistimos na necessidade que cada grávida seja acompanhada pelo médico de sua equipe.

Em Alecrim as taxas de fecundidade e natalidade são muito baixas estão abaixo da média nacional, calculando a estimativa de gestante eu deveria ter 33 gestantes e tenho somente sete.

Onde cabe intervir à equipe, fazendo as visitas em suas casas com a ACS, reforçando as orientações, revisando seu cartão de gestante para ter atualizada a informação. A equipe busca os problemas sociais que às vezes elas não falam na consulta, indagamos sobre os principais fatores de risco, verificamos sua Pressão arterial, avaliamos se tem alguma doença aguda e lembramos a próxima consulta, na qual a equipe gostaria de participar junto. Ainda não estão estabelecidas todas as condições para assumir o acompanhamento das gestantes, primeiro porque elas têm confiança em seu médico de toda a vida, e segundo porque foi uma estratégia da unidade para garantir qualidade na atenção, o que posteriormente também será mudado. O problema identificado é a pouca divulgação dos benefícios do parto fisiológico, está fortemente arraigado na população que a cesárea é melhor porque livra à mulher dos dores de parto e não veem a cirurgia como um método alternativo para os partos complicados por alguma doença da mãe ou da criança, além dos riscos que ela tem.

Penso que se deve ter um bom registro das mulheres em idade fértil não só numérico para controle do risco pre-concepcional, cada dia as primeiras relações sexuais começam mais cedo junto com as doenças sexualmente transmissíveis, este trabalho não pode esperar, não é suficiente vacinar as meninas contra Papiloma viral humano (HPV) é necessário ensinar a responsabilidade que elas têm em sua saúde reprodutiva.

Em quanto ao puerpério, ainda é muito difícil que às mulheres entendam que estas consultas são importantes como o pré-natal, para poder fazer a avaliação obstétrica depois do parto aproveita-se o dia em que elas vêm à UBS para fazer teste do pezinho em sua criança. Outra estratégia é as consultas conjuntas de mãe e filho para garantir seu acompanhamento e às visitas domiciliares medico-enfermagem-ACS muito importante para detectar cedo qualquer alteração seja da mãe ou da criança. Agora só tenho uma puérpera que já foi visitada pelo ACS e planejada a visita da equipe.

Para melhorar alguns aspectos do processo de trabalho e ampliar a cobertura e qualidade da atenção pré-natal na UBS precisa-se de algumas mudanças.

Todo processo de mudança tem seu tempo, eu só tenho 5 meses na UBS, o trabalho de um médico para que seja bom, passa por diferentes etapas, que para nós também incluem adaptação ao clima, outra língua, outros costumes e outro sistema de saúde. À medida que a população foi acolhida por nós, muitas coisas mudaram, e a primeira é a visão que as pessoas têm do SUS. Eu estou visitando cada uma das famílias, não simplesmente para ganhar sua simpatia, mas sim para identificar realmente seus problemas que às vezes não são somente de saúde física (biológica), mas de outra ordem (econômicos, sociais) que não temos soluções, mas fazemos encaminhamentos e propostas a outros níveis. Priorizamos trabalho em equipe, outras pessoas podem oferecer soluções. O acompanhamento à puérpera é um trabalho em equipe, é necessária sua avaliação multidisciplinar disso depende não só sua qualidade de vida também a qualidade de sua criança e estabilidade de sua família.

Pela magnitude que tem o câncer não somente para a mulher doente como para sua família e pelo alto custo para o sistema de saúde à atenção oncológica, e as redes criadas para tais efeitos são muito boas, a Política Nacional de Promoção à Saúde tem muito claros seus objetivos, promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e extinguir a desigualdade. Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher estão às ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Na UBS se faz prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico que é realizada pela enfermeira que conduz o programa, onde se aproveita o contato com as mulheres para realizar prevenção do câncer de mama, com exame físico e indicação da mamografia a mulheres entre 50 e 69 anos e aquelas com fatores de alto risco. Cada ano ela faz uma média de 1000 coletas, onde temos dificuldade nos registros, avaliação e monitoramento. A qualidade das coletas é muito boa já que a quantidade de mostras não útil é muito baixo.

Existem protocolos de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, fornecidos pelo Ministério da Saúde, mas até nossa vinda só era realizado pela enfermeira que conduz o programa no município. Agora se está organizando pelas equipes, da forma que era anteriormente ela só pode oferecer-me os dados gerais

da UBS, os de minha área teve que revisar caso a caso, já que não se tem o controle e registro por equipes, não podem oferecer-me os dados exatos, com nome das mulheres que faltam ou tem atraso na data de seu preventivo, por isso no caderno de ações programático existem dados em branco.

Outra dificuldade é que existem mulheres que não tem feito o citopatológico pela primeira vez em sua vida, outras que fazem cada ano e não se cumpre as orientações do protocolo (uma coleta por ano por dois anos consecutivos, se o resultado é negativo depois cada três anos) e outras fazem consulta privada e seus resultados não são registrados em seus prontuários, não existe um registro confiável de dados, então não temos o controle para planejar, avaliar e monitorar o programa corretamente.

Estamos começando a organizar o trabalho, estão sendo realizadas atividades com os grupos de mulheres nos clubes de mães para estimular aquelas que ainda não fizeram seu preventivo, é feito exame de mamas na consulta, se ensina à mulher a fazer seu autoexame, nas conversas observamos que existe adesão da população na utilização dos benefícios dos preventivos, mas ainda falta trabalho na prevenção dos fatores de risco como controle de peso corporal, estímulo à prática regular de atividade física, ações contra o hábito de fumar e consumo de álcool, acompanhamento às filhas e netas de mulheres que morreram de câncer de mama e de colo. de útero.

São feitas reuniões pelos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação, posteriormente começaremos avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama a partir do novo mapeamento das áreas e o controle de cada profissional de sua área de abrangência.

Não temos falta de recurso nem de profissionais capacitados. A partir das próximas semanas começa-se a trabalhar com o prontuário eletrônico o que permitirá revisar o histórico da mulher e o médico terá o acesso direto a todos os dados.

A HTA e a DM são as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes. O registro foi preenchido sem dificuldade, não tanto pelos registros estatísticos, mas sim pelas informações coletada através da enfermeira que trabalha no programa, e mais importante ainda, às informações obtidas pelos ACS, e outros registros coletados durante a participação nas atividades com os grupos, nas visitas à família

e às consultas. Os números estimados, a partir da população da área de abrangência no caderno de ações programáticas não coincidem com os dados de nossa população, sendo 375 o número de pessoas hipertensas e 74 o total de usuários diabéticos. Os usuários com doenças crônicas não são acompanhados pelo médico de sua equipe, tem um protocolo do Ministério da Saúde, mas ele não é cumprido pelos profissionais, a atenção dos usuários não é estruturada de forma programática, eles vêm à consulta por demanda espontânea para solicitar exames, trocar receitas ou por doenças agudas. Até este momento os usuários só estavam organizados por grupos onde recebiam as informações da enfermagem e a entrega de medicamentos. Começamos a participar de suas atividades e mudamos o objetivo dos grupos. Começamos a determinar o risco cardiovascular e observou-se uma maior adesão da população às ações de saúde propostas.

Os atendimentos agendados dos hipertensos e diabéticos aumentaram depois das ações educativas, agora os usuários não faltam a sua consulta agendada, porque nesse dia eles não precisam esperar na fila e não tem que recolher seus exames, porque eles passam para a consulta junto com o prontuário. Neste momento todos os profissionais médicos da UBS estão estratificando o risco cardiovascular como parte da rotina de trabalho em o acompanhamento destes usuários. Já temos elementos para avaliar o programa, fazer planejamento de ações e monitorar a qualidade da atenção e os resultados.

Para o ano 2050 existirão perto de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. O Brasil encontra-se dentro das populações mais envelhecida do mundo, o ultimo censo mostra que 10 % de sua população tem mais de 60 anos. Segundo ultimo censo de 2012 a população de Alecrim encontrasse dentro das mais velhas do Rio Grande do Sul.

Alecrim tem uma história de mais de 20 anos no trabalho com a terceira idade, se trabalha com os grupos, mas infelizmente não é feito diretamente pela saúde. Em nossa UBS não é realizada nenhuma ação especifica com os grupos de pessoas idosas com uma estrutura de forma programática, não existe um seguimento por protocolo para estas pessoas, não se tem registros específicos por quanto não se faz monitoramento.

A administração Municipal, através da Secretaria de Assistência Social nos últimos anos tem dispensado total atenção aos 14 grupos de 3ª idade que são distribuídos em comunidades do interior e na cidade, acompanhamento nos

encontros mensais e semanais dos grupos, com varias atividades educativas e lanches fornecidos pelo programa, além de outros benefícios. Estes grupos tem uma Psicóloga que é a coordenadora das atividades que tem uma programação regular e sistemática, desenvolvendo atividades de recreação (dinâmicas motivacionais, momentos de reflexão), palestra com os médicos do programa mais médicos, com temas como carta dos direitos dos usuários do SUS, os direitos das pessoas idosas, a necessidade do atendimento organizado e sistemático, inclusão social, os acidentes, a violência domiciliar e prevenção das doenças do coração. Nos encontros, os idosos tem a oportunidade de se integrar, trocar ideias, desenvolvendo a autoestima e melhorando no geral a qualidade de vida, se integrando novamente a comunidade e ao mesmo tempo a sociedade.

Como cito anteriormente a saúde não tem uma participação direta no atendimento das pessoas idosas, por isso não existem registros para o preenchimento correto do caderno de Ações programáticas.

A estimativa do número de idosos residente em minha área não concorda com a realidade, pela estimativa eu devo ter 305 pessoas idosas e realmente tenho 521, 24,15% da população atendida pela equipe está acima dos 60 anos.

A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa é insuficiente, não é sistemático, organizado e planejado, não existe o monitoramento das atividades, nem avaliação do cumprimento dos protocolos, e mais insuficientes ainda são os registros, porque a saúde faz atendimento, normalmente a pessoas idosas e forma os grupos de doenças crônicas onde eles também participam. Participamos da educação em saúde em suas atividades. Faltam os registros estatísticos dos dados, a constância gráfica dos encontros, o controle de suas consultas e o preenchimento da caderneta.

Já começamos a tentar melhorar a qualidade da atenção, fizemos uma proposta de trabalho conjunto com a Secretaria de Assistência e Seguridade Social, falamos com as pessoas maiores de 60 anos para conhecer sua opinião sobre nossa participação. Solicitei as cadernetas de idosos para começar a preencher, continuarei fazendo pequenas conversas sobre os temas que eles solicitarem e também sobre os ciclos vitais da família.

Tenho três grandes desafios, melhorar a língua portuguesa para aprimorar a comunicação com os usuários do SUS, conseguir que a Puericultura seja feita com qualidade e a aceitação de meu trabalho nos grupos das pessoas idosas de Alecrim. Para isso conto com minha vontade de superação, e mais importante com o apoio

da direção da Secretaria da Saúde, Secretaria de Assistência Social, a Secretaria de Educação, e o Governo Municipal de Alecrim.

Depois de iniciar com a especialização em saúde da família da Universidade muitas coisa melhoraram, mas ainda falta muito. Em cada tarefa foi sinalizado as debilidades e mostrado algumas ações feitas e outras propostas para melhorar os resultados.

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

Em relação a tarefa na segunda semana de ambientação em resposta á pergunta Qual a situação da ESF/APS em seu serviço? E em comparação do texto inicial que foi muito pobre com relação a este relatório realizado após a análise, há muita diferença. A agora o conhecimento é maior e a visão da situação mais ampla, a cada semana com os questionários, os cadernos de ações programáticas, e todo o material de apoio oferecido pelo curso, conseguimos identificar as diferentes dificuldades, limitações, deficiências, além dos aspectos positivos que apresenta a UBS, e as pequenas ações que foram desenvolvidas depois de lograr o engajamento de toda a equipe neste trabalho. As principais dificuldades ainda são os cumprimentos dos protocolos de saúde fundamentalmente na puericultura, seguimento das pessoas idosas e o monitoramento de todos os programas.

Quando começamos a especialização, eu já estava há dois meses em Alecrim. No primeiro mês eu só participava das reuniões dos ACS, dos grupos de HTA e DM para dialogar com os usuários sobre temas como mudanças do estilo de vida. Além disso, ajudava as enfermeiras na aferição de pressão arterial e observava a entrega de medicamentos. Neste período já entendia melhor a língua portuguesa, educava meus ouvidos à escuta de outra língua, e no outro mês já trabalhava na equipe, então quando fiz a reflexão sobre a situação da ESF/APS, já tinha uma primeira impressão do trabalho, o que se fazia e o que faltava, o que não se fazia com a qualidade necessária, que protocolos se cumpriam e quais não, a situação real dos registros das informações e quais eram minhas fortalezas para o trabalho futuro. Não posso deixar de mencionar que foi de suma importância o acolhimento feito pela Secretaria da Saúde de Alecrim e seu apoio incondicional para cada

proposta de trabalho que fiz. Meus sinceros agradecimentos aos gestores e à população de Alecrim por permitir-me trabalhar para essa comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática que eu pretendo realizar na ESF Esquina Vanguarda é Saúde da Criança, tendo em vista que uma das causas da queda da taxa de mortalidade infantil no Brasil na última década foi graças à ampliação da cobertura da ESF, e um dos primeiros programas implantados foi o atendimento à saúde desta faixa etária. Além de ser a morbimortalidade infantil um dos indicadores que mede o desenvolvimento do país. Se quisermos ter homens futuramente sadios, temos que cuidar das crianças de hoje. Considero que temos todos os instrumentos para fazer cumprir o que está protocolado pelo Ministério da Saúde (MS) no documento Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, Brasília 2012 (Caderno de Atenção Básica Nº 33), já que acredito que há uma rede de atendimento e de programas que se complementam, mas que infelizmente não se cumprem totalmente, independentemente da autonomia que tenham os municípios.

A UBS de Alecrim é de tipo ESF, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela prefeitura. É uma unidade que foi adaptada para ser uma UBS, apesar disto cumpre com muitas das características que tem a maioria das UBS. Muitas das barreiras arquitetônicas foram corrigidas, já que os gestores da unidade mostram seu apoio na resolução dos problemas identificados. Temos três consultórios amplos, ventilados, com boa iluminação, com privacidade, com sala de espera, que além de bem confortável permite-nos realizar encontros, conversas e pequenas atividades educativas com pequenos grupos de usuários; os banheiros têm segurança para as pessoas idosas e amplitude para os cadeirantes, e no banheiro feminino temos uma pequena maca para trocar fralda das crianças. A UBS tem uma unidade odontológica com todas as condições para oferecer um serviço ótimo. Temos garantido as vacinas, assim como os suplementos vitamínicos para todas as crianças. O município conta com uma população de 7.045 habitantes que é atendida por três equipes de saúde. A população alvo da UBS é 392 crianças, sendo que a ESF 1 tem uma população de 2.157 habitantes, com uma população alvo na faixa

etária de zero até 72 meses de 141 crianças, que representam 35,96 % da população nesta faixa etária do município.

A equipe de trabalho está composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma técnica de saúde bucal, uma odontóloga, seis ACS, uma médica, e para este trabalho adicionamos as duas visitadoras do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e uma educadora física.

A equipe Esquina Vanguarda tem uma população alvo de 141 crianças, as quais se dividiram em menores de 12 meses (21), de um-dois anos (16), dois-três anos (21), três-quatro anos (22), quatro-cinco anos (24), cinco-seis anos (37). Fiz essas subdivisões por que facilita o trabalho em grupos para orientação nutricional, de higiene e estimulação de desenvolvimento segundo faixa etária. Além disso, planejamos as consultas de puericultura deste jeito para que no mesmo momento fiquem na sala de espera, convertidas em brinquedotecas, pequenos grupos de crianças de uma mesma idade para facilitar os jogos.

Em 12 semanas concluirei 90% da primeira consulta para a população infantil na faixa etária de zero até 72 meses, sendo avaliado o desenvolvimento, o estado nutricional, a saúde bucal, a presença ou não de doença crônica, os fatores de risco e preenchimento da ficha-espelho. Em médio prazo visitarei as famílias para trabalhar com elas sobre prevenção e educação sanitária. Eu tenho uma equipe de trabalho com engajamento neste projeto a qual somei as visitadoras do PIM e educadora física. Como falei antes, nosso trabalho começou há algum tempo. Recebemos um pediatra na UBS, prestando atendimento uma vez na semana, aspecto que viabiliza a realização da intervenção. Para começar os registros dos dados decidimos criar nosso próprio registro até a chegada da ficha espelho. Acredito neste projeto! Eu acredito que uma puericultura com um 90 % de cobertura para uma faixa etária até os seis anos vai melhorar os indicadores de saúde da linha programática e conseqüentemente da população alvo, inclusive por que a equipe estará mais próxima da comunidade e de suas necessidades.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 02 Melhorar a qualidade do atendimento á criança.

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

Meta 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis até 24 meses.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

Objetivo 03: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 05: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

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

Objetivo 06: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Será realizada uma intervenção durante o período de 16 semanas entre os meses de janeiro de 2015 até maio dos 2015, na população de zero a setenta e dois meses pertencentes à UBS de Alecrim/RS. Para realizar a intervenção no programa de saúde da criança utilizaremos como protocolo o Caderno de atenção básica nº 33. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças cadastradas no programa entre 0 a 72 meses com a ajuda de os ACS.

Detalhamento: Apoiando-nos com a equipe nas reuniões de cada semana e com ajuda dos ACS, fazer uma atualização do cadastramento das crianças que nos permita monitorar semanalmente a cobertura das crianças na área de abrangência.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: É necessário fazer o cadastramento de 90% de toda a população entre zero a 72 meses com ajuda das agentes de saúde da área de abrangência e registrar os dados das crianças dessa faixa etária; isto permitirá avaliar a situação em tempo real da saúde da população infantil. Dar prioridade ao atendimento da criança com doenças agudas, em qualquer horário do atendimento e interconsultas com o pediatra, se for necessário. Garantir o acolhimento 100 % das crianças no projeto de intervenção. Sensibilizar todo o pessoal da UBS na importância deste projeto.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Alcançar a participação da comunidade, orientar através das palestras a importância do acompanhamento periódico das crianças na unidade de saúde, e assim com o comprometimento de todos, trabalhar com as crianças dessa faixa etária. Criar um grupo de família e crianças, onde possamos incluir pais e avós, também fazer participação ativa da equipe de saúde nos grupos existentes, como clubes de mães e pastoral da criança e outros da comunidade para fazer promoção da importância da consulta de puericultura e as vantagens deste programa. Que a comunidade acredite que a UBS é a porta de entrada ao SUS.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no acolhimento da criança nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS no Caderno de Atenção Básica nº 33, 2012.

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. Fazer o fichero de a Puericultura mês a mês e avaliar a assistência da consulta.

Detalhamento: Planejar em reunião da equipe diferentes temas de atenção às crianças e oferecer as mesmas em forma de conversas e trocas de experiências. Preparar em cada reunião um tema de saúde da criança, que pode ir desde o desenvolvimento até as doenças agudas mais frequentes e os sinais de alerta do agravamento.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida com a ajuda da equipe.

Detalhamento: Fazer um monitoramento das crianças que ingressaram no programa de Puericultura na primeira semana de vida a qual pode ser realizada em domicílio, e deixando agendada a próxima consulta, data do teste do pezinho e avaliação pelo pediatra, apoiando-nos com a equipe.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Garantir que toda nossa equipe trabalhe em função de procurar todas as crianças que não tiverem comparecido ao serviço na primeira semana de vida, sobretudo com a colaboração dos ACS que são as pessoas dos usuários.

Eixo engajamento público

Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da atenção à saúde da criança.

Detalhamento: Começar a fazer esta tarefa desde a atenção em consulta de pré-natal, também nas palestras realizadas na comunidade com a ajuda da equipe de trabalho. Participar nos grupos de gestante para sensibilizar os colegas que coordenam este programa e motivar as futuras mães.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS.

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

Detalhamento: Facilitar o debate nas reuniões da equipe dos protocolos adotados pela UBS para o atendimento das crianças. Estabelecer a participação da equipe nas consultas das crianças com o objetivo de criar habilidades para a detecção pronta de qualquer alteração da criança.

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

Eixo monitoramento e avaliação.

Monitorar as crianças com avaliação da curva de crescimento. (peso e comprimento para a idade e relação peso comprimento para avaliação nutricional).

Detalhamento: Efetivar o exame físico adequado e avaliação da curva do crescimento em todas as crianças assistidas na consulta para poder identificar os riscos de má nutrição, seja de desnutrição ou obesidade e registrar os resultados nos prontuários clínicos e fichas espelhos.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

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

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião de equipe do equipamento para a realização com qualidade das medidas antropométricas; se não contar com eles fazer solicitação a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assim melhoramos a qualidade da consulta de puericultura.

Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e ter disponibilidade no serviço para que a equipe possa consultar quando necessário. Fazer conversa em reunião da equipe sobre o protocolo, debater em cada reunião um tema do Caderno de Atenção Básica: crescimento e desenvolvimento da criança.

Eixo engajamento público

Compartilhar com os pais ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer sua estimulação.

Explicar aos pais ou responsáveis como ler a curva de crescimento identificando sinais de má nutrição ou dificuldade em seu desenvolvimento para a idade.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais e/ou responsável da criança a avaliação antropométrica e o desenvolvimento que esperamos encontrar em cada faixa etária. A relação médicos/ pais /crianças vai se fortalecer na medida em que eles acreditem nos benefícios destes contatos.

Eixo qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar tecnicamente a equipe.

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

Detalhamento: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. Em cada reunião da equipe explicar como deve ser a técnicas adequadas para realização das medidas antropométrica.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com déficit de peso entre 0 e 72 meses de vida.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com déficit de peso realizar avaliação em consulta com nutricionista. As crianças com ganho insuficiente de peso terão uma avaliação pela nutricionista, depois de cada consulta ou conjuntamente conosco.

Eixo organização e gestão do serviço.

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Melhorar a qualidade da consulta de puericultura e avaliação do desenvolvimento da criança.

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

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião da equipe do equipamento para a realização de qualidade nas medidas antropométricas. Fazer solicitação à SMS, assim melhoramos a qualidade da consulta de Puericultura.

Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e ter disponibilidade no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Fazer conversa em reunião da equipe sobre o protocolo.

Eixo engajamento público

Compartilhar com os pais ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que eles possam entender a importância da mesma.

Informar aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento.

Detalhamento: Em cada consulta de Puericultura explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança e informar aos pais sobre como ler a curva de crescimento que tem na caderneta da criança, identificando sinais de alerta. Que toda a equipe saiba como utilizar as tabelas de peso para idade, comprimento para idade e relação peso/comprimento para cada faixa etária.

Eixo qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar tecnicamente a equipe.

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

Detalhamento: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. Em cada reunião da equipe explicar como deve ser as técnicas adequadas para realização das medidas.

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

Eixo monitoramento e avaliação.

Monitorar as crianças com excesso de peso entre zero e 72 meses de vida.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com excesso de peso e avaliação em consulta com nutricionista. Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Eixo organização e gestão do serviço.

Melhorar a qualidade da consulta de puericultura com avaliação do desenvolvimento da criança.

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

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião de equipe do equipamento para a realização de qualidade nas medidas antropométricas. Fazer solicitação à SMS, assim melhoramos a qualidade da consulta de Puericultura.

Eixo engajamento público

Compartilhar com os pais ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que eles possam entender a importância da mesma.

Informar aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança e informar aos pais sobre como ler a curva de crescimento que tem na caderneta da criança, identificando sinais de alerta. Que toda a equipe saiba como utilizar as tabelas de peso para idade, comprimento para idade e relação peso/comprimento para cada faixa etária.

Eixo qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar tecnicamente a equipe.

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

Detalhamento: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização das técnicas adequadas para realização das medidas. Em cada reunião da equipe explicar como devem ser as técnicas adequadas para realização das medidas.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, treinar aos membros da equipe para detectar qualquer alteração no desenvolvimento das crianças.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Com a realização de uma consulta de puericultura com qualidade onde se faz avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, poderíamos garantir o encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. Primeiramente faremos interconsultas com o pediatra na própria UBS onde apresentamos o caso, em conjunto encaminharemos para um centro de média ou alta complexidade se precisar.

Eixo engajamento público

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, e informar prontamente para o médico ou integrantes da equipe.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo que esperamos encontrar na criança e informar aos pais e/ou responsáveis sobre o correto desenvolvimento neuro-cognitivo identificando sinais de anormalidade para informar ao médico ou demais integrantes da equipe prontamente. Que toda a equipe conheça todo o desenvolvimento neuro-cognitivo que deve ter a criança a cada idade. Para isso contamos com ajuda das visitadoras do PIM, as quais tem treinamento para estimular o desenvolvimento das crianças.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Capacitar a equipe para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Em reunião da equipe, explicar como acontece o desenvolvimento da criança mês a mês. Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades e monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança que vai acontecendo mês a mês. Em cada reunião da equipe explicar como deve ser o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Contamos com o guia da família, facilitada pelo programa PIM entregaremos uma a cada

família mostrando-lhes sua utilização, assim também aos integrantes da equipe para sua autopreparação.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças com vacinas atrasada.

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

Detalhamento: Fazer avaliação do registro da criança mês a mês para identificação de crianças com vacinas atrasadas. Fazer monitoramento de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura com ajuda de os ACS e a técnica de vacinação.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

Garantir atendimento imediato às crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

Realizar controle da cadeia de frio.

Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: A enfermeira deve garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. Com ajuda de a técnica de enfermagem garantir o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, realizar controle da cadeia de frio, Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina, realizar controle da data de vencimento do estoque, fazer revisão em reunião da equipe. Contamos na UBS com uma técnica de vacinação.

Eixo engajamento público

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: Garantir em cada consulta de puericultura uma boa explicação sobre a importância de vacinar as crianças em a data correspondente para idade, também orientar sobre a importância da prevenção das doenças que poderíamos prevenir com a administração de cada vacina em tempo.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina administrada e na identificação das vacinas atrasadas.

Detalhamento: Em reunião de equipe capacitar na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina administrada e seu aprazamento. Fazer visitas por toda nossa equipe às crianças com atraso de vacina, explicar sobre a importância da aplicação da vacina para prevenção de doenças transmissíveis. Explicar a equipe sobre vacinas para aumentar seu conhecimento geral sobre o assunto, e como ocorre o processo de imunização no organismo.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis até 24 meses.

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro com mais de seis meses de vida.

Detalhamento: Fazer monitoramento com toda nossa equipe de todas as crianças que receberam suplementação de ferro com mais de 6 meses de vida. Levar o registro de todas as crianças que está tomado o suplemento de ferro.

Eixo organização e gestão do serviço.

Garantir a dispensação do medicamento (suplemento). Que esse suplemento esteja disponível nas farmácias da UBS.

Detalhamento: Garantir através do MS e SMS que esse suplemento esteja disponível na farmácia da UBS. Verificar que estejam no quadro básico de medicamentos da UBS.

Eixo engajamento público

Orientar aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro e de administrar de forma adequada a criança.

Detalhamento: Garantir aos pais e responsáveis, em a consulta, a explicação sobre importância de que a criança tome suplementação de ferro e de administrar de forma adequada, também orientar sobre a importância da prevenção de doença, por exemplo, anemia, que poderíamos prevenir com a administração adequada do ferro e as reações adversas que podem ocorrer para seu conhecimento.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do MS.

Detalhamento: Garantir por parte do MS capacitação ao médico sobre as recomendações de suplementação de sulfato ferroso. Capacitação da equipe sobre a importância da administração do suplemento do ferro a criança.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva

Detalhamento: Fazer um monitoramento com toda nossa equipe de todas as crianças que realizaram triagem auditiva; que os ACS procurem as crianças que não tenham feito a triagem auditiva.

Eixo organização e gestão do serviço.

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: Garantir a realização de teste auditivo pela importância que tem para a criança; ter uma conversa com o gestor sobre a importância que tem para avaliação da criança. Garantir que seja feito a todas as crianças.

Eixo engajamento público

Orientar aos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste

Detalhamento: Garantir em cada consulta aos pais e responsáveis a explicação sobre a importância da realização da triagem auditiva na criança e assim poder detectar doenças em idades precoces da vida.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Fazer capacitação de toda a equipe sobre a importância da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as crianças que realizaram teste do pezinho antes dos sete dias de vida e colocar a data no registro.

Detalhamento: Fazer com ajuda dos ACS o monitoramento de todas as crianças que realizaram teste do pezinho até sete dias de vida e garantir que seja colocada a data no registro da criança.

Eixo organização e gestão do serviço.

Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: Garantir todos os recursos necessários para fazer na UBS o teste do pezinho a as crianças antes dos 7 dias após do nascimento.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Orientar toda a comunidade, em especial as gestantes, sobre a importância da realização do teste de pezinho até sete dias de vida para a detecção pronta de doenças como Fenilcetonúria e hipotireoidismo.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Planejar a capacitação de todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde sobre a técnica de realização do teste do pezinho.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

Detalhamento: Revisar sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

Eixo organização e gestão do serviço.

Organizar acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis até 72 meses de idade.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis até 72 meses de idade na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Garantir um adequado acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde para avaliação da saúde bucal; fazer um cadastro das crianças da área de abrangência de seis até 72 meses de idade; oferecer pelo odontólogo o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal, e fazer pelo odontólogo ou a técnica de saúde bucal uma organização da agenda para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade. Garantir que na mesma consulta de puericultura a criança volte a sua casa com avaliação odontológica feita ou agendada.

Eixo engajamento público

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de seis até 72 meses de idade.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis até 72 meses de idade.

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Revisar sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis até 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

Eixo organização e gestão do serviço.

Organizar acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis até 72 meses de idade.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis até 72 meses de idade na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

Detalhamento: Garantir um adequado acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde para avaliação da saúde bucal, fazer um cadastro das crianças da área de abrangência de seis até 72 meses de idade, oferecer pelo odontólogo da equipe o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal. Fazer pelo odontólogo ou a técnica de saúde bucal uma organização da agenda para atendimento das crianças de seis até 72 meses de idade.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Aproveitar as palestras nos clubes de mães, nos encontros com a terceira idade e todos os espaços possíveis para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de seis até 72 meses de idade.

Eixo qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de seis até 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de seis até 72 meses de idade no serviço odontológico.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis até 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis até 72 meses de idade, sobre o acolhimento das crianças, como fazer o

encaminhamento de crianças de seis até 72 meses de idade para o serviço odontológico. Este atendimento será feito paralelo à consulta de puericultura.

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

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas às crianças faltosas.

Detalhamento: Fazer monitoramento por toda a equipe do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e monitorar o número de crianças faltosas a consulta em cada reunião de equipe feita todas as sextas-feiras. As consultas de puericultura serão assistidas pelos agentes comunitários com suas crianças agendadas. Ao final da consulta ele já terá o nome da criança faltosa e reagendaremos a consulta.

Eixo organização e gestão do serviço.

Organizar as visitas domiciliares para buscar as crianças faltosas.

Organizar a agenda para acolher as crianças faltosas.

Detalhamento: Planejar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas todas as semanas em conjunto com toda nossa equipe; fazer avaliação do fichero de puericultura, registro da criança e fazer uma análise crítica da situação com os ACS. Os ACS devem agendar consultas para essas mães com crianças faltantes depois das buscas. No mesmo dia serão reagendados as crianças.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade e explicar a importância do acompanhamento regular da criança; orientar as gestantes em consulta de pré-natal sobre a importância da puericultura para avaliação do desenvolvimento da criança, o peso e o cumprimento, avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, as orientações nutricionais, a atualização de vacinas e a avaliação ou atendimento odontológico.

Eixo qualificação da prática clínica.

Fazer treinamento dos ACS na identificação das crianças em atraso.

Detalhamento: Fazer o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso; fazer avaliação da caderneta da criança, fichero de puericultura e registro da criança em reunião da equipe. Avaliar todas as sextas fichas espelhos das crianças agendadas e discutir os casos prioritários por seus riscos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar os registros dos acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer monitoramento por toda a equipe de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde; preencher em o registro da criança.

Eixo organização e gestão do serviço.

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.

Detalhamento: Atualizar as informações do SIAB, através dos dados oferecidos e manter essa atualização. Garantir com ajuda de o gestor implantar a planilha sobre saúde bucal e avaliação do risco em a caderneta da criança. Definir uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro. Nomear a enfermeira da equipe como responsável do monitoramento dos registros

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Oferecer informação aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação ao preenchimento dos registros de saúde. Oferecer palestras sobre esse tema tão importante.

Eixo qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento nos registros (fichas espelho, cadernetas) necessários pelo acompanhamento da criança na unidade de saúde.

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

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

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

Detalhamento: Fazer rastreamento na área de abrangência do número de crianças de alto risco identificadas para estabelecer ações de prevenção e promoção. Fazer por parte dos ACS busca ativa de crianças com risco que tenham acompanhamento de puericultura em atraso.

Eixo organização e gestão do serviço.

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e fazer o atendimento com qualidade.

Identificar nas fichas espelhos as crianças de alto risco.

Detalhamento: Planejar as consultas do atendimento e dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e fazer o atendimento de qualidade. Em consulta identificar nas fichas espelho as crianças de alto risco, assim como as mudanças que poderiam acontecer.

Eixo engajamento público

Fornecer orientações à comunidade e aos pais sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Detalhamento: Organizar palestras com grupos da comunidade e os pais sobre os fatores de risco para morbidades na infância, assim como nas consultas e visitas domiciliares. Explicar nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Eixo qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Em reuniões de a equipe oferecer capacitações para os profissionais para alcançar a identificação oportuna e registro de fatores de risco para morbidade/mortalidade das crianças.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuários e fichas espelhos.

Detalhamento: Em consulta de puericultura monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho feitas, tanto pelo médico, enfermeira e outros integrantes da equipe.

Eixo organização e gestão do serviço.

Definir o papel da equipe na prevenção dos acidentes na infância

Detalhamento: Orientar aos integrantes da equipe em consulta de puericultura, visitas domiciliares, visitas às escolas sobre a prevenção dos acidentes na infância.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade, na pastoral da infância, nos clubes de mães e todos os espaços possíveis sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Eixo qualificação da prática clínica

Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância.

Detalhamento: Capacitar a todos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre aleitamento materno.

Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento: Fazer monitoramento pela equipe das atividades de educação em saúde sobre o tema, assim como as crianças que foram observadas mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos por parte de toda a equipe.

Eixo organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe devem conhecer a importância que tem o aleitamento materno para a mãe e a criança e assim fazer ações de promoção

Eixo engajamento público

Orientar às mães e a família sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Detalhamento: Orientar a mãe e sua família desde a consulta de pré-natal sobre os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o filho, para a saúde geral e também bucal. Fazer palestras sobre esse tema usando todos os espaços possíveis.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Detalhamento: Em reunião da equipe, capacitar os profissionais sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção da "pega". Orientar os possíveis problemas nas mamadas incorretas que se pode apresentar e como solucioná-los.

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

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Definir a quantidade de crianças com obesidade / desnutrição para ações de promoção e prevenção

Detalhamento: Fazer monitoramento pela equipe do registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, revisar em cada consulta esse registro mês a mês.

Eixo organização e gestão do serviço.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: Em reunião de a equipe determinar as ações a realizar por agentes de saúde com apoio do médico e enfermeira para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Garantir às mães e suas redes de apoio a orientação nutricional do hábito alimentares saudáveis às crianças e fortalecer a importância do aleitamento materno.

Eixo qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Oferecer informações a equipe que ajudem na capacitação deles para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com a faixa etária da criança. Planejar capacitações na reunião da equipe em temas como orientação nutricional específica para as crianças de zero a 72 meses.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Eixo monitoramento e avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Fazer monitoramento pela enfermeira de todas as atividades educativas coletivas realizadas na UBS, escolas, outros sítios na comunidade e fazer registros de essas atividades.

Eixo organização e gestão do serviço.

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupos.

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

Organizar todo material necessário para essas atividades.

Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: Em reunião de equipe fazer o planejamento e a organização da agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo nas comunidades, na própria UBS fundamentalmente para aquelas crianças do interior que não tem visitadoras do PIM, identificar e organizar os conteúdos que serão trabalhados nas atividades educativas, organizar todo material necessário para essas atividades e ter constância de presença para monitoramento de participação destas atividades.

Eixo engajamento público

Divulgar as potencialidades das ações interdisciplinares no cuidado à saúde da criança.

Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade por todos os membros da equipe sobre temas como a importância da participação dos membros da comunidade, da escola, da creche na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, assim como esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero até 72 meses de idade.

Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: Planejar capacitações da equipe sobre a realização de ações de promoção em saúde de crianças de zero até 72 meses de idade. Fazer por parte da equipe capacitações aos responsáveis pelo cuidado da criança na creche, nas casas, temas como prevenção de acidentes, alimentação saudável, aleitamento materno, entre outros temas que implicam a saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção a saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no Programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10: Proporção de crianças de seis a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no Programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa da Saúde da Criança vamos adotar o protocolo de Saúde da Criança Caderno Atenção Básica nº 33, do ano 2012, do Ministério da Saúde (MS). Utilizaremos para coletar os dados os prontuários e caderneta das crianças, livro de registro de vacinas e as informações coletadas através dos ACS. Se imprimirem 500 fichas espelhos comum custo de 200 reais e fichas complementares que contém avaliação odontológica para cada criança e desenvolvimento por faixa etária, as quais serão preenchidas na consulta clínica e odontológica para o acompanhamento mensal da intervenção. Para a discussão dos

gastos conversamos com os gestores e quedo pactuado que os gastos da impressão das fichas serão pagos pela Secretaria de saúde. As fichas podem ser atualizadas por todos os membros da equipe. Assim, poderemos coletar todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção. Estimamos com a intervenção alcançar 90 % das crianças.

Para garantir que todas as crianças da área de abrangência fiquem cadastradas foi orientado na reunião dos ACS que cada uma fizesse uma listagem de todas as crianças de zero até 72 meses de sua área, informação que revisaremos no sistema. Também indicamos as técnicas de enfermagem que fazem o acolhimento na UBS, assim como a enfermeira, a técnica de vacinação e todo o pessoal que trabalha na UBS, que independentemente que a criança seja atendida pelo médico da preferência de seus pais a equipe tem que ser informada para dar acompanhamento de qualquer processo agudo da criança. Os agendamentos serão feitos semanalmente pelos ACS e é sua responsabilidade a notificação aos pais, assim como de reagendar no caso de ausência à consulta.

Para organizar o registro será necessário que a enfermeira da equipe junto à técnica de enfermagem e a técnica de vacina disponibilizem um dia para revisar o livro de vacina e transcrever cada vacina na ficha espelho; todos os ACS revisarão os prontuários e as cadernetas para ter acesso aos dados que necessitaremos para preencher as fichas espelho e poder monitorar as crianças com atraso nas consultas, alterações do crescimento e desenvolvimento, atraso nas vacinas, suplementação de ferro, triagem auditiva e teste de pezinho e na avaliação da saúde bucal. Negociaremos com a SMS o atendimento odontológico das crianças a partir de seis meses para que seja feito no mesmo dia da consulta médica. As consultas de puericultura serão as terças durante todo o dia e sexta de manhã o resto da semana serão atendidas as crianças com doenças agudas e a recuperação das faltosas além dos usuários agendas e demanda espontânea.

Para o processo de capacitação contamos com uma sala de reunião com o equipamento necessário para estas atividades (computador, TV). Elas serão feitas todas as quartas depois do horário de atendimento. Entregaremos aos seis ACS o material impresso que a secretaria da saúde assumirá o custo da impressão sendo a responsável de isso a diretora administrativa da UBS, este material incluirá as ações mais importantes que competem a eles realizar. Em todos os computadores da unidade disponibilizaremos Caderno de Atenção Básica nº 33 de Saúde da Criança:

Crescimento e desenvolvimento, 2012. A capacitação da equipe para desenvolver as diferentes ações no atendimento às crianças será responsabilidade da equipe. Nas visitas domiciliares treinaremos os ACS em quanto à prevenção de acidentes, orientações nutricionais, suplemento ferroso, aleitamento materno e a importância do acompanhamento regular. A partir do início da intervenção os ACS participarão junto às suas crianças nas consultas, as quais serão feitas todas as sextas para capacitá-los as medidas antropométricas, principais sinais de alerta nas crianças, aleitamento materno e pega correta.

A equipe participará no acolhimento. Durante a consulta individual o resto das crianças e seus pais ficarão esperando no espaço com ambientação infantil e brinquedos. Em todos os encontros as promotoras PIM debaterão com os agentes temas sobre o desenvolvimento segundo faixa etária, atividade que ajudará na preparação para um melhor trabalho na comunidade e com as famílias. A capacitação terá diferentes modalidades podendo ser em palestras, conversas, intercâmbios, aulas vídeos, atividades prática e outras. Os recursos materiais para estas atividades serão disponibilizados pela SMS.

O trabalho com os grupos de pais e crianças serão feitos cada 15 dias nos clubes sócias das comunidades com a participação da equipe, os presidentes destas comunidades serão os responsáveis pela organização dos espaços, para propiciar o intercâmbio de experiência e aproveitar para fazer pequenas atividades educativas com as crianças, como ensinar a escovação adequada dos dentes, aplicação de técnicas de brincando e aprendendo, será entregue 130 guias da família do PIM que proverá o próprio programa e utilizaremos os livros brinquedos comprados pela SMS e outros brinquedos e material descartável com um custo de 300 reais.

Para o contato com a liderança comunitária contamos com uma comunidade organizada, o apoio da pastoral da criança, os clubes de mães da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), os grupos da terceira idade, os grupos comunitários e os grupos de pais e crianças, onde sempre informaremos a importância do acompanhamento desta população, sendo os encontros a cada 15 dias, nas próprias comunidades.

Temos para o transporte até as comunidades um carro da SMS, o qual estará disponibilizado para nossa equipe segunda feiras de manhã e sexta feiras de tarde de cada semana para as visitas às crianças, e para o trabalho com os grupos das comunidades.

Nas quarta à tarde em reunião da equipe faremos o resumo da semana e verificação do cumprimento do cronograma; analisaremos quantas crianças faltaram, quais problemas precisam intervenção na família, quais crianças precisam interconsultas com o pediatra ou outros especialistas. Planejaremos as atividades da próxima semana e monitoraremos o cumprimento dos objetivos e metas e a qualidade das ações desenvolvidas até esse momento.

experiência.																
Reunião sobre o tema de crianças faltosas e a importância da recuperação das consultas para o acompanhamento delas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa das crianças faltosas pelos ACS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos prontuários e fichas espelhos das crianças e monitoramento do cumprimento das ações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consolidação dos dados para avaliação das ações, bem como dos indicadores.				X				X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a realização do projeto foram desenvolvidas diferentes ações planejadas segundo o cronograma, as quais foram cumpridas totalmente. Em alguns casos foi necessário reajustar a data proposta, mas os objetivos foram cumpridos.

O cadastro dos usuários foi realizado de forma satisfatória pela enfermeira e pela médica com a utilização, para fins de registro, das fichas espelho, da planilha de dados, semanalmente e durante os grupos de pais e crianças. O acolhimento foi realizado e melhorado durante a intervenção. Os insumos necessários para as ações foram adquiridos e as técnicas de enfermagem da equipe de saúde, os ACS, a orientadora do PIM e a educadora física compreenderam as orientações da capacitação realizada na primeira semana, seguindo corretamente os protocolos. Receberam capacitação em relação ao cadastro e agendamento de usuários, também sobre as aferições das medidas antropométricas das crianças, a interpretação da curva de peso, a coleta adequada em ficha espelho e caderneta das crianças, os sinais de alerta nas crianças com risco, o conceito de criança faltosa e forma de recuperar as mesmas, entre outros temas. Por decisão da equipe estendemos a capacitação durante toda a intervenção e mantemos a discussão de um estudo de caso em todas as reuniões. A partir das capacitações ocorridas nas primeiras semanas os membros da equipe puderam seguir suas atribuições conforme protocolo que foi disponibilizado impresso para utilização.

A população foi informada semanalmente a respeito do programa através de avisos na rádio da cidade e nas visitas domiciliares feitas pela equipe, também divulgada nos grupos de hipertensos e diabéticos e no Clube de Mães, nas escolas e na creche.

Durante toda a intervenção os usuários foram orientados sobre a importância de melhorar a qualidade da atenção das crianças e a necessidade de acompanhamento pela equipe.

As avaliações das fichas de cadastro do programa feitas pelo médico e pela enfermeira propiciaram uma melhor adesão dos usuários, sendo realizadas visitas

domiciliares todas as quartas-feiras pela manhã e agendamentos aos usuários faltosos. Aqueles com maior dificuldade de acesso pela distancia até à unidade de saúde, em atraso no acompanhamento ou com outras necessidades, tiveram prioridade e algumas consultas clínicas foram feitas no próprio domicilio. Os ACS previamente capacitados puderam auxiliar nas ações, realizando as buscas ativas, agendando e acompanhando o médico e a equipe de enfermagem nas visitas domiciliares. As orientações sobre a periodicidade nas consultas foram abordadas conforme cronograma.

A avaliação de risco dos usuários foi tema das capacitações para a equipe de saúde, tendo sido controlada pelo médico e pela enfermeira, através das fichas de acompanhamento do programa, e realizada pelo médico durante as consultas clínicas agendadas que ocorreram todas as terças-feiras, utilizando os protocolos do MS. As ausências eventuais foram anotadas pela recepção e passadas ao médico e a enfermeira da equipe para programação de buscas ativas destes usuários. As consultas odontológicas dos usuários foram agendadas sempre após as consultas clínicas, neste ponto tivemos dificuldade, pois a odontóloga da equipe nunca participou das reuniões e não se engajou com a intervenção, por isto solicitamos à odontóloga e as técnicas da outra equipe nos auxiliarem para dar cumprimento ao cronograma planejado, situação muito difícil entre colegas de trabalho, mas não tive outra saída. Todos os usuários cadastrados foram informados sobre a importância da avaliação odontológica, a prevenção das cáries e acompanhamento periódico.

Houve grande ênfase nas orientações quanto à promoção de saúde. Os usuários receberam informações sobre a importância da prática de atividade física, do cuidado nutricional, do aleitamento materno, do desenvolvimento e da saúde bucal, seguindo o planejamento inicial da intervenção. Os grupos de pais e crianças foram realizados de forma plena, as atividades feitas no interior do município foram chamadas “BRINCANDO E APRENDENDO”, com pequenas alterações nas datas em relação ao cronograma, mas com boa aceitação pela comunidade. Foram feitas palestras pelo médico e pela enfermeira durante os grupos, que contaram também com a participação da população local, convidada e informada pelos ACS previamente.

O atendimento clínico das crianças foi outra ação realizada. O dia das consultas de puericulturas foi mudado para terças-feiras durante a manhã. A equipe fica esperando pelas crianças agendadas e aquelas que vêm pela demanda

espontânea, mais todos os dias são atendidas crianças de forma prioritária e independentemente de sua área de procedência. Desta forma começamos a estimular os pais sobre a importância destas consultas e motivar os médicos de outras equipes para incorporar a puericultura à sua rotina de trabalho. Na UBS contávamos com os instrumentos necessários para realizar uma puericultura adequadamente. Foi muito interessante e gratificante escutar dos pais ou responsáveis suas expressões de agradecimento, porque nunca as consultas foram realizadas assim com tantos aspectos avaliados durante a realização da mesma.

Devemos dizer que foi de muita ajuda o trabalho realizado pelos ACS nas comunidades, mesmo quando algumas não tinham meios de transporte suficiente para se deslocarem os interiores, que são muito longe, mas sempre buscavam um jeito de chegar para orientar e explicar as famílias sobre a importância das puericulturas e o agendamento das mesmas, também revisando as cadernetas para buscar os dados necessários ou na busca ativa de crianças faltosas.

O odontólogo e técnicos de saúde bucal durante suas visitas nas escolas para atendimento das crianças orientavam aos pais nas escolas para que não faltassem as consultas na UBS.

Em relação ao acolhimento das crianças, durante as reuniões de equipe realizamos capacitação da equipe e outras pessoas que se uniram à mesma, revisamos o protocolo de saúde da criança e orientamos como melhorar o acolhimento das crianças. Era agendada consulta no mesmo dia para qualquer criança que chegava à UBS por qualquer motivo, seja por demanda espontânea, vacinação ou em busca de informação. Tínhamos a intenção que nenhuma criança voltasse para sua casa sem ser atendida.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção todas as ações previstas foram desenvolvidas, a pesar de alguns obstáculos conseguimos cumprir todas as atividades do cronograma, algumas ações foram desenvolvidas com desafios. Na intervenção também encontramos como debilidades no município a falta de atividades educativas e recreativas para as crianças, sendo feitas algumas só pela Pastoral da Criança. Nesta atividade encontramos inspiração para chegar ao interior do município com uma proposta de atividade educativa, onde as crianças além de aprender, também brincaram e se relacionaram e socializaram com outras crianças.

Também tivemos dificuldades em relação às crianças que moram no interior do município, que ficam a uma longa distância da UBS e dependem de transporte público para poderem chegar à unidade de saúde. Em alguns casos fizemos visitas domiciliares para as faltosas e decidimos pela situação da família realizar a consulta na própria casa. Esta estratégia nos permitiu recuperar um grupo de crianças faltosas. Para isso contamos com o apoio da Secretaria de Saúde e o trabalho de toda a equipe.

A intervenção estava inicialmente prevista para 16 semanas. Contudo, no retorno das férias, fui comunicada por minha orientadora que a coordenação do curso havia feito uma alteração do período da intervenção, ficando limitada a 12 semanas. Isso ocorreu devido ao atraso no término das férias. Depois de meu retorno as primeiras dificuldades encontradas foram: trocaram meus dias de assistência clínica e visitas domiciliares, e isso desajustou um pouco meu cronograma. Tive também mudança de ACS de uma área muito difícil e longe da cidade e a secretaria de saúde trocou o diretor da UBS. Meu maior desafio foi reunir os ACS, já que eles ficam em suas áreas longe da cidade. Eu precisava reunir a equipe para falar de meu descontento e estimulá-la para continuar o trabalho. Solicitei uma reunião com os gestores para reavaliar o cronograma e ajustar o mesmo, sem perder os objetivos de cada semana. Isto não repercutiu em nosso trabalho, já que desde as primeiras semanas trabalhamos intensamente para garantir o cumprimento dos objetivos proposto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação a coleta de dados relativos a intervenção, ao fechamento de planilhas e cálculo de indicadores, a primeira dificuldade que apresentamos foi que ao começar a intervenção não tínhamos as habilidades para trabalhar no documento Excel, contudo, com a ajuda da orientadora conseguimos não só preencher a planilha, mas também interpretar os resultados a cada semana.

Ao preencher as fichas espelhos tivemos dificuldades com alguns dados como triagem auditiva, teste de pezinho, manobra de Ortolani, teste de reflexo vermelho, porque alguns destes exames são realizados no hospital ou em qualquer outra instituição de saúde e não estavam registrados nas cadernetas, nem em outro registro das crianças, sendo necessário recorrer a memória dos pais durante a anamnese. Acontecia que as crianças com faixa etária maior estavam fora do tempo

para realizar estes exames ou os responsáveis nem se lembravam de se foi feito e nem os resultados dos mesmos. Pelo menos os testes do pezinho realizados na UBS estão registrados. As crianças que nasceram antes do janeiro de 2011 não tinham realizado a triagem auditiva; alguns encaminhamos para a fonoaudióloga do NASF e outras encaminhamos para unidades de média complexidade para fazer a pesquisa.

No começo da intervenção tivemos algumas dificuldades para preencher alguns dados antigos que não estão registrados nas cadernetas ou prontuários, assim como copiar de um mês para outro os dados, mas com a ajuda da orientadora e grupo de apoio do curso foi possível clarear nossas dúvidas e conseguimos compreender bem a planilha e continuar a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Como mencionei anteriormente, a intervenção estava planejada para 16 semanas e foi encurtada para 12 semanas. Entendo que é curto tempo para conseguir melhores resultados, mas se observarmos os indicadores vemos as melhoras alcançadas nestes três meses, por exemplo, como a cobertura foi aumentando sistematicamente. As ações foram realizadas totalmente, para isso contamos com a equipe e o apoio incondicional dos gestores da unidade. Mais importante que os números foi a possibilidade de incorporar à rotina do serviço as ações de saúde das crianças que anteriormente não eram realizadas com a qualidade e periodicidade requerida, além disso, ver a satisfação dos pais e da comunidade pelo desenvolvimento deste trabalho para o melhoramento da saúde de suas crianças, é o resultado mais gratificante!

Ainda temos muitos aspectos a melhorar como promover uma maior sensibilização e engajamento das equipes, dos ACS e do gestor para continuar o trabalho. Manter as famílias e comunidades em geral informadas sobre o projeto e a necessidade da continuidade do mesmo, participando seja nas consultas de puericultura, nos grupos de mães, nas atividades de promoção e prevenção de saúde. Melhorar os registros com as informações necessárias e atualizadas e continuar capacitando a equipe.

Uma conquista deste projeto foi incorporação do pediatra à UBS, garantimos as interconsultas, pelas quais a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pagava 150,00 reais. Na equipe número 1 da UBS de Alecrim temos incorporado a nossa

rotina de trabalho a puericultura e o resto das atividades de promoção e prevenção de saúde. Temos agora um grande desafio, que é incorporar este trabalho á rotina das outras equipes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população alvo da intervenção na linha programática da saúde da criança foi de 128 crianças na faixa etária de zero a 72 meses. Começamos a intervenção com os dados que ofereceu o SIAB. A intervenção teve um período de 12 semanas. Durante a intervenção algumas crianças ultrapassaram a idade dos 72 meses e outras saíram da área de abrangência.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde

Indicador: Proporção de criança entre 0-72 meses inscritas no programa de saúde da criança da Unidade Básica de Saúde.

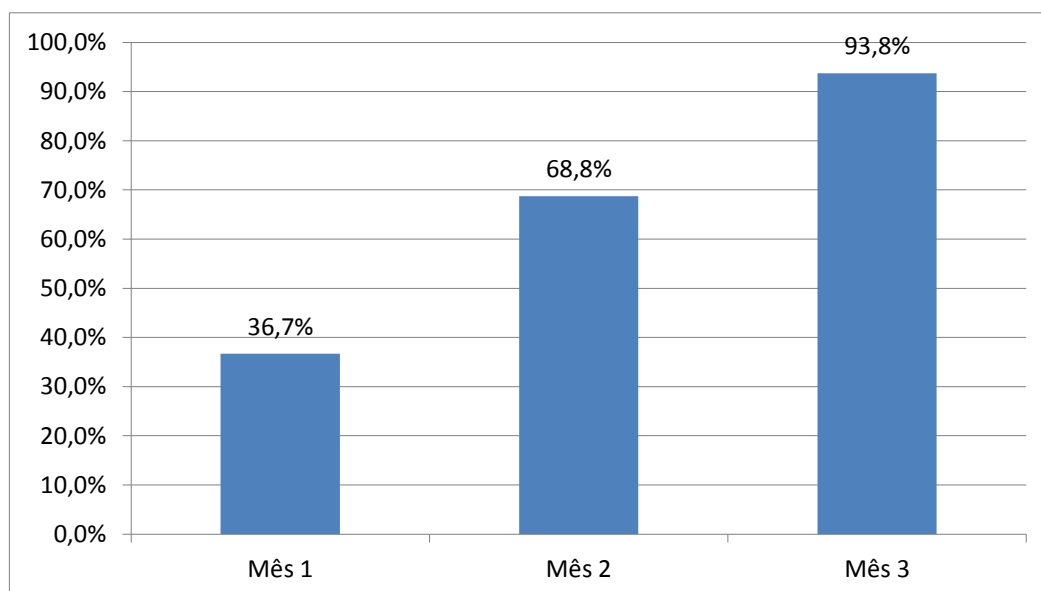


Figura 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.

Como vemos este indicador de cobertura foi crescendo na medida em que evoluía a intervenção. No primeiro mês foram acompanhadas 47 crianças, o que representa 36,7 %, no segundo mês 88, o que equivale a 68,8%, e no terceiro mês

120 crianças, correspondendo 93,8 %. Os resultados foram muito bons para 12 semanas de intervenção. Nos meses da intervenção nasceram cinco crianças e todas foram captadas. Foram importantes as visitas feitas as gestantes, especialmente por que falamos com elas sobre a importância da puericultura, assim como a primeira visita domiciliar nos primeiros dias depois da alta hospitalar.

Um fator importante para estes resultados foi o trabalho feito pela equipe, que completou um ano de existência no mês de março do ano em curso. Outro fator que favoreceu estes resultados foi a busca de crianças faltosas, estratégia sugerida pela universidade e que colocamos em prática. Alcançamos 93,8% de cobertura e continuamos trabalhando para melhorar este indicador.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

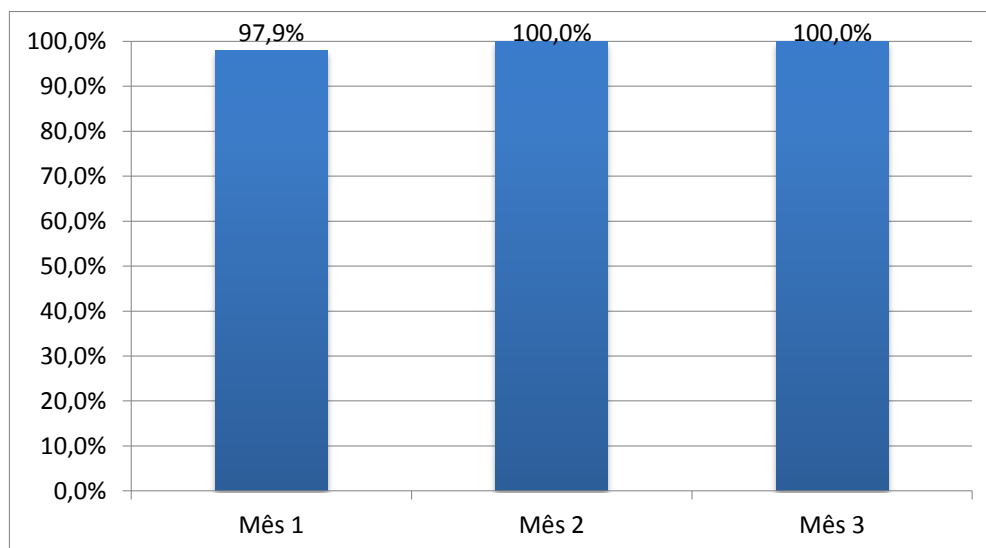


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS

As 120 crianças avaliadas nesta faixa etária tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida (100%). No primeiro mês das 47 crianças cadastradas tivemos uma criança de 72 meses cujo pai adotivo não sabe se ela teve sua primeira consulta em tempo, por tal motivo cumprimos 97,9% do objetivo; a criança saiu da intervenção no segundo mês porque já havia ultrapassado a idade da intervenção.

Na UBS de Alecrim há muito tempo se tem um trabalho muito sério com as gestantes, com uma boa participação no grupo “Mãe e bebê”, onde além de todas as orientações próprias para gestante, começamos a preparar essa futura mãe. Todas sabem que nos primeiros sete dias devem comparecer á unidade de saúde para fazer o teste do pezinho, momento que se aproveita para fazer a primeira consulta.

Conseguimos cumprir com essa ação realizando um acompanhamento das gestantes participando nos grupos, fazendo visita domiciliar e assim conhecendo a data provável do parto. Os ACS cadastraram e informaram o nascimento das crianças, realizaram a primeira visita domiciliar, onde damos as boas-vindas às novas crianças e os parabéns aos pais.

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Durante a intervenção o indicador de proporção de crianças com monitoramento de crescimento foi de 100%, no primeiro mês 47 crianças que representou 36,7%, no segundo mês 88 crianças (68,8%) no terceiro mês 120 crianças para terminar com 93,8%. Esta ação não era realizada adequadamente porque não havia sistematicidade nas consultas, as mães só procuravam a unidade de saúde quando precisavam vacinar ou por demanda espontânea, se a criança ficava doente, e as visitas eram feitas somente pelo ACS.

Para alcançar esta ação monitoramos a curva de peso das crianças nas consultas na UBS em conjunto com a equipe. Durante as visitas domiciliares com os ACS as cadernetas eram revisadas. Em todas as consultas foram verificadas todas as medidas antropométricas de crescimento. Ensinamos as mães a leitura da curva de peso e seu significado. A tarefa foi árdua, mas conseguimos atualizar todos os registros.

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

Durante a intervenção as crianças com déficit de peso foram monitoradas 100%. Do total de 120 crianças tivemos duas crianças com déficit de peso no primeiro mês com 100% de monitoramento, três crianças no segundo mês e duas crianças no terceiro mês com 100% de monitoramento Uma das crianças acompanhadas alcançou seu peso para idade e peso para altura.

Estas crianças foram acompanhadas e avaliadas de risco. Revisados os registros médicos, prontuários, fichas espelhos, cadernetas, livretos de anotações onde ficavam registrados os dados das crianças para dar continuidade ao monitoramento delas, foi criado um sistema de alerta nas fichas de acompanhamento. Estas crianças também foram encaminhadas para avaliação pelo pediatra e pela nutricionista.

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

A proporção de crianças com excesso de peso foi de duas crianças, uma no primeiro mês e outra no segundo mês mantendo esse excesso de peso no terceiro mês. As duas crianças foram monitoradas correspondendo a 100%, ficando registrado em seus prontuários e fichas espelho. Realizou-se revisão dos registros pela equipe na UBS e nas visitas domiciliares. Também foram realizadas conversas sobre alimentação saudável com as famílias e a comunidade e foi indicado acompanhamento pela nutricionista e pelo pediatra.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

No primeiro mês 47 crianças acompanhadas com monitorado de desenvolvimento 100%, no segundo mês 88 e no terceiro mês 120 crianças O monitoramento do desenvolvimento foi realizado em 100% das 120 crianças acompanhadas. As crianças que tiveram algum tipo de atraso no desenvolvimento foram avaliadas de risco e encaminhadas primeiro para consulta de pediatria e depois neuropediatra, quando necessário.

Para esta ação contamos com a ajuda das visitadoras do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Elas participaram em todas as atividades, ensinando as mães como estimular suas crianças com atividades didáticas muito simples e sem a necessidade de fazer gastos em brinquedos custosos. Também foi incluída no grupo de trabalho uma orientadora física que não apenas ofereceu atenção às crianças, mas os pais fizeram exercícios de alongamento no início das atividades. As atividades no grupo “Brincando e Aprendendo” realizadas nas comunidades do interior do município tiveram uma excelente participação.

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

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

As 120 crianças que acompanhamos na intervenção estão com vacinas em dia, constituindo 100%, sendo que no primeiro mês foram 47 (100%) crianças com vacinação em dia, no segundo mês 88 crianças (100%) e o terceiro mês as 120 crianças (100%). Este indicador é muito bem cumprido na UBS pela técnica de vacinação encarregada desta atividade por mais de 20 anos.

As crianças vacinadas saem da UBS com a data programada da próxima vacina e em conjunto com os agentes de saúde é garantida a assistência na data indicada. Também fazemos coincidir os dias de consultas clínicas com o momento da vacinação. Na sala de vacinação se tem os registros de vacinas atualizados, assim como registradas as vacinas nas cadernetas das crianças, prontuários e fichas espelhos.

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

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

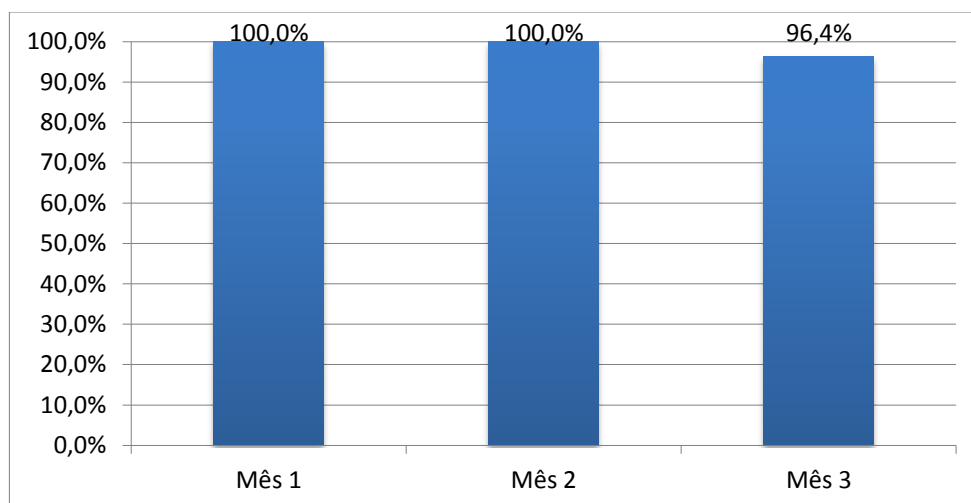


Figura 3 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.

No indicador de proporção de crianças de 6 - 24 meses com suplementação de ferro observamos 100% durante os primeiros dois meses, no primeiro mês 17 crianças e 27 no segundo mês. Este indicador não alcançou 100%, uma criança das 28 crianças dentro da faixa etária, no terceiro mês, não recebeu suplementação de

ferro por intolerância gástrica ao medicamento. Muitos pais se queixaram do sabor desagradável deste suplemento e, às vezes, as crianças vomitam e não gostam de tomar. Outros preferem comprar o suplemento de ferro.

Nos encontros com os pais insistimos na importância da suplementação de ferro nestas idades. Na farmácia da UBS durante toda a intervenção estive à disposição dos usuários as quantidades suficientes deste suplemento; as técnicas de farmácia explicam para as famílias a dose certa do medicamento e o horário de administração.

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

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

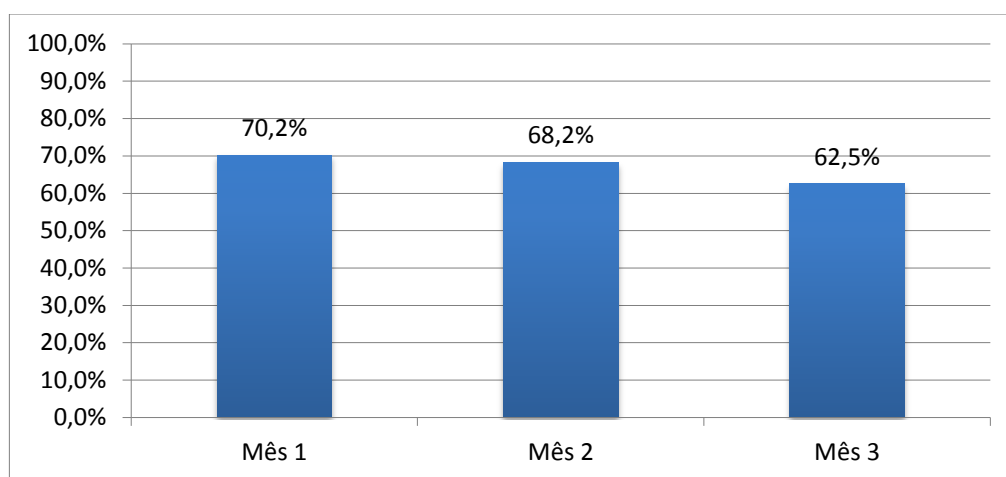


Figura 4 Proporção de crianças com triagem auditiva na unidade de saúde na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.

Desde o primeiro mês sabíamos que este indicador não seria cumprido. Quando começamos o cadastro das crianças nos percebemos que muitas crianças não entraram no programa. Ao observar este indicador, não foi possível atingir a meta proposta. A porcentagem foi diminuindo ao longo da intervenção- no primeiro mês de 47 crianças inscritas 33 realizaram triagem auditiva, o que representa 70,2 %, no segundo mês de 88 crianças, 60 tinha realizado triagem auditiva, o que equivale a 68,2% e no terceiro mês de 120 crianças avaliadas, realizaram triagem auditiva só 75 correspondendo a 62,5%.

Tivemos vários fatores pelo que este indicador não foi atingido com uma melhor porcentagem. A triagem auditiva é um exame que começou como programa do SUS em nossa UBS em janeiro de 2011. As crianças que nasceram antes desta data muitas não recuperaram o teste, também muitas mães, antes do projeto, não

foram informadas adequadamente sobre este exame devido à irregularidade das consultas na unidade, e não conheciam onde fazer o teste, nem foi indicado por ninguém. A triagem é realizada fora do município, longe, e tem que agendar a consulta e ter cartão do SUS. Com a continuação desta ação programática de saúde da criança como rotina na UBS será possível melhorar este indicador nas crianças que estão na faixa etária para sua realização. Desde a primeira visita e consulta a criança é cadastrada e é solicitado seu cartão SUS, são solicitados e revisados os testes segundo protocolo disponibilizado pelo MS. Agora contamos com uma fonoaudióloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que está no serviço todos os dias e a qual encaminhamos as crianças com alteração da linguagem e audição.

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

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

As 120 crianças acompanhadas nas 12 semanas da intervenção tiveram realizado o teste de pezinho até 7 dias de vida, atingindo 100% da meta. O teste de pezinho é realizado na UBS e registrado pelas enfermeiras, mas quando é realizado no hospital ou outro serviço de saúde é solicitado à mãe trazer o resultado para o atendimento na UBS, ou as agentes de saúde recolhem a informação durante as visitas domiciliares. Também revisamos os prontuários, as cadernetas e os registros existentes na UBS para buscar informação deste exame. Não tivemos nenhuma dificuldade nesta meta, pois o teste do pezinho é muito conhecido pelos pais, além do trabalho feito no grupo de “Mãe e Bebê” em Alecrim.

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

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

No primeiro mês 40 crianças tinham entre seis e 72 meses 100% avaliadas, no segundo mês 84 (100%) e no terceiro mês 113 crianças. As 113 crianças inscritas no programa nesta faixa etária foram avaliadas 100% em suas necessidades de atendimento odontológico.

Esta avaliação foi realizada durante as consultas clínicas e as crianças eram encaminhadas para serem avaliadas no mesmo dia ou agendar consulta com a odontóloga, sendo os agendamentos organizados e realizados pelas odontólogas e as técnicas de saúde bucal na UBS. Esta foi uma das tarefas mais difíceis, porque nunca conseguimos que a odontóloga participasse das reuniões da equipe e se sentisse parte dela. Foi necessário muitas vezes pedir ajuda à outra equipe para atingir esta meta.

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

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

Do total de 113 crianças, na faixa etária de 6 a 72 meses, todas realizaram a primeira consulta odontológica, representando 100%. No primeiro mês 40 crianças, no segundo mês 84 e no terceiro mês 113 crianças sendo 100% avaliadas.

Para esta meta a tarefa foi difícil, visto que a maioria das crianças nunca recebeu avaliação odontológica ou não tinha registro da mesma, sendo assim partimos de zero. À medida que as crianças desta faixa etária iam sendo cadastradas, no mesmo dia eram encaminhadas e avaliadas pela odontóloga. Conseguimos atingir 100% desta meta com o trabalho conjunto com odontólogas de outras equipes. No começo tivemos algumas dificuldades para esta avaliação porque não contávamos com o comprometimento da odontóloga da equipe. Com muita perseverança no trabalho conseguimos avaliar as crianças no mesmo dia da consulta clínica para evitar que elas tivessem que voltar outro dia e também para evitar as faltas.

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

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

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

A busca ativa das crianças faltosas foi realizada em 34 crianças representando 100% nos três meses da intervenção, no primeiro mês 10 crianças, no segundo mês 18 e no terceiro mês 34. Esta ação foi realizada pela equipe nas visitas domiciliares, nas comunidades, e na UBS. Durante o monitoramento da

intervenção foram revisados os registros, fichas espelhos, prontuários, planilha de coleta de dados para identificar as crianças faltosas.

Com a busca das crianças faltosas encontramos crianças que depois dos primeiros meses nunca tiveram mais consultas clínicas de puericultura, outras nunca foram encaminhadas para avaliação odontológica e as famílias nunca foram visitadas pelo médico e sua equipe para falarem da importância desta consulta. Foi muito gratificante o entusiasmo das famílias durante a busca ativa das crianças!

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

No acompanhamento das 120 crianças cadastradas foram preenchidas as fichas espelhos, sendo a meta atingida em 100%, no primeiro mês 47 (100%) registros atualizada, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 120 (100%). Na medida em que as crianças foram cadastradas atualizamos todos os registros, prontuário individual, ficha espelho e caderneta das crianças.

No começo da intervenção tivemos dificuldades com os registros, porque uns dos problemas encontrados durante a análise situacional foi que não existiam registros adequados do acompanhamento das crianças na UBS. Desde o início do projeto começamos o preenchimento dos registros necessários para manter toda informação que precisássemos durante as ações programáticas. Antes do começo da intervenção já tínhamos todos os prontuários atualizados e as fichas espelhos prontas para preencher na própria consulta clínica. Alguns dados das fichas espelhos não coincidiam com os registrados, ou foi recolhida incompletamente, por exemplo, a triagem auditiva, a manobra de Ortolani ou teste de reflexo vermelho, não havia a informação da data de realização e o resultado. Foi uma ação difícil coletar todos os dados, mas foram muitas pessoas que colaboraram para os resultados deste projeto.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Realizou-se avaliação de risco 100% das 120 crianças acompanhadas nas 12 semanas da intervenção. No primeiro mês foram 47 (100%) crianças com a avaliação do risco, no segundo mês 88 crianças (100%) e no terceiro mês as 120 crianças (100%).

Durante a avaliação realizada nas consultas de puericulturas e visitas domiciliares foi identificado um grupo de fatores de risco para as crianças, como crianças com déficit de peso, excesso de peso, crianças nascidas com menos de 37 semanas, problemas socioeconômicos e crianças com atraso no desenvolvimento. Tivemos uma criança com uma família disfuncional que discutimos com a assistência social a necessidade de uma vaga na creche para garantir alguns cuidados básicos e a socialização. Estas crianças são acompanhadas na UBS segundo o protocolo de saúde da criança para as crianças com risco e encaminhadas à avaliação do pediatra, assim como outras especialidades pediátricas, quando necessário.

Objetivo 6: Promover a saúde da criança.

Meta 6.1: 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.

O acidente na infância, no domicílio fundamentalmente, é causa de morte no mundo. Por isto um dos temas de orientações na consulta é sua prevenção. Das 120 crianças cadastradas, todos os pais receberam orientações, no primeiro mês 47 (100%), no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês (100%) A meta atingiu 100% nos três meses, sem dificuldades.

Durante as consultas, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupo de pais, durante a vacinação, nas escolas, foram orientadas pela equipe, medidas de prevenção de acidentes. Os acidentes na infância por sua importância foi tema debatido em todos os encontros e fundamentalmente no grupo “Brincando e Aprendendo”. Foram realizados pequenos exercícios de como tirar dos brinquedos as peças mais perigosas para evitar que sejam engolidas, como socorrer uma criança com afogamento e como evitar as quedas quando a criança esta aprendendo a caminhar, estes entre outros foram os temas tratados nas conversas.

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

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

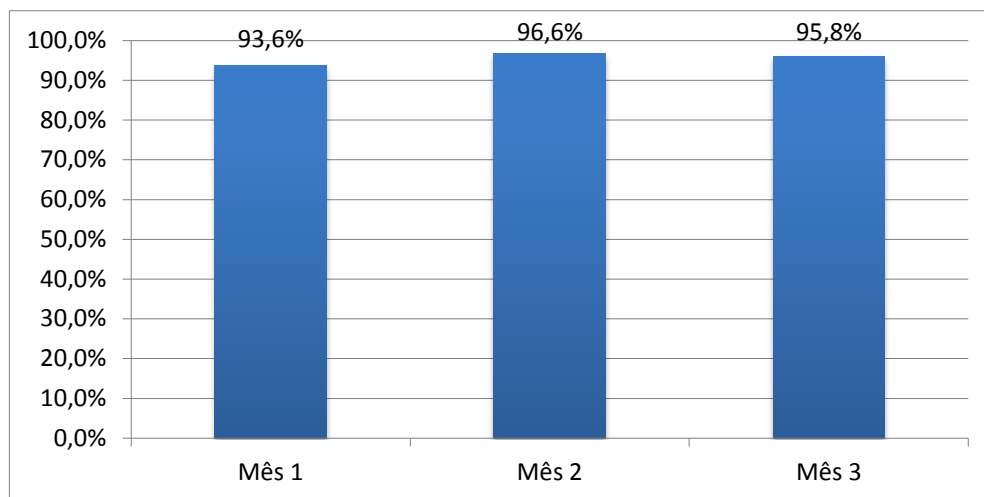


Figura 5: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na unidade de saúde na ESF Esquina Vanguarda, Alecrim/RS.

No primeiro mês, das 47 crianças 44 foram colocadas para mamar na primeira consulta representando 93,6%; no segundo mês de 88 crianças 85 foram colocadas para mamar, o que equivale a 96,6%, e no terceiro mês de 120 crianças 115 mamaram na primeira consulta, representando 95,8%.

Não atingimos a meta devido a 5 crianças desta faixa etária que não foram colocados para mamar na primeira consulta. Delas dois gêmeos saíram da maternidade com aleitamento artificial, uma criança foi adotada, uma criança sua mãe tinha malformação nas mamas que impossibilitaram o aleitamento materno, e uma criança que a mãe não lembra se foi colocada para mamar na primeira consulta e não tem registrado no prontuário esse dado. Quando a criança é posta a mamar na própria consulta, o médico tem a possibilidade de corrigir os erros na posição, detectar malformações na mãe ou na criança, estimular a mãe e as famílias a trocarem experiências, e estabelecer uma relação afetuosa que com certeza estimula o aleitamento materno.

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

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

Todas as mães das 120 crianças receberam orientações nutricionais durante a intervenção nas 12 semanas, sendo a meta atingida em 100%.

Estas orientações foram fornecidas nas consultas de puericultura, nas atividades com grupos de mães, nas comunidades e visitas domiciliares com a participação da equipe e também com a nutricionista nas consultas. Estas orientações estiveram baseadas fundamentalmente nos princípios de uma alimentação saudável, fazendo ênfase no aleitamento materno, a introdução de outros alimentos depois dos seis meses, cumprir o esquema de incorporação dos alimentos segundo a idade da criança, a higiene no momento de elaborar e administrar os alimentos aos bebês. Foi importante contar com a experiência de mulheres múltiplas e a orientação profissional da nutricionista.

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

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

As mães das 120 receberam orientação de como evitar as cáries nas crianças, no primeiro mês 47 (100%), no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês (100%) Este indicador foi atingido em 100% das crianças inscritas no programa durante os três meses.

Esta ação foi realizada nas consultas de puericultura, nas consultas odontológicas na UBS. Nas escolas foi orientado pela odontóloga e técnicos de saúde bucal, nas visitas domiciliares feitas pela equipe e nas atividades dos grupos. As educadoras da creche e das escolinhas foram preparadas para supervisionar a escovação dos dentes depois das refeições e orientar os pais para esta atividade em suas casas. Entregaram-se kit de escovação e se foi realizado tratamento com flúor para prevenir as cáries em todas as crianças de quatro a seis anos na própria escola.

4.2 Discussão

A Intervenção em saúde da criança realizada na UBS de Alecrim permitiu ampliar a cobertura, cadastrando das crianças e com isso aumentar consideravelmente o número de consultas de Puericultura, conseguindo o acompanhamento das crianças com a periodicidade segundo protocolo do MS, ação

que não acontecia anteriormente. Essa ação melhorou a qualidade do atendimento à criança com destaque ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças cadastradas, bem como o registro adequado da informação. As consultas odontológicas das crianças aumentaram e os controles dos registros das atividades passaram a ser feitos de forma regular. A promoção à saúde das crianças foi melhorada, realizando orientações importantes e atividades educativas com elas e suas famílias, sendo as atividades nas comunidades, fator importante para o engajamento deste programa.

Com a intervenção conseguimos capacitar a equipe conforme protocolo do MS quanto à saúde das crianças, aportando novas informações e conhecimentos para a equipe sobre temas relacionados com esta ação de saúde. Permitiu a análise dos problemas da UBS, desde sua estrutura até seu funcionamento. Foram também avaliados problemas das famílias da área de abrangência e pela primeira vez a equipe está funcionando como equipe propriamente dita. Com a troca de opiniões e de experiências conseguimos engajar a equipe e sensibilizar um grupo de pessoas que não são parte da estrutura da equipe, mas se somaram ao trabalho.

Com esse programa o serviço para a população de crianças na faixa etária de zero até 72 meses teve um grande avanço, através da organização e distribuição das atividades e um planejamento bem feito. A qualidade nos atendimentos teve uma melhoria significativa, pois permitiu a avaliação de diferentes aspectos relacionados com a saúde das crianças e o acompanhamento de uma forma mais integral, uma vez que isso não acontecia antes da intervenção. Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe na unidade de saúde, como acontece com outros grupos de usuários. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas, resultando em um maior número de atendimentos aos usuários na demanda espontânea e priorizando os casos de demanda aguda, como são as urgências médicas. Isso proporcionou a satisfação da população que necessita desses serviços.

Para a concretização deste programa a comunidade teve papel fundamental, pois foi preciso contar com sua participação efetiva na realização das tarefas. No interior do nosso município as comunidades não só abraçaram o projeto aceitando-o, como também realizaram ações que foram de suma importância para alcançarmos êxito. Antes de iniciar o programa as crianças dessas comunidades não tinham acompanhamento de saúde. Além disso, as próprias famílias ajudaram a

encontrar mais crianças que ainda não tinham acesso a esse serviço. Durante as atividades realizadas com as crianças muitas pessoas da comunidade, pais e responsáveis expressaram sua gratidão pelo trabalho executado. Para a equipe foi muito gratificante escutar essas palavras de reconhecimento, pois reforça o compromisso de manter esse trabalho.

Se tivesse que eleger novamente uma linha programática minha escolha seria a mesma e se tivesse a oportunidade de começar novamente este projeto eu faria meu trabalho aceitando cada indivíduo com suas diferenças e dando maior valor às capacidades humanas de desenvolvimento a partir do amor, incorporaria novas formas de aprendizagem onde todos aprendem juntos na prática. Trabalharia mais com as famílias, pois elas constituem a célula fundamental da sociedade, e com as comunidades, porque o ser humano, desde os primitivos, viveu em comunidade e é aqui onde se desenvolvem as potencialidades criativas. Somaria novos projetos de vida a partir do conceito de saúde como equilíbrio biológico-psicossocial, e sensação de bem estar.

Para que este trabalho se mantenha na rotina do serviço é importante que os gestores e a Secretaria de Saúde apoiem as ações, garantam os recursos, discutam com a equipe as novas decisões, respeitem as atividades programadas e apoiem as novas iniciativas que nutrem a atividade em equipe. É preciso continuar com a capacitação, com as discussões em equipe e dar atenção especializada aos ACS pelo trabalho que fazem no dia a dia e por ser a ponte da cadeia do SUS, mais perto das famílias.

Com a continuidade desta linha programática incorporada à rotina de trabalho da equipe, mantendo o nível de cobertura e qualidade do atendimento, melhorando os registros, sistematizando seu monitoramento e contagiando com nosso otimismo os profissionais da saúde, estamos em condições de estender este projeto às outras equipes de saúde para melhorar estes indicadores na UBS. Temos como fortaleza para a incorporação deste projeto à rotina da UBS que contamos com duas equipes com vontade de trabalhar e tem em sua estrutura dois médicos do programa Mais Médicos com uma visão mais aberta ao trabalho comunitário e a importância da medicina preventiva.

Tomando como exemplo este projeto começamos um novo trabalho com pacientes diabéticos insulíndependentes. O primeiro passo foi a participação nesse grupo e a proposta de um projeto específico que tem como objetivo o

acompanhamento regular dele segundo protocolo do MS. Já nesta semana começamos o cadastro e preenchimento das fichas espelhos, a equipe está em condições de assumir novos desafios.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção na saúde da criança é parte do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família, reitorado pela Universidade Federal de Pelotas. Como parte do trabalho da ESF foi feita a proposta aos gestores da UBS de Alecrim do projeto de intervenção na linha programática de saúde da criança. Este projeto teve como objetivo geral melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses da área de abrangência. Antes de começar esta intervenção foi orientado pela universidade realizar a análise situacional, trabalho que permitiu uma avaliação da estrutura da UBS e seu funcionamento como ESF. A saúde da criança foi a linha programática escolhida porque apesar dos esforços realizados até o momento ela não tinha a qualidade necessária nem a sistematicidade exigida pelo protocolo do MS, e mesmo a equipe de saúde estando incompleta, precisava aperfeiçoar seu funcionamento. Para a elaboração do projeto foi de muita importância o trabalho da equipe. Depois de concluído o projeto foi apresentado e discutido com os gestores de saúde do município, contando com sua aprovação e apoio.

Com o projeto aprovado pela SMS discutimos com seus gestores cada um dos detalhes. O cronograma teve um momento importante junto à logística porque precisávamos de recursos e tempo para cumprir todas as ações planejadas. Contávamos com 16 semanas para a realização da intervenção, mas depois a intervenção foi encurtada para 12 semanas, a mesma seria feita entre os meses de janeiro a maio de 2015, tempo muito curto para metas ambiciosas e para mudanças dentro da equipe e que repercutiriam na UBS.

Uma vez aprovado pela universidade começamos a desenvolver a intervenção no mês de janeiro. A primeira semana foi decisiva para a equipe. Registramos no diário todas as atividades feitas, foi fotografado cada momento, e anotado cada detalhe que faltava em cada atividade para melhorar a próxima. A sala de espera que transformamos em brinquedoteca nos dias de consultas das crianças, também serviu de lugar para promoção de saúde com pequenos grupos de pais. Momentos maravilhosos que vivemos nas comunidades brincando e aprendendo

juntos com pais, crianças e equipe de saúde. Precisávamos do apoio de muitas pessoas para cumprir todas as ações.

A Intervenção em saúde da criança realizada permitiu ampliar a cobertura, cadastrando as crianças, e aumentando consideravelmente o número de consultas de puericultura, conseguindo o acompanhamento das crianças com a periodicidade segundo protocolo do MS. Essa ação melhorou a qualidade do atendimento à criança, com destaque ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento delas, bem como o registro adequado da informação. As consultas odontológicas das crianças aumentaram, e os controles dos registros das atividades passaram a serem feitos de forma regular. Melhorou-se a promoção de saúde com as crianças, realizando orientações importantes e atividades educativas com elas e suas famílias, sendo as atividades nas comunidades, fator importante para o engajamento deste programa.

Com a intervenção, conseguimos capacitar à equipe conforme protocolo do MS quanto à saúde das crianças, aportando novas informações e conhecimentos para a equipe sobre temas relacionados com esta ação de saúde. Permitiu a análise dos problemas da unidade básica, desde sua estrutura até seu funcionamento. Foram também avaliados problemas das famílias da área de abrangência e pela primeira vez a equipe está funcionando como equipe propriamente dita. Com a troca de opiniões e de experiências, conseguimos engajar a equipe e sensibilizar um grupo de pessoas que não fazem parte da estrutura da equipe, mas se somaram ao trabalho.

Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe, na unidade de saúde, como acontece com outros grupos de usuários. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas, resultando em um maior número de atendimentos aos usuários e priorizando os casos de demanda aguda, como são as urgências médicas. Isso proporcionou a satisfação da população que necessita desses serviços.

Antes de falar dos resultados, só o fato de organizar o trabalho com as crianças e incorporá-lo à rotina da unidade já é motivo de satisfação. Propusemos uma meta de cobertura de atenção de 90% e cadastramos 120 crianças, o equivalente a 93,8%, resultado que não podemos comparar porque não existem na UBS registros de atividade similar. Quanto a qualidade da atenção os resultados foram muito alentadores- todas as crianças cadastradas no programa realizaram a

consulta na primeira semana de vida, 100% delas com monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado, 100% com vacinação para idade em dia e teste de pezinho realizado até sete dias de vida e 100% das crianças com avaliação de necessidade de atendimento e primeira consulta odontológica. A busca de crianças faltosas foi uma atividade que permitiu resgatar 34 crianças que não assistiam a consulta, as quais foram incorporadas ao programa de puericultura. Atualizamos os registros, tais como prontuário individual, caderneta da criança e ficha espelhos, 100% das crianças acompanhadas. Alguns indicadores não foram atingidos- tivemos cinco das 120 crianças que não foram colocadas a mamar durante a primeira consulta, atingindo esta meta 95,8%. Uma criança da faixa etária de seis a 24 meses não recebeu suplementação de ferro, conseguindo 96,4% das crianças inscritas. A proporção de crianças com triagem auditiva foi de 62,5%, sendo este o indicador mais baixo devido ao fato que o programa começou em nosso município em janeiro de 2011, e as crianças que nasceram antes desta data não se beneficiaram deste programa.

Para que este trabalho se mantenha na rotina do serviço é importante que os gestores e a Secretaria de Saúde apoiem as ações, garantam os recursos, discutam com a equipe as novas decisões, respeitem as atividades programadas e apoiem as novas iniciativas que nutrem a atividade em equipe. É preciso continuar com a capacitação, com as discussões em equipe e dar atenção especializada aos ACS pelo trabalho que fazem no dia a dia e por ser a ponte da cadeia do SUS, mais perto das famílias.

Com a continuidade desta linha programática incorporada à rotina de trabalho da equipe, mantendo o nível de cobertura e qualidade do atendimento, melhorando os registros, sistematizando seu monitoramento e contagiando com nosso otimismo os profissionais da saúde estamos em condições de estender este projeto às outras equipes de saúde para melhorar estes indicadores na UBS. Temos como fortaleza para a incorporação deste projeto à rotina da UBS o fato de que contamos com duas equipes com vontade de trabalhar e tem em sua estrutura dois médicos do Programa Mais Médicos, como uma visão mais aberta ao trabalho comunitário e a importância da medicina preventiva.

Tomando como exemplo este projeto, começamos um novo trabalho com usuários diabéticos insulino dependentes. O primeiro passo foi a participação nesse

grupo e a proposta de um projeto específico que tem como objetivo o acompanhamento regular deste segundo protocolo do MS. Já nesta semana começamos o cadastro e preenchimento das fichas espelhos, a equipe está em condições de assumir novos desafios.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comecei o trabalho no município de Alecrim há um ano, como parte do Programa Mais Médico no Brasil. A intervenção na saúde da criança é parte do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família, reitorado pela Universidade Federal de Pelotas Sou a médica da ESF- 1 Esquina Vanguarda da UBS. Desde os primeiros encontros nas comunidades me parecia que estavam organizados muito bem os grupos das doenças crônicas como hipertensão e diabetes, mas me chamou atenção que não existia trabalho comunitário com as crianças. Depois no dia a dia à UBS também percebi que as crianças só frequentavam a unidade para vacinação ou teste do pezinho e quando estavam doentes, e não tínhamos pediatra. Esta preocupação foi discutida com os governantes e conseguimos a contratação do pediatra. Ainda faltava muito trabalho, realmente não existia a consulta de puericultura.

Com estes elementos incluídos o projeto de Intervenção que foi analisado e discutido na UBS com a equipe, com o secretário de saúde foi apresentada a proposta à comunidade. Utilizamos todos os espaços para apresentar este projeto como clubes de mães, encontros da terceira idade, grupos de hipertensos e diabéticos, nas escolas e nas próprias famílias que a equipe visitava. Também foi divulgada pela rádio local e o jornal semanal. A intervenção foi feita em 12 semanas entre os meses de janeiro a maio de 2015 e depois de ser aprovado pela universidade.

Com a intervenção, conseguimos capacitar a equipe conforme protocolo de saúde das crianças do MS, aportando novas informações e conhecimentos para a equipe sobre temas relacionados com esta ação de saúde. Permitiu a análise dos problemas da unidade básica, desde sua estrutura até seu funcionamento. Foram também avaliados os problemas das famílias da área de abrangência e pela primeira vez a equipe está funcionando como equipe propriamente dita. Com a troca de opiniões e de experiências conseguimos engajar a equipe e sensibilizar um grupo de pessoas que não fazem parte da estrutura da equipe, mas se somaram ao trabalho.

Agendaram-se consultas de puericultura nas terças-feiras de manhã e sexta-feira com o pediatra. Mantemos nos restantes dos dias as portas abertas para atendimentos de demanda espontânea e recuperação de consultas de crianças faltosas. Visitamos todas as comunidades do interior do município e casa a casa de todas as crianças incluídas na faixa etária de zero a 72 meses. Temos na área de abrangência 128 crianças, delas 120 foram cadastradas no programa conseguindo 93,8%. Apenas oito crianças não foram cadastradas, umas por decisão dos pais e outras por ficarem durante a semana fora do município.

Com esse programa o serviço para a população de crianças na faixa etária de zero até 72 meses teve um grande avanço, através da organização e distribuição das atividades e um planejamento bem feito. A qualidade nos atendimentos teve uma melhoria significativa, pois permitiu a avaliação de diferentes aspectos relacionados com a saúde das crianças e o acompanhamento de uma forma mais integral, uma vez que isso não acontecia antes da intervenção. Conseguimos incluir o acompanhamento das crianças na rotina de trabalho da equipe na unidade de saúde, como acontece com outros grupos de usuários. O fluxo na unidade melhorou com o agendamento das consultas, resultando em um maior número de atendimentos aos usuários na demanda espontânea e priorizando os casos de demanda aguda, como são as urgências médicas. Isso proporcionou a satisfação da população que necessita desses serviços.

Para a concretização deste programa, a comunidade teve um papel fundamental, pois foi preciso contar com sua participação efetiva na realização das tarefas. No interior de nosso município as comunidades não só abraçaram o projeto aceitando-o, como também realizaram ações que foram de suma importância para alcançarmos êxito. Antes de iniciar o programa, as crianças dessas comunidades não tinham acompanhamento de saúde. Além disso, as próprias famílias ajudaram a encontrar mais crianças que ainda não tinham acesso à esse serviço. Durante as atividades realizadas com as crianças, muitas pessoas da comunidade, pais e responsáveis, expressaram sua gratidão pelo trabalho executado. Para a equipe, foi muito gratificante escutar essas palavras de reconhecimento, pois reforça o compromisso de manter esse trabalho.

Se tivesse que eleger uma linha programática, minha escolha seria a mesma e se tivesse a oportunidade de começar novamente este projeto eu faria meu trabalho aceitando cada indivíduo com suas diferenças e dando maior valor às

capacidades humanas de desenvolvimento a partir do amor, incorporaria novas formas de aprendizagem onde todos aprendem juntos na prática. Trabalharia mais com as famílias, pois elas constituem a célula fundamental da sociedade e com as comunidades, porque o ser humano desde os primitivos viveu em comunidade e é aqui onde se desenvolvem as potencialidades criativas. Conseguir o engajamento nas comunidades foi uma das maiores conquistas do projeto. Os pais e as crianças, juntos com a equipe, transformaram os clubes sociais em lugares cheios de alegria, onde se aprende brincando.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A proposta do projeto de intervenção feita pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) aqui no Brasil foi um desafio. Primeiro pela língua portuguesa, que apesar do treinamento realizado e pela semelhança de muitas palavras com o espanhol, a conjugação verbal e a gramática ainda para mim são muito difíceis, e segundo pela forma que seria feito o curso de especialização em saúde da família, o ambiente virtual. Para mim não era novo fazer um curso online, mas sempre preferi o contato pessoal. Eu acredito que além das vantagens que tem a educação à distância pelo número de pessoas que podem ser incluídas ao mesmo tempo, pela velocidade na comunicação, e a magnitude e alcance que tem hoje a internet, isto nunca substitui a comunicação e a inter-relação pessoal entre professores e especializados.

No começo e pelo desconhecimento do português eu tinha a sensação que meu trabalho não adiantava, às vezes ficava muito constringida com as correções constante de minha orientadora, mas com o desenvolvimento do curso encontrei resposta a todas as minhas dúvidas. O curso foi meu guia para o trabalho em condições diferentes, a trabalhos feitos anteriormente em outros países (Venezuela e Pakistan) com diferente desenvolvimento social e econômico, com políticas de saúde diferente e com idiomas diferentes. Permitiu-me discutir na equipe questões de estrutura e funcionamento com todas as ferramentas na mão, desde as portarias e os protocolos do MS até as orientações passo a passo da intervenção na linha programática escolhida. Os materiais disponibilizados pelo curso foram de ótima qualidade. Consegui organizar e fortalecer o trabalho na ESF e minha prática profissional com resultados que ultrapassaram as minhas expectativas iniciais.

O curso em saúde da família facilitou minha autopreparação por meio dos casos interativos e estudos de prática clínica disponibilizados, assim como as revisões bibliográficas feitas com base nos erros cometidos no Teste de Qualificação Cognitiva (TQC). Os intercâmbios nos fóruns com outros profissionais e orientadores ajudaram a estimular minha participação nestes espaços. O trabalho constante de minha orientadora e apoio pedagógico facilitaram os resultados, assim como o

trabalho com a equipe e o contato com os usuários da linha programática da saúde da criança.

A realização do diário da intervenção foi uma ferramenta de muita importância que me ajudou a melhorar a gramática e a ortografia da língua portuguesa e lembrar-me de forma organizado como aconteceu a intervenção todas as semanas, além de ser a memória gráfica de minha caminhada aqui no Brasil.

O diálogo com a comunidade e levar a saúde da família á porta da casa dos brasileiros foi uma experiência maravilhosa. O SUS ganhou em credibilidade, a ESF foi fortalecida e o engajamento público foi um dos resultados mais importantes, além de melhorar o estado de saúde da população alvo que foi o objetivo fundamental desta intervenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 4 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB – Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: MS. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 20 jul.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília 2012 (Caderno de Atenção Básica Nº 33).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Estimativa populacional 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>. Último acesso 11/2014.

Apêndices

Apêndice A- Reunião da equipe



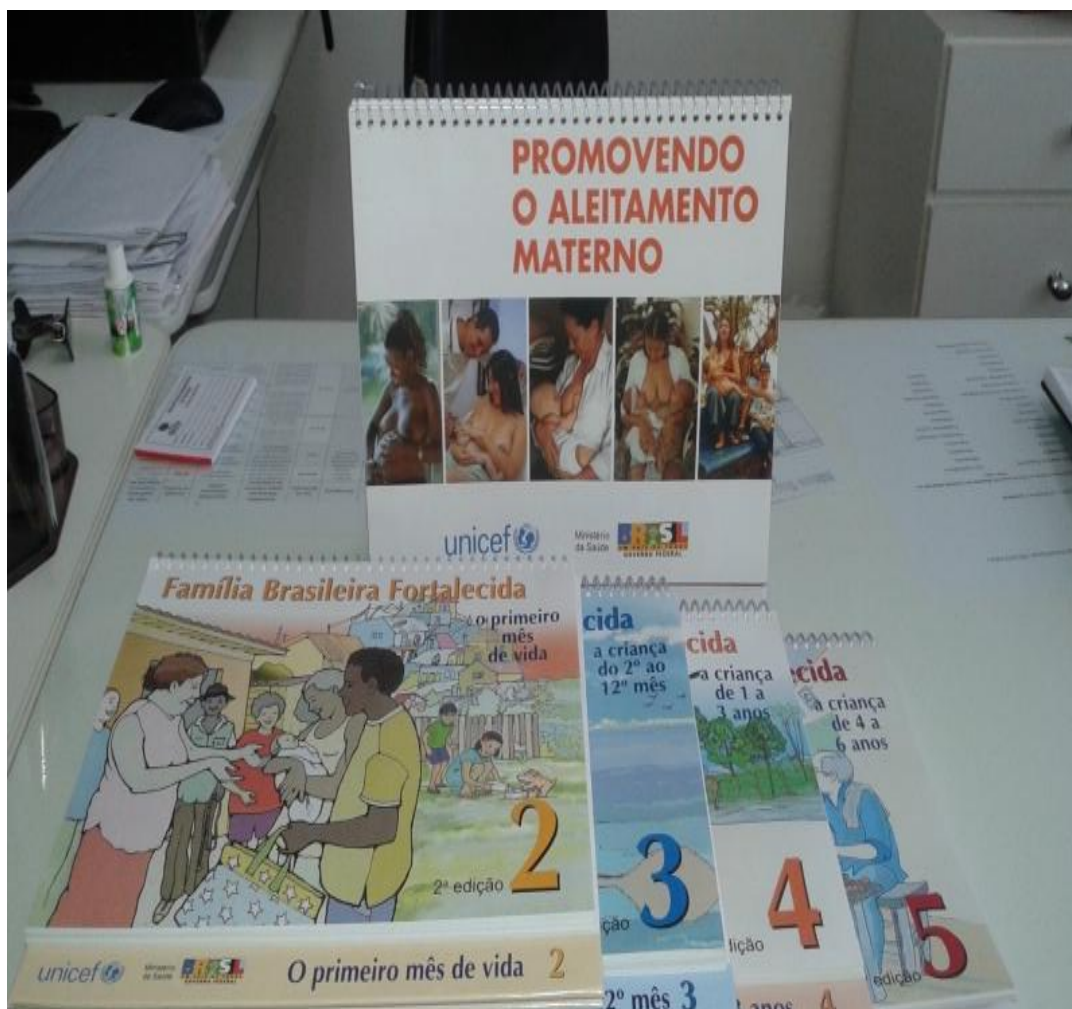
Apêndice B-Atividade brincando e aprendendo



Apêndice C- Atividade na comunidade Esquina Vanguarda



Apêndice E- Material utilizado para educação em saúde



Apêndice F-Material utilizado para estimular o desenvolvimento nas crianças



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante