

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na
UBS Carmo de Maruanum, Macapá/AP**

Aime Noa Barrios

Pelotas, 2015

Aime Noa Barrios

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na
UBS Carmo de Maruanum, Macapá/AP**

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

Orientadora: Daniela Patrícia Evangelista dos Santos

Pelotas, 2015

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

B276m Barrios, Aime Noa

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses, na UBS Carmo de Maruanum, Macapá/AP / Aime Noa Barrios; Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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, Daniela Patrícia Evangelista dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico, antes tudo a Deus, por dar-me a vida;

A meus pais, por esculpir em mim os mais profundos valores;

A meus professores, por ensinar-me, como desconhecer menos;

A meus filhos, por adornar minha vida espiritual.

Agradecimentos

A todos os professores que com humildade e sabedoria contribuíram em minha formação.

A todas aquelas pessoas que idealizaram e defenderam o "Programa Mais Médicos para Brasil", eles, me deram a oportunidade de conhecer este formoso país.

A minha orientadora professora Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, a quem respeito e admiro por seus dotes didáticos e humanos.

A minha esposa que sem sua paciência, delicadeza e apoio haveria sido mais difícil chegar ao fim desta investigação.

A todos os que de uma forma ou outra fizeram possível à realização deste projeto.

Para todos muito obrigado!

Resumo

BARRIOS, Aime Noa. **Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Carmo de Maruanum, Macapá/AP.** 2015. 90f. 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.

O atendimento da criança foi a ação programática que primeiro se implantou na Atenção Primária à Saúde (APS), já desde o século XVIII, se praticava a pediatria preventiva ou a puericultura. Como na Unidade Básica da Saúde (UBS) que atuou existiam dificuldades na cobertura, qualidade dos atendimentos, e na adesão das crianças aos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS), isso motivou realizar uma intervenção para melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses de idade, na UBS Carmo Maruanum, Macapá, estado Amapá no período de 12 semanas, de abril a junho de 2015. Participaram da intervenção as crianças que pertenciam a esta UBS. Utilizamos o protocolo da Atenção Básica, um instrumento da ficha espelho para registro das informações, depois os dados foram repassados para uma Planilha Coleta de dados (PCD) e finalmente os resultados foram expressos em tabelas e gráficos. A intervenção teve como eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público. Antes da intervenção, os percentuais dos indicadores de qualidade eram baixos, variando de 0 a 33%. Ao finalizar o estudo alcançamos a cobertura de 152 (100%) crianças da área de abrangência. Na qualidade da atenção tivemos algumas metas que não foram alcançadas como captação de recém-nascidos nos primeiros sete dias de vida, 55 crianças (36,2%), triagem neonatal da orelhinha 101 crianças (66,4%), teste de pezinho 105 crianças (69,1%), atualização de vacinas 142 crianças (93,4%), primeira consulta odontológica programática 2 (1,4%). Com relação à adesão à consulta, também não alcançamos a meta, de 77 crianças faltosas às consultas, visitamos 74 (96,1%). Os demais indicadores alcançamos 100% das metas. Este estudo foi muito importante para o serviço, porque permitiu utilizar na prática os protocolos padronizados pelo SUS no programa da saúde da criança, humanizando o serviço e, qualificou a equipe na triagem desta ação programática. Ao mesmo tempo fez à comunidade, mais ciente da importância da saúde da criança, assim como ofertou ferramentas necessárias, para abordar esta ou qualquer ação programática. A intervenção já faz parte da rotina dos serviços da UBS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa da saúde da criança na Unidade Básica da Saúde Carmo de Maruanum.	63
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana na UBS Carmo de Maruanum	64
Figura 3	Proporção de crianças vacinadas na UBS Carmo de Maruanum	65
Figura 4	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplemento de ferro na UBS Carmo de Maruanum.	66
Figura 5	Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Carmo de Maruanum.	67
Figura 6	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Carmo de Maruanum.	68
Figura 7	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta de odontológica na UBS Carmo de Maruanum.	69
Figura 8	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas no programa de saúde da criança a na UBS Carmo de Maruanum.	70
Figura 9	Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS Carmo de Maruanum.	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	62
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados.....	63
4.2 Discussão	74
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Apêndices.....	84
Anexos.....	86

Apresentação

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Nas seções cinco e seis serão apresentados relatórios da intervenção para gestores e comunidades.

Na seção sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

Por fim, serão apresentadas bibliografias referenciadas utilizadas neste trabalho e, ao final, os apêndices e anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Maruanum, em que atuo, fica na zona norte do estado do Amapá, a setenta quilômetros da cidade do Amapá. É uma UBS rural, com acesso por estrada de terra ou pelo rio, cuja área de abrangência abarca 18 comunidades, a maioria ribeirinha. Tem uma população estimada em 1500 habitantes que lutam para declarar a comunidade como quilombola.

A infraestrutura de saúde é boa. A UBS tem uma sala de recepção, consultório de enfermagem e nebulização, consultório médico, farmácia, laboratório, sala de observação, sala do diretor, copa, banheiros públicos e de funcionários. Os recursos humanos são formados por uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, seis técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, além do diretor da UBS. O funcionamento da equipe é muito bom e fui bem acolhido quando cheguei.

Neste momento, estamos trabalhando no diagnóstico dos principais problemas de saúde das comunidades. Embora tenha chegado somente há duas semanas, percebo que existem muitas dificuldades: as comunidades ficam distante da UBS; não há cobertura telefônica, nem internet; os insumos farmacêuticos não chegam em quantidade suficiente, especialmente, os analgésicos, anti-inflamatórios, antiparasitários, entre outros. Mas, estou seguro de que logo conheceremos os principais problemas desta UBS, porque vejo muito entusiasmo e desejo de trabalhar na equipe.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a pedra angular da Atenção Primária à Saúde (APS), mas ela precisa estar bem consolidada, para obter melhores indicadores. É necessário que a equipe de saúde esteja completa, capacitada e comprometida com o trabalho, que a UBS tenha uma boa

infraestrutura, oferecendo cuidado integral aos usuários e promovendo ações preventivas em saúde. Também se faz necessário buscar a participação da comunidade, incentivando a intersetorialidade e o controle social. Na UBS em que trabalho, percebo debilidades que podemos melhorar se fizermos visitas domiciliares mais frequentes, priorizarmos a atenção materno infantil, as doenças transmissíveis e as doenças crônicas, assim como a atenção ao idoso e tornar os prontuários mais completos e acessíveis. Mas, para que isto ocorra é necessário identificar os problemas de cada comunidade e realizar um plano de ação para a resolutividade dos mesmos.

Também temos fortalezas e oportunidades que quero ressaltar como um bom controle do risco preconcepcional nas comunidades onde estamos trabalhando, a qualidade da estrutura da UBS e a equipe de saúde. Enfim, falta muito por fazer, mas estou seguro que cada dia seremos mais proativos em nosso trabalho para que em um futuro próximo, a ESF cumpra sua função que é ofertar saúde integral ao povo brasileiro.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Amapá é um estado situado na Região Norte do Brasil e tem uma população de cerca de 750 mil habitantes. Macapá é a capital do município e a maior cidade do estado, com 437.255 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE, 2013). É a única capital estadual brasileira que não possui interligação rodoviária a outras capitais. Além disso, também é a única cortada pela linha do equador e que se localiza as margens do Rio Amazonas.

A rede hospitalar do município é composta por hospital geral de especialidades, pronto atendimento adulto e pediátrico, hospital de crianças e adolescente, hospital de saúde da mulher e um centro de diálise e hemodiálise. Dispõe de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais da área de psicologia, nutrição, serviço social e educação física, que dão suporte as 27 UBS. Nossa UBS é rural, mas a maioria existente é urbana. Quando existe necessidade de exames complementares, os usuários são encaminhados para os hospitais supracitados ou para UBS que possuem laboratórios. Mas, pela minha observação, a maioria das vezes estes exames são realizados em laboratórios privados custeados pelos usuários.

Nossa UBS chama-se Carmo Maruanum, em homenagem a uma técnica primitiva de confecção de louças realizada na comunidade onde foi instalada. Localiza-se a 80 km de Macapá e tem estimativa de 1500 habitantes, distribuídos em 18 comunidades. Temos uma ESF composta por um médico, um enfermeiro, três técnicos em enfermagens e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na UBS trabalham outros profissionais contratados pela prefeitura: a diretora, quatro técnicos de enfermagens e uma recepcionista. A unidade funciona de segunda a sexta feira, apenas um turno. Entretanto, em caso de urgência, não se deixa de assistir ao usuário em função da distância de outras unidades de saúde. A UBS está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituições de ensino superior, a exemplo desta especialização em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Em relação à estrutura física, a UBS tem os seguintes ambientes: uma sala comum para recepção, arquivo de prontuários e para atividades de educação em saúde, uma sala de almoxarifado, um consultório, uma sala de vacinas, uma sala para curativo e procedimentos, uma sala para nebulização, uma sala para farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, sanitário para funcionários, sanitário por gênero para usuários, uma cozinha, uma sala para lavagem e descontaminação de material e outra para esterilização e estocagem, um expurgo e um depósito para armazenar material de limpeza. Falta na UBS consultório odontológico, escovário, área específica para o compressor, sanitários para deficientes, sala para os agentes comunitários de saúde e depósito para o lixo não contaminado.

Todos ambientes têm janelas que possibilitam a circulação de ar e iluminação natural adequada e corredores amplos. As paredes, pisos, portas e janelas são de material lavável, porém as portas e janelas não possuem telas protetoras como deveriam, por ser uma zona de muitos vectores. Existem rampas para facilitar o acesso de pessoas com dificuldade de locomoção e os ambientes estão sinalizados, mas não para pessoas com incapacidade visual ou auditiva. Os lavatórios possuem torneiras com fechamento que dispensam o uso das mãos e o lixo não contaminado é separado entre orgânico e reciclável e recolhido uma vez por semana.

Ao analisar os medicamentos, instrumentais, equipamentos, mobiliários, materiais e outros insumos percebo que a UBS necessita de ajustes para se adequar aquilo que é preconizado. Destes itens, o mais sério é o déficit de medicamentos, já que só contamos com 20% dos que estão listados na UBS. Dentre

os aspectos positivos temos a boa periodicidade da reposição de insumos, os kits para testes rápido como HIV, teste para gravidez, exame de gota espessa, teste de Chaga e Filariasis e a disponibilidade de vacina para quase 100% dos usuários. Os encaminhamentos para as especialidades também transcorrem de modo satisfatório.

Acredito que as dificuldades acima mencionadas repercutem no bom funcionamento da UBS e nos serviços prestados a comunidade, especialmente porque a população não tem outra unidade próxima que possa recorrer e que a solução de muitos destes problemas estão dentro de nossa governabilidade. Penso que algumas estratégias poderão ser adotadas como: fortalecer o funcionamento do conselho local de saúde e outras entidades, buscando a participação Inter setorial; emitir relatório para a Secretária Municipal de Saúde com os principais problemas da UBS e buscar sensibilizar os gestores e governos, inclusive pela necessidade de resolutividade da UBS em função da distância que se encontra de outras unidades de saúde.

Na unidade, todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, incluindo a recepcionista. O cuidado em saúde é realizado em todos os espaços citados na Portaria 2.488: UBS, domicílio, praças e escolas (BRASIL, 2012). Na UBS são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos, atendimentos de urgências / emergências. A busca ativa a usuários faltosos é realizada, principalmente pelos ACS, mas outros membros da equipe também participam do processo caso seja necessário. Realizam-se cuidados domiciliar e os encaminhamentos para outros níveis do sistema são feitos respeitando o fluxo de referência e contrarreferência estabelecido. As notificações compulsórias de doenças e agravos são feitas por todos os profissionais de saúde ou qualquer cidadão.

O perfil da população atendida pela UBS Carmo de Maruanum é de uma comunidade com características bem específicas: é ribeirinha, quilombola, com baixo nível de escolaridade e famílias numerosas, geralmente com mais de cinco filhos. Observa-se uma mudança de hábito nas gerações mais jovens com relação ao aumento do nível de escolaridade. A população total é de 1500 habitantes segundo estimativas do CAP, temos ainda 509 mulheres em idade fértil, 22 gestantes, 65 mulheres entre 50 e 69 anos, 32 menores de 1 ano, 76 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes e 265 pessoas com 20 anos ou mais com

Hipertensão, a ESF é suficiente para atender a demanda de saúde da população. Na UBS há registro de 150 crianças entre 0 e 72 meses.

Na unidade o acolhimento é muito bom e todos os profissionais estão capacitados neste sentido. O primeiro contato do usuário é com a recepcionista, que o encaminha à sala de enfermagem para uma escuta mais qualificada. Após este processo, o usuário é orientado de modo equânime a seguir um fluxograma a partir de sua necessidade e dos serviços prestados pela UBS. Os usuários não procuram a unidade apenas para consulta com o médico ou enfermeiro. Muitas vezes, vem para fazer nebulização, curativos, aferir pressão arterial, solicitar visita domiciliar, entre outros. Como toda UBS, temos demanda espontânea, mas o manejo dessas situações ocorre da mesma forma que os atendimentos agendados, com acolhimento e escuta qualificada, mesmo que seja somente de alguns segundos em função da emergência. Existem dias complexos, com um maior movimento de demanda espontânea, mas são exceções, pois temos uma população pequena e a equipe é suficiente para atendê-los.

A saúde da criança é um dos indicadores utilizados para medir o desenvolvimento de um país. No Brasil a taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, entre outros fatores. Os óbitos infantis diminuíram de 47,1 em 1990, para 15,6 em 2010, a cada mil nascidos vivos. O fortalecimento da estratégia de saúde da família como modalidade de APS nos dá a possibilidade de vislumbrar que, em um futuro próximo, a atenção integral das crianças e adolescentes seja similar àquelas dos países do primeiro mundo. (BRASIL, 2012)

De acordo com o Caderno de Ação Programática (CAP), o número de lactentes até 1 ano na área adstrita é 32. Temos uma cobertura de apenas 12 (38%) crianças que estão sendo acompanhadas. Dessas 8 (67%) tiveram a consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 5 (42%) estão com atraso de consulta agendada em mais de sete dias, 100% tiveram teste do pezinho até sete dias, 7 (58%) tiveram triagem auditiva, 10 (83%) Foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, 9 (75%) tiveram vacinas em dia, 10 (83%) avaliação de saúde bucal e todas receberam orientação de aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Uma das explicações prováveis para a baixa cobertura é que lactentes que residem em áreas limítrofes estejam sendo acompanhados por outra UBS. Na UBS temos um registro de aproximadamente 150

crianças entre zero e setenta e dois meses, a UBS faz acompanhamento de apenas 30 (20%) das crianças da área de abrangência. Mas não temos registros corretos das crianças menores de seis anos, dessa forma se faz necessário melhorar, através dos protocolos a saúde da criança em nossa UBS. Como estratégia para melhorar a cobertura, estamos trabalhando no cadastramento da população e organizando uma planificação de visitas aos lugares mais distantes, cujos usuários não comparecem à UBS, para realizar busca ativa e assim ter dados reais e corretos do número de crianças entre 0 e 72 meses. Também estamos engajando a ESF e o conselho local de saúde, por meio de capacitações, sobre a importância de priorizar o acompanhamento das crianças.

Outro aspecto que estamos comprometidos em melhorar é a qualidade do atendimento das crianças, seja na UBS ou no domicílio. Estamos seguindo os protocolos do SUS, utilizando prontuário específico com registros dinâmicos e atualizados, seguindo o calendário de vacinas, promovendo o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, bem como sensibilizando os pais e responsáveis sobre a importância de manter a regularidade das consultas em número de sete no primeiro ano de vida. Também queremos realizar ações em saúde para divulgar os principais perigos nos lactentes, como doenças respiratórias e digestivas, prevenir acidentes, lesões e danos não intencionais.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015. Como o atendimento Pré-Natal e do Puerpério são fundamentais na redução da mortalidade materna infantil devemos orientar o atendimento seguindo os protocolos e a bibliografia disponibilizada neste sentido. Em nossa UBS temos 10 (44%) gestantes e 14 (44%) puérperas de acordo com os dados coletados no CAP. Tivemos apenas quatro (40%) de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. Das puérperas apenas 8 (57%) se consultaram antes dos 42 dias de pós parto, tiveram sua consulta puerperal registrada e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido. Atualmente, estamos trabalhando no mapeamento e cadastramento das comunidades para obter um resultado mais eficaz na atenção ao pré-natal e puerpério e no planejamento familiar. Estamos lutando para a captação precoce de grávidas e puérperas, seguindo o que é preconizado e orientando as parteiras sobre os procedimentos corretos.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. É considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente. Na unidade existem cerca de 62 (95%) mulheres entre 50 e 59 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de mama, dessas 38 (61%) tem mamografia em dia, 15 (24%) tem mamografia com mais de três meses em atraso, 45 (73%) tiveram avaliação de risco para o câncer de mama e orientação sobre a prevenção. Temos 300 (95%) mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Dessas 80 (27%) tem exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e 58 (19%) com mais de 6 meses em atraso, 78 (26%) com exames coletados e amostras satisfatória, 71 (24%) com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar. Atualmente, elegemos dois dias da semana para coleta de citologia de colo uterino e toda mulher maior de 50 anos que chega a UBS é encaminhada para a realização da mamografia. Nosso registro sobre risco de câncer de colo uterino permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas, mas temos que continuar trabalhando neste aspecto. Ainda há muito que fazer para melhorar a cobertura e qualidade no controle de câncer de colo uterino. Até o presente momento não encontramos nenhuma citologia de colo de útero alterada.

As doenças crônico-degenerativas são cada vez mais frequentes na população mundial e o Brasil não escapa dessa situação epidemiológica. Isso acontece entre outras causas, pelas modificações da pirâmide populacional e os estilos de vida não saudáveis. Os profissionais de saúde da atenção básica devem estar adequadamente atualizados sobre esses estudos e sua importância na APS (BRASIL, 2012). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são dois exemplos bem representativos deste tipo de doenças.

Em nossa UBS temos 98 (37%) de cobertura da HAS e 31 (41%) para DM, segundo o CAP, mas acredito que esta estimativa é alta para o perfil da população atendida na UBS, uma vez que se trata de uma comunidade ribeirinha, com estilo de vida mais saudável, incluindo alimentação, pouco sedentarismo e baixo percentual de tabagistas (1%). Entretanto, estamos trabalhando na busca ativa de hipertensos e diabéticos para melhorar a cobertura verificar este percentual.

Os indicadores de qualidade de hipertensos apresentam 100% para realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação

sobre práticas de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 21 (21%) tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 77 (79%) tiveram exames complementares periódicos em dia. Quanto a diabetes 100% para realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre práticas de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 25 (81%) tiveram exames complementares periódicos em dia, tiveram exames dos pés nos últimos três meses e 8 (26%) tiveram avaliação da saúde bucal. Já estamos realizando o preenchimento dos dados de acordo com os protocolos específicos e trabalhando junto ao programa HIPERDIA para alcançar o percentual necessário. Muitas vezes, os resultados ficam aquém do esperado pela dificuldade de deslocamento, tanto para a população comparecer com regularidade as consultas agendadas, com para a equipe realizar as visitas domiciliares. Mas, acredito que existem aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados para ampliar a cobertura e a qualidade da atenção a HAS e a DM em nossa UBS, tais como: recadastrar 100% da população de nossa área de abrangência, identificar os usuários portadores de HAS e DM, preencher os prontuários com os dados protocolizados, estratificar e avaliar o risco cardiovascular, oferecer um tratamento adequado e integral.

Em relação à atenção a Saúde do Idoso, a estimativa de cobertura na UBS é de 74 (96%) idosos residentes na área de abrangência e cadastrados na UBS, já que estamos finalizando o cadastramento de todas as comunidades abrangentes. Temos 52 (70%) idosos com caderneta da pessoa idosa, que realizaram Avaliação Multidimensional Rápida, 50 (68%) tiveram acompanhamento em dia, 38 (51%) com hipertensão arterial e 16 (22%) com diabetes mellitus. Mas, com relação à qualidade da atenção em saúde ainda há muito por fazer: é necessário melhorar a qualidade do preenchimento dos prontuários e priorizar as visitas domiciliares aos idosos acamados ou faltosos. Neste momento, estamos trabalhando em ações educativas para sensibilizar este grupo populacional a adotar hábitos mais saudáveis, como atividade física regular e alimentação adequada. Também estamos tentando eliminar barreiras arquitetônicas na UBS e nas residências dos usuários que são responsáveis por acidentes domésticos evitáveis.

Queremos engajar o conselho de saúde e a comunidade para que conheçam os direitos dos idosos para evitar as distintas formas de violências e discriminação a que muitos são acometidos, bem como responsabilizar todos os membros da equipe

de saúde nas ações realizadas com o grupo de idosos. Desta forma, estaremos preparando nossas comunidades para enfrentar o fenômeno natural de envelhecimento populacional, que é uma tendência no país e no mundo.

De forma geral podemos dizer que temos debilidades como: o pouco engajamento do conselho local de saúde na estratégia de saúde da família; a falta do controle social da comunidade; a falta de comprometimento com a ESF de alguns profissionais de saúde e de gestores, que não garantem os insumos, equipamentos, medicamentos e outros recursos necessários para o bom funcionamento da UBS. Mas também há fortalezas como: dedicação ao trabalho e afinidade com a proposta da ESF pela maioria dos profissionais da equipe; participação de alguns setores da comunidade; boa receptividade ao Programa Mais Médicos; vontade política da maioria dos gestores em buscar melhorias para o PSF e a realização do curso de especialização em saúde da família, que nos aponta as ferramentas necessárias para enfrentar o dia-a-dia de forma mais sistematizada.

Desta forma, os nossos maiores desafios atualmente são melhorar o funcionamento do conselho local de saúde; sensibilizar a população na aquisição de estilos de vida mais saudáveis com a diminuição do sedentarismo, obesidade e outras práticas nocivas à saúde; conseguir a captação precoce das gestações; evitar ou diminuir a gravidez na adolescência; sensibilizar as puérperas para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses em 100% dos latentes; capacitar e engajar todos os membros da equipe para a atenção em saúde no modelo ESF e utilizar a promoção e prevenção em saúde como nossas principais ferramentas de trabalho. Assim, teremos uma UBS mais resolutiva e eficaz e que funcione verdadeiramente como principal porta de entrada do cidadão ao SUS.

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

Ao revisar a descrição inicial da UBS realizada na semana de ambientação e traçar um paralelo com o relatório atual de Análise Situacional, percebo que há diferenças significativas. Este tem mais sistematização, maior riqueza de dados estatísticos e análises mais profundas. Tudo isso denota que temos maior experiência no agir, que as aulas e orientações estão mudando nossa visão na UBS. Acredito que, ao compararmos este relatório com o trabalho final, as diferenças serão ainda maiores. O processo de capacitação tem nos levado a estabelecer uma

rotina de trabalho com maior visão, enfrentando situações de saúde com ferramentas mais potentes e compartilhando esse conhecimento para todos os que nos rodeiam: ESF, conselho local de saúde e comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O atendimento da criança foi a ação programática que primeiro se implantou na APS, já desde o século XVIII, se praticava a pediatria preventiva ou a puericultura. O mundo exige pessoas socialmente sadias, por isso é muito importante o acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento das crianças. A saúde da criança é um dos indicadores para medir o desenvolvimento de um país, assim os países do primeiro mundo mostram taxas de mortalidade infantil até inferiores a cinco por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil, de 47,1 por mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010. Agora para o ano 2015 a meta é baixar até dez óbitos por mil nascidos vivos (PNAD, 2003).

Na UBS tem 1500 habitantes, distribuídos em 18 comunidades, as quais têm cada uma, entre 40 e 200 habitantes aproximadamente. Para o trabalho no dia a dia na UBS, temos uma equipe composta por: médico, enfermeiro, quatro técnicos em enfermagem e três ACS, também trabalham na UBS outro pessoal contratado pela prefeitura: a diretora, quatro técnicos de enfermagem e uma recepcionista. Estruturalmente a unidade básica tem: uma sala comum para recepção, arquivo, reunião e educação para saúde; sala de almoxarifado, consultório, sala de vacinas, sala de curativo e outros procedimentos, sala de nebulização, farmácia e armazenamento de medicamentos, sanitário para funcionários, sanitário por gênero para usuários, copa, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, expurgo e um local para colocar material de limpeza. A UBS não tem consultório odontológico.

A população alvo para nosso foco de intervenção, ou seja, o universo de menores de 72 meses da área de abrangência é de aproximadamente 150 crianças,

sendo dados atuais do momento na UBS. E a cobertura de acompanhamento de menores de um ano é de 12 (38%), mas não conhecemos bem a cobertura de menores de seis anos que são acompanhados na UBS, acreditamos que com a intervenção consigamos alcançar todas as crianças da área de abrangência e assim acompanhar e ter os dados reais na UBS. A adesão aos protocolos de atendimento das crianças desta faixa etária se cumpre satisfatoriamente e cada dia a ESF luta por melhorar a qualidade da atenção, desde o acolhimento até o registro eficiente nos prontuários. Também já estamos realizando ações de educação em saúde para os pais, resto da família, e outros grupos de apoio. Temas como aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes na moradia, prescrição de bicos e mamadeiras, maternidade e paternidade consciente são tratados nos menores de seis meses, depois desta idade falamos de temas como alimentação adequada, profilaxia da anemia por déficit de ferro, cuidados do pré-escolar, acidentes na rua e na escola, alimentação saudável, saúde bucal.

Eu acredito que esta intervenção será muito interessante porque permitirá um conhecimento detalhado da realidade das crianças desta faixa etária, que muitas vezes são esquecidas por dar-lhe prioridades aos menores de um ano. Já temos algumas estratégias de implantação desta ação programática, e ESF está muito motivada com o trabalho que será feito. Identificamos algumas dificuldades como: falta de um registro de crianças nessa faixa etária, dificuldade com o transporte para ir às comunidades distantes, necessidade de capacitação da ESF, ausência de odontólogo e outras aparecerão no caminho, mas elas farão com que encontremos alternativas e aproveitaremos todas as oportunidades oferecidas como: a equipe de saúde com desejos de trabalhar, apoio comunitário e população com poucos habitantes. A população alvo desta investigação melhorará seu estado de saúde, porque poderemos realizar um diagnóstico correto das realidades das crianças, e ao mesmo tempo ir realizando ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde que beneficie a população em estudo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Carmo de Maruanum, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura de atenção às crianças.
2. Melhorar a qualidade do atendimento das crianças.
3. Aumentar a adesão ao programa de acompanhamento na puericultura.
4. Lograr um registro atualizado das crianças menores de 72 meses.
5. Mapear os riscos das crianças acompanhadas em nossa UBS.
6. Promover a saúde das crianças nos pais, grupos de apoios, e na ESF.

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 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Carmo de Maruanum, no Município de Macapá, Estado Amapá. Participarão da intervenção as crianças de zero a setenta e dois meses. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Os técnicos de enfermagem e a recepcionista revisarão as fichas de atendimento diário em busca de 100% de menores de 72 meses que foram atendidos pela equipe nos últimos dois meses.

Organização e gestão do serviço

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

A recepcionista revisará 100% dos prontuários existentes na UBS para separar os menores de 72 meses. Fará a revisão do recadastramento da área de abrangência que foi terminado o mês passado. Os ACS ajudarão no cadastramento e na busca ativa dessas crianças.

Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

A equipe realizará um registro nos prontuários e ficha espelho dos menores de 72 meses, para que seja priorizado o atendimento dos mesmos, este se acontecerá todos os dias.

Engajamento público

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

A equipe se reunirá com a população da área de abrangência, nas escolas municipais de cada comunidade, com objetivo de sensibilizá-los da importância do programa de saúde da criança e seus benefícios. Abordando temas como: aleitamento materno exclusivo até seis meses, captação antes de sete dias de vida dos recém-nascidos, importância do acompanhamento em consultas de puericultura, prevenção de acidente, importância da triagem do teste de pezinho, olhinho e orelhinha entre outras atividades.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes às políticas de saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

O médico e enfermeiro darão continuidade à capacitação já iniciada para a equipe sobre a saúde da criança, no acolhimento, nas Políticas de Humanização e

para adoção dos protocolos referentes às políticas de saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Essa capacitação acontecerá durante as reuniões de equipe.

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

A equipe será capacitada, pelo médico e enfermeiro, nas reuniões semanais de equipe, sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Também como não há serviço de odontologia em nossa UBS, a equipe será capacitada no tema de saúde bucal, para diagnóstico básico e educação em saúde bucal na comunidade.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitoramento e avaliação

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

Para realizar a captação precoce dos recém-nascidos todas as semanas o médico e enfermeiro revisarão as datas prováveis de parto (DPP) da próxima semana das gestantes em acompanhamento. Os ACS e as parteiras de cada comunidade revisarão a DPP das grávidas de sua área, com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço

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

O ACS realizará uma visita domiciliar no quinto dia depois da DPP com objetivo de pesquisar se a grávida pariu ou não. Se não pariu realizará visitas semanais, e comunicará a gestante, família e comunidade a importância de comparecer nos primeiros sete dias à UBS.

Engajamento público

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

As mães serão informadas, por toda a equipe, que terão as portas da UBS aberta para que venham com seus bebês antes dos sete dias de vida. E explicará a ela, família e comunidade, que essa primeira avaliação integral pela ESF é muito importante, para avaliar a realização e resultados do teste da Orelhinha, Pezinho e Olhinho. Também é importante para fazer a segunda avaliação antropométrica, detectar quaisquer transtornos genéticos que não tenha sido percebido nas primeiras avaliações. Continuar capacitando sobre as técnicas de aleitamento materno, os cuidados do umbigo, prevenção de acidentes nesta idade, cuidados da mãe, entre outros.

Qualificação da prática

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

Como descrevemos mais acima, estamos capacitando à equipe no acolhimento e humanização das crianças, seguindo o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, para o atendimento da criança que venha à UBS, este grupo etário está priorizado na atenção. De modo que são atendidos na maioria dos casos no mesmo dia. Quando há muitos usuários, seu agendamento não deve passar mais de três dias, sendo iniciado o atendimento pela ficha de triagem até onde possa ser preenchida pelos correspondentes profissionais. E ter um cuidado humanizado e corresponsabilizar a mãe a retornar a consulta com o profissional que falta. Nos casos que em três dias não voltem à consulta, no quarto dia o ACS realizará uma visita. Quando preciso será completada a ficha na casa, durante a visita domiciliar, pelo enfermeiro ou médico. O caso será concluído depois de avaliação pelo médico e agendamento da próxima consulta. Todas essas informações serão fornecidas a todos os membros ESF.

Ação: Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

A equipe de saúde está sendo capacitada no tema de captação precoce do recém-nascido, antes dos sete dias de vida. Dando importância e criando estratégias para cumprir este objetivo. Toda a equipe tem que estar atenta às grávidas com DPP na semana em curso, e ativar sua fonte de informação. Os ACS visitando uma ou duas vezes por semanas as grávidas a termo.

Meta 2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

A ESF vai observar o prontuário e a ficha espelho, se foram preenchidos os dados antropométricos e a comparações com consultas precedentes. Semanalmente ao olhar o registro o médico revisará o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Também diariamente o médico e enfermeiro verificarão se as cadernetas têm preenchidas as tabelas de crescimento.

Organização e gestão do serviço

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

Neste aspecto nos falta uma balança, tema que debati na equipe e enviamos um relatório para a secretaria de saúde. No entanto estamos usando balança de adulto, e capacitamos bem ao pessoal para ir trabalhando com a que temos.

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

Temos um protocolo das medidas antropométricas a seguir como: pesar na balança de adulto, se é menor de dois anos, pesa junto com a mãe ou cuidador da criança, depois pesa a mãe ou cuidador sozinho e a diferença de peso entre a primeira e segunda pesagem é o peso da criança. O comprimento se é menor de dois anos, mede deitado, se mais de dois anos mede a altura em pé. No perímetro cefálico a fita métrica é colocada por cima das sobrancelhas e por detrás na protuberância occipital, lendo acima da orelha direita. O perímetro torácico mede na altura das mamilas e atrás na ponta da omoplata, e o perímetro braquial mede no terço médio do braço.

Engajamento Público

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

Será explicado aos pais ou responsáveis, durante as consultas, os resultados esperados em cada atendimento, que ao interpretar esses resultados podem detectar se há alterações no peso, desnutrição ou obesidade. Com suas consequências desfavoráveis, que muitas vezes passam despercebidas e incluídas como normais. Também podem detectar precocemente alterações na altura, e no

perímetro cefálico alterações do crescimento do cérebro e as consequências negativas deste.

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

O médico e enfermeiro estará explicando aos pais, durante às consultas, como identificar sinais de anormalidade ao ver os gráficos das cadernetas das crianças.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Dedicaremos duas horas inicialmente para treinamento dado pelas técnicas a toda a equipe, para realização das medidas de peso e comprimento/altura das crianças, com objetivo que seja realizado uniformemente por todos. Os membros da equipe que não participarem nessa primeira demonstração, já está agendado outro treinamento.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Foi confeccionado um protocolo para realizar as medidas antropométricas. Está descrito nas ações anteriores.

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

Já foi realizado treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, durante o levantamento de dados da UBS, mas o enfermeiro realizará outra capacitação com os técnicos de enfermagem durante as primeiras semanas.

Meta 3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Todas as crianças que tenham déficit de peso serão registradas no prontuário, na ficha espelho e registro da investigação. O médico e enfermeiro também fará um comentário da possível causa e as ações de tratamento integral realizada.

Organização e gestão do serviço

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

Não temos balança de criança, dessa forma já encaminhamos pedido à direção da UBS. O outro material está disponível, como alternativa usaremos a balança de adultos.

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

Já temos o protocolo de como agir em caso que seja detectado uma criança com baixo peso. Todos os casos terminam sua avaliação na consulta médica, para que seja mais fácil a realização das ações.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.

As fichas de acompanhamento terão um espaço para sinalizar os problemas encontrados no estudo.

Engajamento público

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

O médico e enfermeiro explicarão aos pais ou responsáveis os resultados esperados em cada consulta, que ao interpretar esses resultados podem detectar se há alterações no peso, desnutrição ou obesidade. Com suas consequências desfavoráveis, que muitas vezes passam despercebidas e incluídas como normais. Também podem detectar precocemente alterações na altura e no caso do perímetro cefálico alterações do crescimento do cérebro e as consequências negativas deste.

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

O médico e enfermeiro estarão explicando aos pais, durante as consultas, como identificar sinais de anormalidade ao ver os gráficos das cadernetas das crianças.

Qualificação da prática clínica

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

Dedicaremos duas horas inicialmente para treinamento dado pelas técnicas a toda a equipe, para realização das medidas de peso e comprimento/altura das crianças, com objetivo que seja realizado uniformemente por todos. Os membros da

equipe que não participarem nessa primeira demonstração, já está agendado outro treinamento.

Ação: Padronizar a equipe

Foi confeccionado um protocolo para realizar as medidas antropométricas. Está descrito nas ações anteriores.

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

Já foi realizado treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, durante o levantamento de dados da UBS, mas o enfermeiro realizará outra capacitação com os técnicos de enfermagem durante as primeiras semanas.

Meta 4 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Todas as crianças que tenham excesso de peso serão registradas no prontuário, na ficha espelho e registro da investigação. Também se escreverá uma evolução da possível causa e ações de tratamento integral realizada.

Organização e gestão do serviço

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

Não temos balança de criança, dessa forma já encaminhamos pedido à direção da UBS. O outro material está disponível, como alternativa usaremos a balança de adultos.

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

Já temos o protocolo de como agir em caso que seja detectado uma criança com excesso de peso, fica disponível para que a equipe possa utilizar sempre que necessário.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.

A ficha de acompanhamento terá um espaço para sinalizar os problemas encontrados no estudo.

Engajamento público

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

O médico e enfermeiro explicarão aos pais ou responsáveis, durante as consultas, os resultados esperados em cada consulta, que ao interpretar esses resultados podem detectar se há alterações no peso, desnutrição ou obesidade. Com suas consequências desfavoráveis, que muitas vezes passam despercebidas e incluídas como normais. Também podem detectar precocemente alterações na altura e no caso do perímetro cefálico alterações do crescimento do cérebro e as consequências negativas deste.

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

O médico e enfermeiro estarão explicando aos pais, durante as consultas, como identificar sinais de anormalidade ao ver os gráficos das cadernetas das crianças.

Qualificação da prática clínica

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

Dedicaremos duas horas inicialmente para treinamento dado pelas técnicas a toda à equipe, para realização das medidas de peso e comprimento/altura das crianças, com objetivo que seja realizado uniformemente por todos. Os membros da equipe que não participarem nessa primeira demonstração, já está agendado outro treinamento.

Ação: Padronizar a equipe

Foi confeccionado um protocolo para realizar as medidas antropométricas. Está descrito nas ações anteriores.

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

Já foi realizado treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, durante o levantamento de dados da UBS, mas o enfermeiro realizará outra capacitação com os técnicos de enfermagem durante as primeiras semanas.

Meta 5 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

Todas as 5ª feiras a equipe analisará a estatística da semana incluindo o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

Organização e gestão do serviço

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

Será registrado na ficha espelho, prontuário e registro as crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. Os casos com dificuldades neste aspecto serão encaminhado ao pediatra ou outros especialistas, seguindo os protocolos do SUS, para estes casos.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Na ficha há um espaço para descrever os problemas de saúde das crianças encontrados no estudo

Engajamento público

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

Serão dadas palestras aos pais e/ou responsáveis das crianças das condutas esperadas em cada consulta de puericultura em relação ao desenvolvimento para que eles possam exercer o controle social. Explicará que é muito importante detectar precocemente os problemas psicossociais, para intervenção oportuna e no final ter uma pessoa independente e socialmente útil.

Ação: Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

O médico e enfermeiro, durante as consultas, estarão ensinando aos pais e responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver seguindo a faixa etária em que deve ser similar ao da carteira da criança.

Qualificação da prática clínica

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

O médico e enfermeiro já estão capacitando à equipe, na avaliação e desenvolvimento de acordo com a idade, nas reuniões de equipe que ocorre semanalmente.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Os aspectos do desenvolvimento da ficha são detalhados didaticamente para que a equipe possa realizar o preenchimento corretamente.

Meta 6 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

As crianças que são acolhidas e entram no protocolo do estudo, descrito inicialmente, passam pela recepção e acolhimento no início do preenchimento da ficha espelho com medidas antropométricas, avaliação pela enfermeira, com revisão das vacinas e avaliação médica. Todas as quintas feiras a equipe revisará a estatística da investigação, analisará o percentual de vacinas por idade e os que têm esquema atrasado. Em seguida anotará nas fichas os problemas relacionados com as vacinas. Os casos atrasados são vacinados no dia caso não tenha contraindicação, os outros agendarão a vacina geralmente antes de 72 horas.

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

Todas as quintas feiras a equipe analisará as estatísticas como percentual de crianças com vacinas incompletas.

Organização e gestão

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

Todas as quintas feiras a equipe analisará a disposição de provisões para a semana seguinte, entre elas as vacinas e materiais necessário.

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

Todas as crianças na faixa etária em estudo, seguirá um protocolo estabelecido, que inclui a revisão e atualização das vacinas.

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

A enfermeira, de segunda a sexta, realizará controle da cadeia de frio.

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

O enfermeiro nas quintas feiras revisará os estoques de vacinas, para ver disponibilidade para a próxima semana.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

O controle da data de vencimento das vacinas do estoque, será realizado toda a quinta feira para informar a equipe, quinze dias antes do vencimento das vacinas.

Engajamento público

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

Todos os profissionais da equipe, em diferentes momentos, seguindo o protocolo de atenção clínica as crianças, farão orientações aos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal, ensinando a identificar na caderneta, quando tem que tomar cada vacina.

Qualificação da pratica clínica

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

No processo de capacitação das duas primeiras semanas está contemplada a capacitação da equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e sua validade.

Meta 7 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Monitoramento e avaliação

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

Cada quinta feira, o enfermeiro, durante a consulta analisará o percentual das crianças que receberam suplementação de ferro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Será monitorizado semanalmente, pelo enfermeiro e médico, a disponibilidade e dispensação de suplemento de ferro.

Engajamento público

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

Os profissionais da equipe farão educação em saúde sobre suplementação de ferro, aos pais e responsáveis.

Qualificação da prática clínica

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

O médico dedicará duas horas semanais para atualização de temas relacionados à intervenção, incluindo o tema suplementação de ferro em crianças. A doses de ferro na profilaxia da anemia é cinco mg/kg/24h divididas em duas doses, uma hora antes das refeições ou duas horas depois. Em caso de anemia o tratamento é definido pelo médico, a doses é dez mg/kg/24h, e nos casos de anemia moderada, indicará avaliação completa e encaminhará ao pediatra.

Meta 8 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

Nas reuniões de estatísticas das quintas-feiras se monitorizará o percentual de crianças que realizaram a triagem auditiva, colocará no prontuário e na ficha espelho se realizou ou não e se está em acompanhamento na consulta especializada do otorrino.

Organização e gestão do serviço

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

Nos casos que não realizaram o teste auditivo serão encaminhados precocemente, na mesma primeira consulta de captação de recém-nascido. O encaminhamento será feito através da diretora da UBS com o centro onde fazem este teste.

Engajamento público

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

O médico explicará aos pais e responsáveis, na consulta de captação de recém-nascido, a importância deste teste, assim como a importância de continuar o acompanhamento com especialistas em alguns casos ainda não concluído. Também fará profilaxia do uso de medicamentos tóxicos para ouvido.

Qualificação da prática clínica

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

No protocolo das crianças no estudo, estará incluído o teste auditivo, também a ficha espelho terá um espaço para ele.

Meta 9 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Monitoramento e avaliação

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

Nas reuniões de estatísticas das quintas feiras, o médico e enfermeiro, monitorarão o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho, colocará no prontuário e na ficha espelho se realizou ou não.

Organização e gestão do serviço

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

Os casos que não fizeram o teste do pezinho serão encaminhados precocemente, na mesma primeira consulta de captação de recém-nascido, e farão encaminhamentos através da diretora da unidade para a UBS que realiza este exame.

Engajamento público

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

As grávidas, familiares, parteiras e comunidade em geral serão orientadas, por toda a equipe, durante as reuniões nas comunidades sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Qualificação da prática clínica

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

Como nossa UBS não faz teste de pezinho porque está centralizada na maternidade, a equipe fará encaminhamento através da diretora da UBS, para que deem os materiais necessários em caso de alguma criança não faça exame na maternidade. Um de nossos técnicos em enfermagem será capacitado na maternidade e depois capacitará o resto da equipe.

Meta 10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Monitoramento e avaliação

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

Nas reuniões de estatísticas das quintas feiras monitorizará o percentual de crianças que realizaram avaliação odontológica pelo médico e quantos precisam de avaliação com odontólogo, colocará no prontuário e na ficha espelho se realizou ou não. A avaliação odontológica será realizada pelo médico e a criança será encaminhada ao odontólogo de outra UBS. Classificarão os casos em três categorias B: Boa saúde bucal, Regular: R, e M: Mau saúde bucal. Os casos classificados como B, não precisam avaliação com odontólogo e os R e M sim. Esses dados serão registrados no prontuário e ficha espelho.

Organização e gestão

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

Todas as crianças incluídas no estudo tem uma avaliação odontológica, mas como não há odontólogo na UBS será feita pelo médico. Classificarão os casos em três categorias B: Boa saúde bucal, Regular: R, e M: Mau saúde bucal. Os casos classificados como B, não precisam de avaliação com odontólogo e os R e M sim. Esses dados serão registrados no prontuário e ficha espelho.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

As crianças da investigação terão prioridade, ou seja, porta aberta para seguir o protocolo do estudo, que começa com acolhimento e triagem, revisando o registro habilitado na recepção e preenchimento da ficha espelho, depois avaliação pelas técnicas de enfermagem para fazer as medidas antropométricas, e revisar vacinas, continua com enfermeiro que concluí as vacinas e faz a evolução no prontuário e por fim o médico, realiza uma avaliação integral, incluído a saúde bucal, terminando o caso na recepção onde é agendado o próximo atendimento.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Os casos avaliados como saúde bucal mau ou regular, serão encaminhados ao odontólogo de outra UBS, pela diretora e secretaria de saúde. Para iniciar esta ação faremos um relatório à secretaria de saúde com a proposta.

Ação: Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Toda criança que entra no protocolo de estudo tem sua avaliação odontológica e dependendo do estado da saúde bucal terá ou não o encaminhamento ao odontólogo de outra unidade.

Engajamento público

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

Precisaremos do apoio do conselho local de saúde e das lideranças de cada comunidade para engajar no tema da saúde bucal. Faremos uma reunião nas escolas municipais de cada comunidade abrangente a nossa UBS, onde explicaremos a importância da avaliação odontológica e como agiremos nos casos que precisam de atenção a saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Não temos serviço odontológico, mas a capacitação se dará pelo médico e as crianças identificadas serão encaminhadas para outra UBS.

Meta 11 - Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Às quintas feiras na reunião de estatística do estudo, será monitorado o percentual das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Organização e gestão

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

Serão acolhidos com prioridade as crianças e os familiares do grupo de estudo pela recepcionista.

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

Todas as crianças 6 a 72 meses de idade serão cadastradas para ver quais precisam de atendimento odontológico.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

O atendimento prioritário com porta aberta será ofertado às crianças de 6 a 72 meses.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Fará um agendamento por prioridade e os problemas bucais mais sérios serão encaminhados primeiros. Esse encaminhamento será previsto antecipadamente com os gestores municipais.

Engajamento Público

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

A equipe explicará à comunidade do atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além das outras facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Na primeira semana se realizará a capacitação do tema do acolhimento às crianças na faixa etária estudada.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Estaremos capacitando à equipe na identificação de casos com problemas de saúde bucal e como já temos um protocolo de avaliação integral da criança na faixa em estudo, o usuário ficará cadastrado.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Não temos cirurgiões dentistas em nossa equipe, mas faremos um encontro com o odontólogo de referência com objetivo de consolidar esta ação programática.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Todas as semanas faremos análises de monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Revisaremos a ficha de atendimento diário semanalmente, faremos análise do número médio de consultas, assim como revisaremos no registro de crianças quais estão faltosa a consultas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Planejaremos visitas domiciliares aos faltosos, depois de revisar o registro de crianças e a pasta de programação de consultas.

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

As crianças, provenientes da busca ativa, terão prioridades e porta aberta na UBS, nesse momento será conferida e completada a ficha espelho.

Engajamento público

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

A equipe está engajando as mães e a comunidade na importância do acompanhamento regular da criança. Nas reuniões que fazemos nas comunidades, falamos do tema, assim as mães, desde que entram na UBS, começam a receber promoção em saúde do tema.

Qualificação da prática clínica

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

Na primeira e segunda semana capacitará os ACS para identificar as crianças faltosas e para que já estejam usando a caderneta ou registro de crianças e pasta de agendamento.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

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

Já temos a ficha de acompanhamento para serem preenchidas pelas 100% das crianças avaliadas, também temos um registro segundo objetivos da intervenção, descrito para esta investigação. A ficha é preenchida diariamente na chegada do usuário e o registro semanalmente é atualizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

A equipe já está realizando o preenchimento da folha de acompanhamento.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).

A equipe já está implantando a ficha de acompanhamento/espelho como rotina.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

O registro das informações foi pactuado com a equipe. Começa o preenchimento na recepção, depois será avaliado por cada um dos profissionais da equipe e termina na recepção com o próximo agendamento. Cada problema encontrado será registrado na ficha espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

O enfermeiro é o responsável pelo monitoramento do registro diariamente.

Engajamento Público

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

Na reunião com as comunidades orientaremos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Qualificação da prática clínica

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

A capacitação a equipe do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento está em andamento.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Recentemente a equipe fez um recadastramento dos 100% de nossa população e as famílias foram classificadas segundo o risco e/ou vulnerabilidade, estes dados ajudaram a identificar as crianças com risco. A equipe fará uma reavaliação das crianças de alto risco existentes na comunidade, com a ajuda dos ACS na busca ativa e nas visitas domiciliares.

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

A equipe juntamente com os ACS na busca ativa e visitas domiciliares, estarão avaliando as crianças faltosas que tem risco, biológico, social, ambiental, psicológico.

Organização e gestão do serviço

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

As crianças identificadas com risco tem prioridade e todas as ações são monitoradas de mais perto. Assim a frequência de acompanhamento é maior.

Engajamento público

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

Estamos fornecendo orientações à comunidade sobre os fatores de risco das morbidades na infância, estamos fazendo palestra do tema nas escolas municipais

apoiando-nos na liderança de cada comunidade e parteiras tradicionais, durante os encontros quinzenalmente.

Qualificação da prática clínica

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

A capacitação aos membros da equipe no tema de identificação de fatores de risco para morbi/mortalidade está em andamento.

Objetivo 6 - Promover a saúde das crianças.

Meta 1 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e avaliação

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

Todas as semanas se analisarão com a equipe o tema de promoção de saúde, onde prevenção de acidente é um tema obrigatório para abordar, registrando na ficha espelho. Imprimiremos uma folha dos principais temas de educação para a saúde, os quais serão abordados pela equipe no atendimento da criança pelo protocolo de estudo. Esta folha será guia para os profissionais da ESF e depois anexará à caderneta da criança, assim a mãe ou responsável pode revisar sempre.

Organização e gestão do serviço

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

As técnicas de enfermagem farão uma palestra diariamente de temas de promoção de saúde, falando das principais causas de acidente. Depois o enfermeiro abordará o tema mais profundo quando a criança estiver sendo avaliada por ele. O médico fará referência às causas de acidentes para idade particularizando seu caso. Os ACS farão educação para a saúde em cada visita, sem deixar de falar de prevenção de acidentes.

Engajamento público

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

Serão dadas explicações à comunidade como evitar os acidentes com as crianças para isso realizará palestras nas comunidades visitadas.

Qualificação da prática clínica

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

O médico realizará capacitações com os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Meta 2 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e avaliação

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

A equipe vai monitorar as mães que colocam as crianças para mamar na primeira consulta, na ficha espelho será deixado um espaço do tema para preencher, assim como serão analisados os prontuários para obter essas informações.

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

Semanalmente a ESF irá monitorizar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta, através dos atendimentos e revisão de prontuários.

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

A equipe vai monitorar semanalmente entre os casos vistos a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos, durante os atendimentos e nas revisões de prontuários.

Organização e gestão

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

Os técnicos de enfermagem farão demonstração da técnica de aleitamento, periodicidade, tempo de desmame, cuidado das mamas. O enfermeiro falará sobre as vantagens para a mãe e para o filho. O médico focará em medicação e aleitamento, indicações e contraindicações, doenças de mama no aleitamento. Os ACS em cada visita farão promoção de saúde do aleitamento materno.

Engajamento público

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

As mães e os grupos de apoio serão orientados sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Qualificação da prática clínica

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

A enfermeira e o médico capacitarão à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Meta 3 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

As orientações nutricionais serão fornecidas e registradas na página da caderneta da criança, de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Organização e gestão

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

As técnicas de enfermagem farão orientações sobre regras básicas ao introduzir alimentos depois de seis meses. O enfermeiro abordará o tema com mais profundidade. O médico orientará sobre a alimentação para os três meses seguintes. Os ACS farão promoção para saúde do tema em cada visita domiciliar.

Engajamento público

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

Durante as consultas, o médico e enfermeiro, darão orientações às mães e aos grupos de apoios sobre alimentação adequada.

Qualificação da prática clínica

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

A enfermeira e o médico farão a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Meta 4 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Semanalmente monitoraremos orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária, para isso questionaremos as mães e responsáveis sobre o tema, anotaremos na ficha espelho, se tem os conhecimentos necessários do tema, caso não tenha serão agendadas consultas frequentes até que estejam capacitadas.

Organização dos serviços

Ação: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

Planejaremos um encontro semanal na escola para abordar temas de educação para a saúde nas crianças em estudo.

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

Trataremos parasitismo intestinal, profilaxia da anemia, saúde bucal, prevenção de acidentes, alimentação saudável. Usaremos técnicas participativas de acordo a idade. Serão apresentados por qualquer membro da ESF, com uma prévia preparação conjunta do tema a ser abordado.

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Será acordado com a diretora e professores da escola para fazer uso dos materiais didáticos disponíveis, também fará escolha de quem dará as orientações do tema de acordo com a empatia com as crianças.

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

Será feito monitoramento do pessoal participante, para que seja determinado logo no início o percentual de capacitados.

Engajamento público

Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Os temas de educação em saúde que devem ser tratados para cada idade serão fornecidos as escolas, com objetivo de sistematizar os temas correspondentes.

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

Trataremos parasitismo intestinal, saúde bucal, prevenção de acidentes, alimentação saudável. Usaremos técnicas de participação de acordo à idade.

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

Promoveremos o apoio da comunidade, escolas e creches nas atividades de monitoramentos das ações, o conselho local de saúde também tem um papel importante no tema.

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

Nas palestras que se realizarão nas comunidades, escolas e creches, dentro do tema de saúde bucal tratará sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

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

O médico capacitará a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, nas primeiras semanas da intervenção.

Ação: Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Aos educadores das escolas e creches se fará uma capacitação sobre saúde da criança, mais especificamente promoção e prevenção de saúde.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

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 monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

Numerador: Número de crianças com vacina 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 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 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 e 72 meses.

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

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação de necessidade atendimento odontológica.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 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 cadastradas no programa da saúde da criança da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal 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 de Saúde da Criança, vamos adotar o Manual Técnico de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012 (BRASIL, 2012). Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro disponibilizar a ficha espelho para cada criança estudada, em função dos objetivos fornecidos pela bibliografia do curso de especialização. Estimamos alcançar com a intervenção 150 crianças, pois este é o

registro atual que temos em nossa UBS. Na primeira semana de intervenção deverá estar atualizada e impressa a versão do protocolo que o serviço utilizará para que toda a equipe possa consultar quando necessário. As fichas espelhos serão impressas pela diretora da UBS. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todas as crianças menores de 72 meses que vieram ao serviço para puericultura nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários destas crianças e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos, laboratoriais e vacinas em atraso.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe foi criada estratégias. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na escola estadual próxima a UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

As ações para viabilizar o acolhimento serão realizadas por todos da equipe de saúde da UBS. O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista ou técnica de enfermagem. Todos os menores de seis anos que chegue à UBS, serão atendidas no mesmo turno seguindo o protocolo estabelecido para eles, segundo sua demanda e os objetivos da intervenção. Se houver muitos usuários, os de alto risco, terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Todas as crianças sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Na sensibilização da comunidade faremos contato com a Associação de Moradores e com os representantes das Comunidades, da área de abrangência, nos reuniremos nas escolas municipais de cada comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento das crianças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de recém-nascido nos primeiros sete dias de vida, explicando a importância da triagem da

orelhinha, olho e pezinho, importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, prevenção de acidentes, profilaxias da anemia por déficit de ferro, importância do cuidado da saúde bucal e das vacinas. Esclareceremos a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para viabilizar a ação de monitoramento da ação programática, semanalmente o enfermeiro examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as crianças em atraso. Estimam-se dez por semana totalizando quarenta por mês. Ao fazer a busca ativa já agendará a criança para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica de atendimento diário em busca de 100 % dos menores de 72 meses que foram atendidos pela equipe nos últimos três meses, esta ação deve estar pronta duas semanas antes de começar a intervenção.

O médico e enfermeiro realizarão um registro dos menores de 72 meses da UBS, respondendo aos objetivos proposto na intervenção o qual deverão estar pronto antes da intervenção. Nas duas primeiras semanas, capacitarão a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Além de capacitar sobre as Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes às políticas de saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Estabeleceu-se um protocolo de acolhimento e triagem para as crianças seguindo os cadernos de atenção as crianças de 2012, na faixa etária em estudo.

Na orientação a comunidade sobre o programa de saúde da criança e seus benefícios, a equipe se reunirá uma vez por semana durante a intervenção com a população da área de abrangência nas escolas municipais de cada comunidade, com objetivo de sensibilizá-la na importância do programa de saúde da criança e seus benefícios. Serão feitas busca ativa de crianças que não tiverem comparecido ao serviço na primeira semana após a data provável do parto. O ACS realizarão uma visita domiciliar no quinto dia depois da DPP com objetivo de saber se a grávida pariu ou não. Se não pariu realizará visitas semanais, e comunicará a grávida, família e comunidade a importância de ir nos primeiros sete dias à UBS. A equipe Informará na UBS, no domicílio e nas reuniões da comunidade, sobre as facilidades

oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. As mães serão informadas que terão as portas da UBS abertas para que venham com seus bebês antes dos sete dias de vida.

A equipe irá monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, observando no prontuário e na ficha espelho, se foram preenchidos os dados antropométricos, e as comparações com consultas precedentes. Semanalmente ao revisar os registros o médico olhará o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Também diariamente o médico e enfermeiro verão se as cadernetas estão preenchidas no espaço do crescimento.

Toda a equipe irá compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Será explicado aos pais ou responsáveis os resultados esperados em cada consulta, que ao interpretar esses resultados podem detectar se há alterações no peso, desnutrição ou obesidade. Com suas consequências desfavoráveis, que muitas vezes passam despercebidas, e incluídas como normais. Além de informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade ao ver os gráficos das cadernetas das crianças.

Para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança, as técnicas serão capacitadas pelo médico e enfermeiro, onde serão dedicadas duas horas semanais inicialmente, com o objetivo de padronizar a equipe na realização das medidas. Foi confeccionado um protocolo para realizar as medidas antropométricas.

O médico o enfermeiro capacitarão a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança, no preenchimento da ficha de desenvolvimento. Os aspectos do desenvolvimento da ficha são detalhados didaticamente para que a equipe possa realizar o preenchimento de forma correta.

As crianças que são acolhidas e entram no protocolo do estudo, descrito inicialmente, tem revisão das vacinas. Todas as quintas-feiras a equipe revisará a estatística da investigação e será analisado o percentual de vacinas por idade e os que têm esquema vacinal atrasado. Monitorando o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. Para essa ação ser completa será garantida com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para

aplicação. Todas as quintas feiras, a equipe acompanhada pelo enfermeiro analisará a disponibilidade de vacinas e a previsão para a semana seguinte, realizando o controle da data de vencimento do estoque e dos materiais necessários. Garantindo o atendimento imediato as crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Toda criança na faixa etária em estudo, seguirá um protocolo estabelecido, que inclui a revisão e atualização das vacinas. O enfermeiro também, capacitará a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e a data da próxima vacina. No processo de capacitação das duas primeiras semanas está contemplada a capacitação da equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e a data da próxima vacina.

O médico dedicará duas horas semanais para a atualização de temas relacionados à intervenção, incluindo o tema de suplementação de ferro em crianças. Assim como irá orientar os pais e os responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários para agendamento do teste. Na consulta de captação de recém-nascido, será explicada aos pais e responsáveis a importância deste teste, bem como a importância de continuar o acompanhamento com especialistas em alguns casos ainda não concluídos. Também se fará profilaxia do uso de medicamentos tóxicos para ouvido. No protocolo das crianças no estudo, estará incluído o teste auditivo, também na ficha espelho terá um espaço.

A equipe fará o monitoramento do percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos sete dias de vida. Nas reuniões de estatísticas das quintas feiras se monitorizará o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho, será colocado no prontuário e na ficha espelho se realizou ou não. Tentará também, garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. Os casos que não fizeram o teste do pezinho serão encaminhados precocemente, na mesma consulta de captação de recém-nascido. Serão feitos encaminhamentos, através da diretora da UBS, para as Unidades que realizem este exame. Será verificado se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, será providenciada a capacitação. Como nossa UBS não faz o teste do pezinho, porque está centralizado na maternidade fará monitoramento através da diretora da UBS, para que deem os materiais necessários nos casos dos exames que não forem feitos na maternidade. Um dos técnicos da equipe será capacitado na maternidade e passará para todos da sua equipe.

Para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência foram criadas algumas estratégias. Nas reuniões de equipe das quintas feiras se monitorizará o percentual de crianças que realizaram avaliação odontológica pelo médico e quantos precisam da avaliação pelo odontólogo, se colocará no prontuário e na ficha espelho se realizou ou não. Organizará o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Todas as crianças incluídas no estudo terá uma avaliação odontológica, como não há odontólogo na UBS será feita pelo médico. Classificarão os casos em três categorias B: Boa saúde bucal, Regular: R e M: Mau saúde bucal. Os casos classificados como B, não precisarão de avaliação com odontólogo e os R e M necessitarão. Esses dados serão registrados nos prontuários e ficha espelho. Serão ofertados atendimentos prioritários às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. As crianças da investigação terão prioridade, ou seja, porta aberta para seguir o protocolo de estudo. A equipe organizará a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Os casos avaliados como saúde bucal mau ou regular serão encaminhados ao odontólogo com prévio encaminhamento feito pela diretora com a secretaria de saúde, seguido de um relatório feito por toda a equipe. Após o encaminhamento será feito um agendamento por prioridade, os problemas bucais mais sérios primeiros. A equipe e os ACS irão 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 monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) todas as semanas, o número médio de consultas realizadas pelas crianças e as buscas a crianças faltosas. Revisaremos as fichas de atendimento diário semanalmente e faremos análise do número médio de consultas, assim como revisaremos, no registro de crianças, quais estão faltando a consultas. Assim os ACS serão treinados para identificar as crianças em atraso, através da caderneta da criança e organizaremos as visitas domiciliares para buscar as crianças faltosas, planejando as visitas domiciliares aos faltosos, depois de revisar o registro de crianças e a pasta de programação de consultas.

A equipe fará um recadastramento de 100% de nossa população e as famílias serão classificadas segundo os riscos e/ou vulnerabilidade, estes dados ajudarão a identificar as crianças com risco. Assim estaremos monitorando o número de

crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. Estamos avaliando as crianças faltosas que tem risco, biológico, social, ambiental e psicológico, para dar prioridade no atendimento e identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco. As crianças identificadas com risco tem prioridade, e todas as ações são monitoradas mais de perto. Forneceremos orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Através de palestra do tema nas escolas municipais apoiando-nos na liderança de cada comunidade e parteiras tradicionais. Todos os profissionais serão capacitados na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. E darão orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança. Além de monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho. Todas as semanas se analisarão, com a equipe, o tema de promoção de saúde, onde prevenção de acidente será um tema obrigatório para abordar. Serão definidos os papéis de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. As técnicas de enfermagem farão uma palestra diária de temas de promoção de saúde, falando das principais causas de acidente. Depois enfermeiro abordará o tema mais profundo quando a criança for avaliada por ele. O médico fará referência às causas de acidentes para idade particularizando seu caso. Os ACS farão educação em saúde em cada visita, sem deixar de falar de prevenção de acidentes, orientando a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância através de realizar palestras nas comunidades que formos visitando.

A equipe fará o monitoramento para que 100% das mães coloquem as crianças para mamar na primeira consulta, na ficha espelho será deixado um espaço para ser preenchido pelo tema. Semanalmente o enfermeiro e médico irão monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta, a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos e definirão o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. Os técnicos de enfermagem farão demonstração da técnica de aleitamento, periodicidade, tempo de desmame, cuidado das mamas; o enfermeiro falará sobre as vantagens para a mãe e para o filho; o médico focará em medicação e aleitamento, indicações e contraindicações e das doenças de mama no aleitamento. Os ACS em cada visita farão promoção de saúde do aleitamento materno. Essas orientações serão registradas em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Serão dadas orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças. O papel de todos os membros da equipe será definido previamente, junto com as capacitações para orientação de acordo com a idade, no início da intervenção e na oitava semana. A técnica de enfermagem orientará sobre as regras básicas ao introduzir alimentos depois de seis meses. O enfermeiro aprofundará o tema. O médico falará sobre a alimentação para os três meses seguintes. Os ACS farão promoção para a saúde nutricional da criança em cada visita domiciliar, orientando as mães e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

A equipe organizará a agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo nas escolas. Planejaremos um encontro semanal na escola para abordar temas de educação para a saúde nas crianças em estudo. Semanalmente monitoraremos orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária, para isso questionaremos as mães e responsáveis sobre o tema, anotaremos na ficha espelho, se tem os conhecimentos necessários do tema. Caso não tenham será agendada consultas frequentes até que sejam capacitadas.

Em reuniões semanais, a equipe identificará e organizará os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Solicitando apoio da diretora e professores da escola para fazer uso dos materiais didáticos disponíveis, além de promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Será feito monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, através de lista de presença, para que seja controlados e registrados o percentual de capacitados. Trataremos parasitismo intestinal, profilaxia da anemia, saúde bucal, prevenção de acidentes, alimentação saudável. Usaremos técnicas participativas de acordo a idade. Serão apresentados por qualquer membro da ESF.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção teve como objetivo de Melhorar a Atenção à Saúde das Crianças de zero a setenta e dois meses de idade, na UBS Carmo Maruanum, Macapá/Amapá. A UBS abrange 1500 pessoas e o universo de estudo foram todas as crianças, no grupo etário estudado, ou seja, 152 crianças, pois esse valor são dados reais de crianças em nossa UBS após a intervenção.

A cobertura de saúde integral das crianças de zero até setenta e dois meses foi alcançada, de uma meta planejada de alcançar 90% de cobertura chegamos aos 100%. A equipe teve algumas dificuldades para alcançar esta meta, tais como: problemas com o transporte a comunidades distantes, inclemências do tempo, crianças faltosas, etc.

Realizamos ações para ter o melhor resultado possível. As grávidas de seis meses para frente foram educadas da importância de vir à UBS nos primeiros sete dias, aos familiares e as grávidas foram educadas em avisar quando ganharam o bebê e as mães após o quinto dia de parida ou cinco dias após da data provável de parto eram visitadas na sua casa pelos ACS.

Outras metas como monitorar o crescimento, o déficit e excesso de peso e o comportamento do desenvolvimento foram mais fácil de cumprir, essas ações dependiam da equipe. Dificuldade sempre tivemos, pois não tínhamos balança de crianças menores de dois anos, tínhamos que usar a balança de adultos.

As vacinas foi um ponto problemático, tivemos problemas na cadeia de frio, no primeiro mês da intervenção, que foi solucionado parcialmente com a estratégia de trazer as vacinas uma vez ao mês da cidade, nesse dia a secretaria de saúde disponibilizava um carro e profissionais para vacinar na UBS, limitantes desta estratégia, as dificuldades do transporte da população para chegar à UBS, os baixos

ingressos das famílias, as inclemências do tempo, fazem que não alcancem 100% dos que precisam da vacina na UBS nesse dia específico. Mas priorizamos o grupo de estudo e alcançamos quase a meta planejada.

O suplemento de ferro teve problemas iniciais com sua disponibilidade na UBS, mas foi solucionado completamente.

A diferente triagem neonatal da orelhinha, pezinho, e olhinho ficaram abaixo das metas planejada, neste ponto temos que dizer que as crianças de cinco anos para cima, nenhuma fez estas provas porque não estavam disponíveis no estado, o qual incide na porcentagem, mas existem problemas neles que demandam estratégias. Vou descrever a operacionalidade destes testes aqui, geralmente o teste do pezinho e orelhinha é feito na maternidade, antes da alta do hospital e o teste do olhinho, se faz em quatro UBS nos quatro pontos cardinais da cidade, nós fazemos na área norte. Algumas mães por razões diversas vêm para área sem nenhum ou faltando alguns destes exames sendo que na UBS ainda não fazemos o teste do pezinho, que é o único que pode fazer na área, já como na intervenção foi encontrada essa debilidade se tomou como estratégia capacitar uma técnica de enfermagem no decorrer da intervenção, pois ainda não temos o pessoal capacitado. Para tratar de alcançar a meta, a equipe fez um trabalho com as grávidas do último trimestre da gestação para que não voltasse à área sem o exame feito, quase todas as crianças nascida na intervenção fizeram os testes. Em ordem de frequência os testes mais feitos foram: Pezinho, Orelhinha e Olhinho.

A avaliação odontológica como falamos em todos os diários foi realizado pelo médico, porque na UBS não temos equipe de saúde bucal, mas a primeira consulta programática com odontólogo não foi feita na maioria dos casos, e encontramos como solução parcial o encaminhamento setorizado de nossos usuários para uma UBS do município, que designou certo número de vagas semanais para nossa UBS.

A adesão ao programa de Saúde da Criança, buscamos fazer busca ativa a 100% das crianças faltosas. Tivemos dificuldades com o transporte, e conceitos da população de só ir ao posto quando estão doentes. Ações de educação as famílias, engajamentos a lideranças e a própria comunidade contribuiu ao sucesso da intervenção neste aspecto.

No registro das informações o problema mais sobressaliente foi a falta de tinta para imprimir a ficha em espelho, quase todas as fichas foram impressas por nossos próprios meios.

O mapeamento dos riscos e a promoção de saúde das crianças não tiveram dificuldades para ser abordados na intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na intervenção foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, no fechamento das planilhas de coletas de dados (PCD), nem nos cálculos dos indicadores tivemos dificuldades sérias. A planilha em espelho foi bem preenchida com todos os dados necessários, o que facilitou nosso trabalho na hora de passar para a PCD. Nas primeiras semanas apresentamos dificuldades menores na PCD, superadas pelas recomendações da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto já foram incorporadas à rotina do serviço na UBS como ação programática. E a equipe acha que não há dificuldades para cumprir com a maioria delas, só que precisa da consagração e esforço da equipe da ESF, dos gestores e capacitação constante das comunidades, famílias, pais e cuidadores das crianças. Agora que existe um registro certo de todas as crianças menores de setenta e dois meses, só nos resta dar continuidade a esta ação programática, sem deixar de ter presente os quatro eixos: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço e engajamento público. E existem ações que precisam de adequação a nosso meio, como a avaliação inicial odontológica de todas as crianças serão feita pelo médico, até que tenhamos odontólogo em nossa área e os casos detectados com problemas odontológicos serão avaliados pela equipe de saúde bucal definido pela secretaria municipal de saúde. Precisamos capacitar dois membros da equipe no teste de pezinho, para realizar o exame que vem do hospital sem fazer. As demais ações programáticas ficam como foi feita na intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa UBS “Carmo de Maruanum fez uma intervenção com o objetivo de melhorar atenção a Saúde das Crianças de zero a setenta e dois meses de idade, no período de abril a junho do ano 2015”. Ao iniciar a intervenção a cobertura de saúde às crianças era de 30 (20%), com a intervenção conseguimos alcançar 152 (100%) de cobertura. Antes da intervenção tínhamos um registro estimado na UBS de 150 crianças, com a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 152 crianças, sendo estes dados atuais e reais da UBS.

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.

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

Na intervenção buscamos acompanhar as 152 (100%) crianças residentes na área de abrangência da UBS, pois são os dados reais de cadastramento na UBS. No primeiro mês cadastramos 68 (44,7%) crianças, no segundo mês 131 (86,2%) crianças e no terceiro e último mês 152 (100%) crianças entre zero e setenta e dois meses. Verificamos esses indicadores na Figura 1.

Contribuiu para o alcance da meta neste indicador, a qualidade dos registros feitos pela equipe a partir do recadastramento de nossa população abrangente, um mês antes do começo da intervenção. Mas tivemos que superar problemas como: crianças faltosas às consultas, inclemências do tempo, problemas com o transporte, etc. As ações para alcançar as metas deste indicador foram desenvolvidas nos quatro eixos: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, assim como engajamento público. Entre elas se destacaram: capacitação da equipe principalmente dos ACS, para a busca ativa dos

faltosos, organização da triagem e acolhimento tanto nas consultas da UBS como nas comunidades, a avaliação e monitoramento semanal do cronograma da intervenção e as atividades de engajamento e promoção de saúde em cada uma de nossas comunidades.

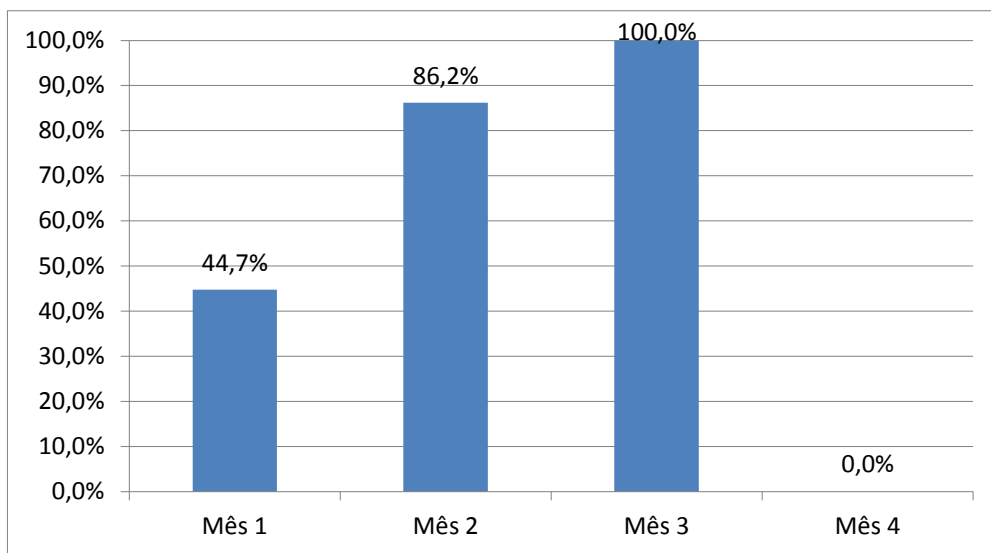


Figura 1: Cobertura do programa da saúde da criança na Unidade Básica da Saúde Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

No primeiro mês, das 68 crianças cadastradas, 22 (32,4%) tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida, no segundo mês de 131 crianças cadastradas 47 (35,9%) realizaram a consulta e no terceiro mês de 152 crianças cadastradas 55 (36,2%) realizaram a consulta como mostra na Figura 2.

Os fatores que influenciaram em não alcançar a meta deste indicador foram a crença popular das mães que no período de resguardo (no puerpério) não devem sair das casas, mães que permanecem as primeiras semanas nas casas de seus familiares na cidade e chegam à área tardiamente, assim como dificuldades com o transporte para chegar a UBS, as maiorias das captações precoces foram feitas no domicílio.

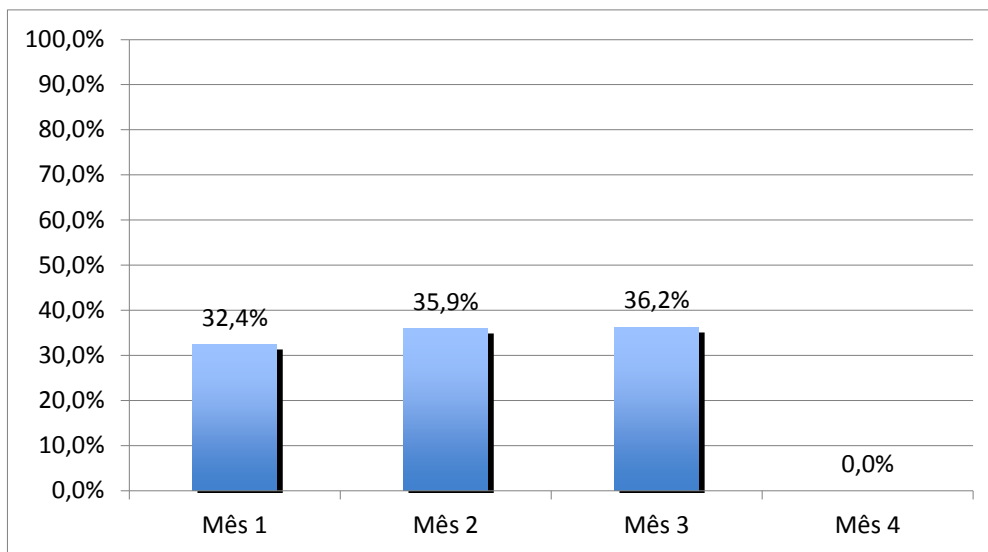


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

Indicador 2.3: proporção 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.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Para esses indicadores alcançamos 100% das metas. Todas as crianças foram monitoradas quanto ao crescimento, déficit de peso, excesso de peso e desenvolvimento.

Tivemos algumas dificuldades para alcançar as metas, por exemplo, crianças faltosas as consultas na UBS, mas a equipe realizou ações para solucionar esta dificuldade em que a triagem e acolhimento foram feitos nas comunidades e, alguns casos na visita domiciliar, isso foi possível graças ao processo de capacitação e engajamento da equipe no programa de saúde da criança durante a intervenção. Depois que começou a intervenção, a capacitação da equipe permitiu que qualquer um deles fizesse com qualidade a avaliação dos parâmetros do desenvolvimento, antes só fazia esta avaliação e interpretação o médico ou a enfermeira.

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.

A Figura 3 mostra a proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade. No primeiro mês de 68 crianças cadastradas 59 (86,8%) foram vacinadas, no segundo mês de 131 crianças cadastradas 121 (92,4%) tiveram vacinação em dia e no terceiro mês de 152 crianças cadastradas 142 (93,4%) tiveram vacinação em dia de acordo com a idade.

Não alcançamos a meta devido a falta de transporte para a equipe ir com frequência necessária as comunidades distantes, assim como o transporte dos usuários das comunidades à UBS, também tivemos falta de disponibilidade de algumas vacinas por não ter no município, assim como alguns cartões espelho de vacinação não estavam atualizados, o que provocou que em uma ocasião não alcançamos as vacinas para as crianças. Devemos salientar que nossa UBS por problema na cadeia de frio só se vacina uma vez ao mês, o que influenciou em não alcançar a meta.

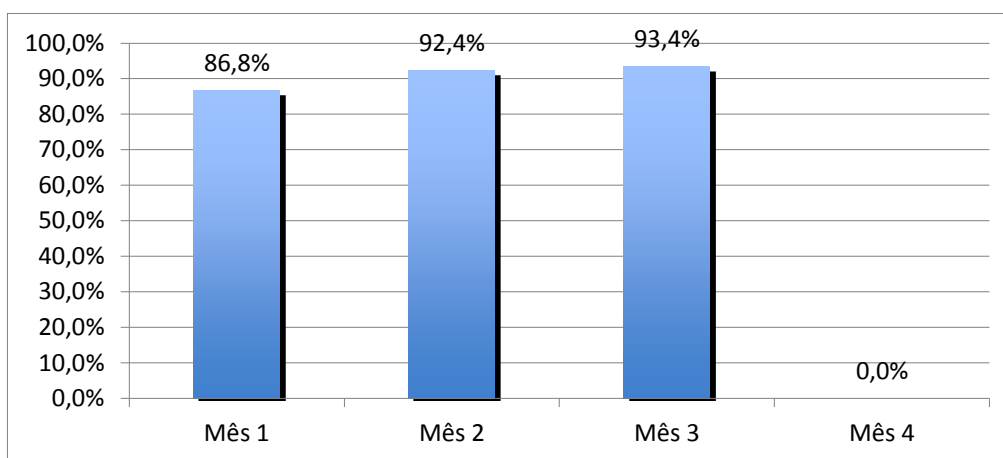


Figura 3 Proporção de crianças vacinadas na UBS Carmo de Maruanum. Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A suplementação de ferro, praticamente não se realizava na UBS antes da intervenção. No primeiro mês da intervenção de 28 crianças de 6 a 24 meses cadastradas 25 (89,3%) crianças tiveram suplementação de ferro, no segundo mês

de 47 crianças cadastradas 46 (97,9%) crianças receberam suplementação de ferro e no terceiro mês de 52 crianças cadastradas 51 (98,1%) tiveram suplementação de ferro, como mostra na Figura 4.

Tudo indica que a falta de adesão aos protocolos do Ministério da Saúde com relação à profilaxia de ferro em nossa UBS, era devido a falta de capacitação da equipe no tema, falta de disponibilidade do fármaco na UBS e a falta de divulgação da importância do ferro como elemento essencial para as crianças. Por isso as ações de capacitação da equipe, dos pais e comunidades, assim como a gestão de disponibilizar o medicamento na UBS, reverteu o indicador. Ainda tentaremos alcançar 100% da meta.

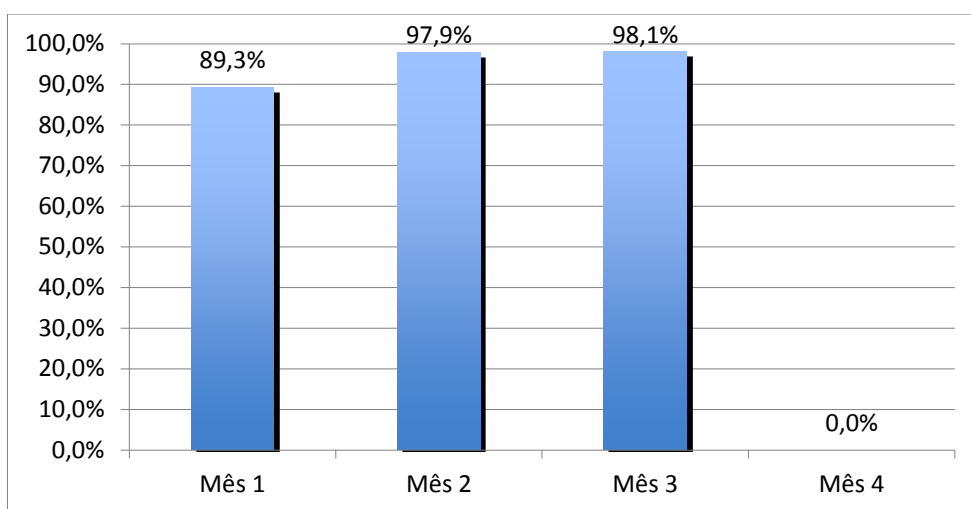


Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplemento de ferro na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

A porcentagem de triagem auditiva feita não era conhecida no início da intervenção. No primeiro mês de 68 crianças cadastradas 50 (73,5%) realizaram triagem auditiva, no segundo mês de 131 crianças cadastradas 89 (67,9%) realizaram a triagem auditiva e no terceiro mês de 152 crianças cadastradas 101 (66,4%) realizaram triagem auditiva, observamos este indicador na Figura 5. Um dos fatores a favor da triagem auditiva foi que quase todas as crianças ao sair da maternidade tinham o teste da orelhinha realizado. Entre as causas de não realização do exame temos as crianças mais velhas do grupo estudado, quando ainda não tínhamos disponibilidade do teste no estado, também tivemos algumas

crianças que ao sair da maternidade não fizeram o exame, já seja por irresponsabilidade das mães ou porque o serviço não trabalhava nesse dia. Devemos destacar que geralmente as crianças que não fazem exame antes de sair do hospital não voltam para fazê-lo. Entre as ações mais importantes para cumprir com a meta se destaca a educação das gestantes do último trimestre, para que procurassem sair da maternidade com o teste da orelhinha feito.

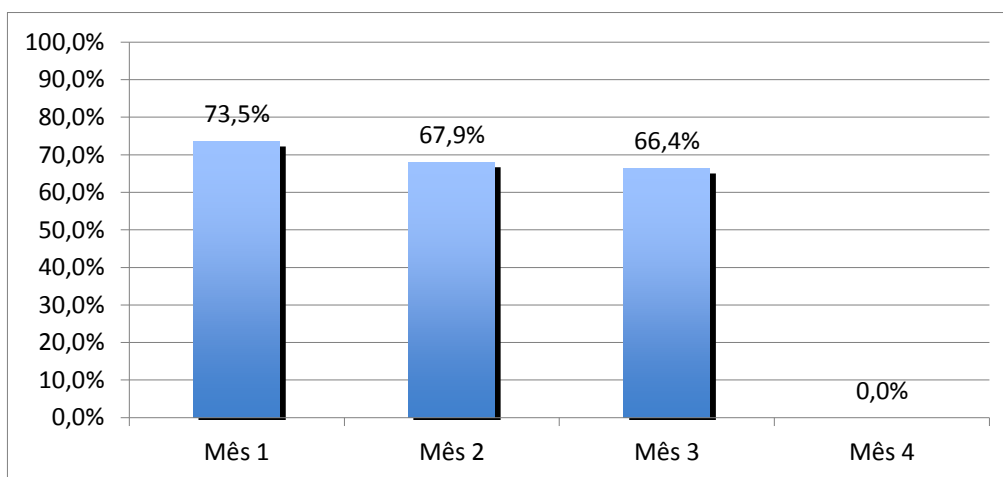


Figura 5: Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A Figura 6 mostra que no primeiro mês de 68 crianças cadastradas 52 (76,5%) fizeram o teste do pezinho, no segundo mês de 131 crianças cadastradas 91 (68,5%) fizeram o teste do pezinho e no terceiro mês de 152 crianças cadastradas 105 (69,1%) fizeram o teste do pezinho.

Este teste em nosso município é feito na maternidade antes da alta das crianças. Durante a intervenção todas as crianças que nasceram realizaram o teste do pezinho, não alcançamos 100% decorrente de criança que já haviam nascido e não realizaram o teste.

Entre as ações que favoreçam este resultado destaca-se a promoção de saúde com relação ao teste do pezinho nas grávidas, do último trimestre da gestação, a equipe insistiu na importância de procurar fazer o exame antes de sair do hospital, nas reuniões de gestão e estratégia também se acordou capacitar duas

técnicas em enfermagem para fazer o teste na UBS, quando não fora feito no hospital.

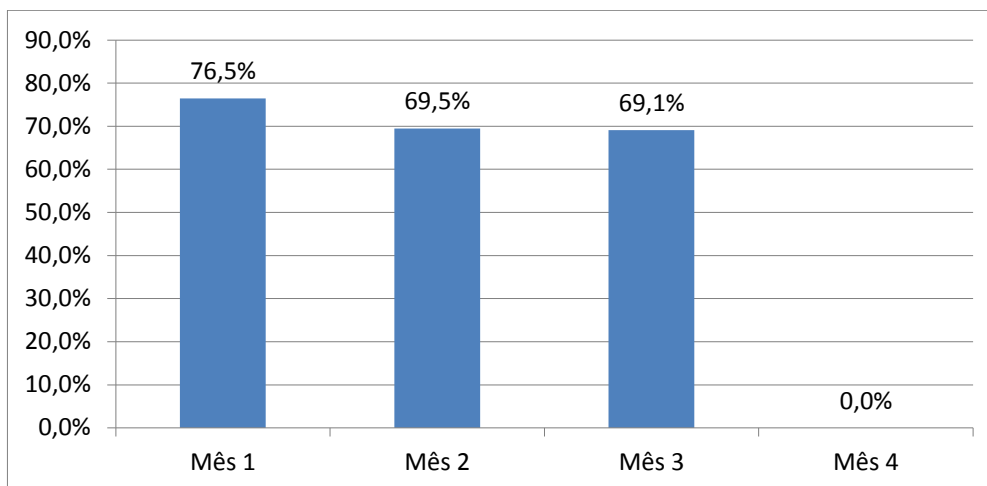


Figura 6: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

Durante os três meses da intervenção todas as crianças de 6 a 72 meses tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Na UBS não temos equipe de saúde bucal, mas a avaliação foi realizada por nossa equipe, que recebeu capacitação no tema de saúde bucal. A intervenção sensibilizou aos gestores para trabalhar na procura de uma equipe de saúde bucal para atender as demandas odontológicas da UBS.

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.

A consulta odontológica foi um indicador que permaneceu em zero durante o primeiro e segundo mês e só no terceiro mês, duas crianças (1,4%) das 152 cadastradas foram avaliadas pelo odontólogo, ver figura 7. Assim esta meta não foi cumprida. Devemos destacar que nossa UBS não temos equipe de Saúde Bucal, como estratégia resolvemos encaminhar os casos com necessidades odontológicas para outra UBS que tem esse serviço. Essa estratégia está agora em andamento,

mas no período da intervenção somente foram as duas crianças. Varias ações foram feitas, como relatório a secretaria municipal de saúde sobre o tema saúde bucal, buscamos a sensibilização dos gestores, para adaptar um cômodo para atenção odontológica

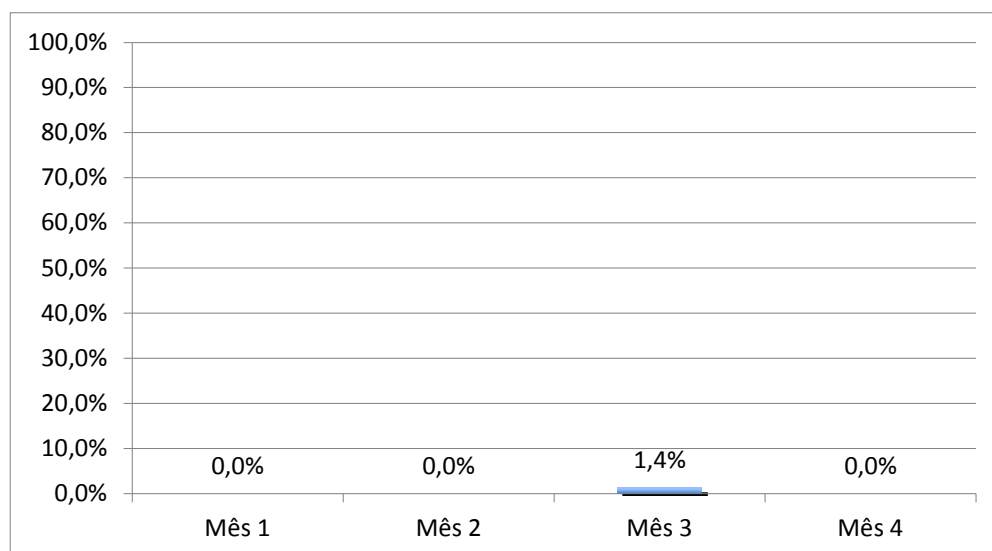


Figura 7: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta de odontológica na UBS Carmo de Maruanum. Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

A adesão ao programa de saúde da criança teve uma tendência ascendente, ver Figura 8. No primeiro mês de 23 crianças faltosas 20 (87%) receberam busca ativa, no segundo mês de 64 crianças faltosas 61 (95,3%) receberam busca ativa e no terceiro e último mês de 77 crianças faltosas 74 (96,1%) receberam busca ativa. Não alcançamos a meta planejada de 100 %, porque três crianças faltosas eram de uma mesma família e eles tem casas em duas comunidades, quando o ACS visitava uma comunidade eles estavam na outra. Devemos dizer que muitas vezes as famílias são chamadas para a consulta e não comparecem na UBS, por razões, muitas vezes explicáveis como problemas com o transporte e difícil acesso.

As principais ações principais durante a intervenção para alcançar os resultados deste indicador, foram capacitação e sensibilização dos ACS, mães, cuidadores, famílias e comunidades na importância de assistir as consultas programadas. Realizaram-se visitas comunitárias e domiciliares.

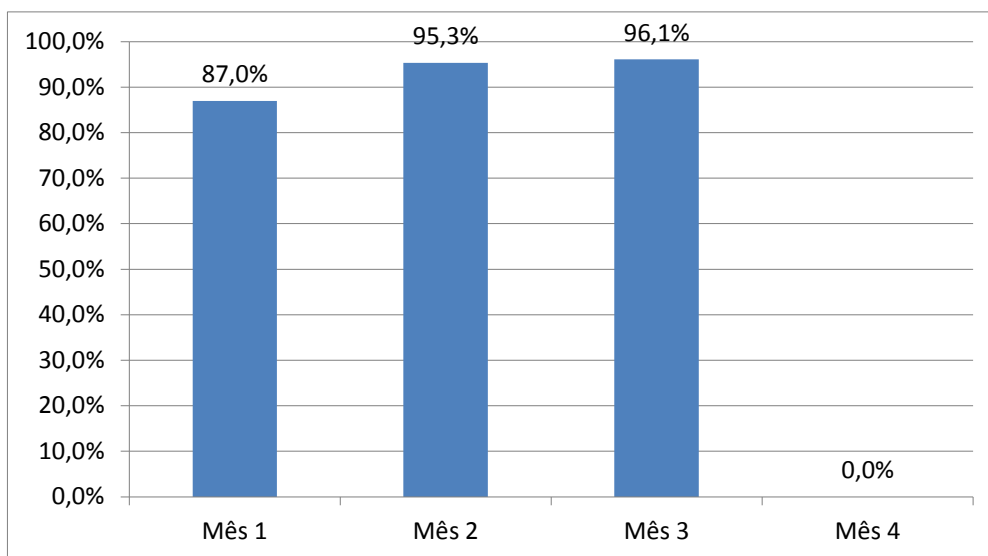


Figura 8: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas no programa de saúde da criança a na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Todas as crianças tiveram o registro atualizado na UBS. A meta foi cumprida, mas precisou da capacitação da equipe na análise e processamento desses dados. A atualização do registro das crianças, realizado durante a intervenção, facilitou o planejamento de todas ações, como visitas domiciliares, programação de consultas, quantidade de medicamentos e outros insumos necessários, exemplo: ferro, vacinas, etc.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Realizamos avaliação de risco em todas as crianças. A meta foi alcançada, mas precisou de capacitação da equipe para que eles pudessem enquadrar a cada uma das crianças no risco correspondente. Estas ações favoreceram a escolha da conduta que devemos seguir com cada criança em particular.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

Todas as mães das crianças receberam orientações sobre a prevenção de acidente na infância. A capacitação da equipe no tema foi uma das ações necessárias para cumprir esta meta. As lideranças de cada uma das comunidades ajudaram no alcance da meta, pois ajudaram a reunir os moradores em espaços adequados para realizar intervenções educativas.

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.

A figura 9 mostra que no primeiro mês de 68 crianças cadastradas 32 (47,1%) foram colocadas para mamar durante a primeira consulta, no segundo mês de 131 crianças cadastradas 58 (44,3%) foram colocadas para mamar e no terceiro mês de 152 crianças cadastradas 65 (42,8%) foram colocadas para mamar.

Os motivos por não alcançar a meta foram que antes da intervenção ninguém realizava a triagem sobre colocar para mamar durante primeira consulta. Durante a intervenção as crianças em idade de aleitamento materno foram colocadas para mamar, incluindo as quatro crianças que nasceram, mas tivemos falta dessa triagem antes.

Um fator positivo deste indicador foi a tradição das mães desta comunidade de amamentar até dois anos aproximadamente. Como ações fundamentais deste indicador, têm a promoção de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, nas grávidas, nos grupos de apoio de aleitamento materno, nas famílias e nas comunidades. A capacitação da equipe foi uma ação vital, todos foram treinados para colocar as crianças para mamar na primeira consulta.

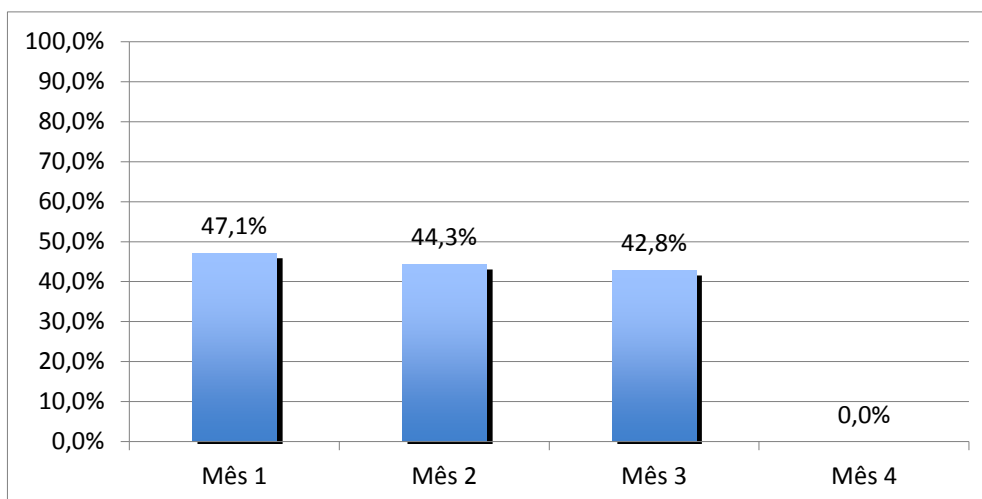


Figura 9: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS Carmo de Maruanum, Amapá, Macapá 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

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

Todas as mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. A maioria das mães usa aleitamento exclusivo até os seis meses e mantem de forma complementar de dois a três anos.

Levar orientações sobre a nutrição adequada nestas comunidades de rendas baixas, quilombolas não foi tão fácil, pois eles nem sempre tem disponibilidade de frutas, vegetais, legumes e carnes para ingeri-la com a frequência padronizada. A equipe da UBS suplementou a função da equipe de saúde bucal, a qual não existe em nossa área de abrangência. As ações mais relevantes neste sentido foram: capacitação a equipe, educação sobre saúde bucal as mães, cuidadores e as crianças maiores de quatro anos, usando a técnica demonstrativa como principal didática de ensino.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero até setenta e dois meses, e melhorou os registros e a qualificação da atenção neste grupo etário.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das crianças na faixa etária estudada. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde, da recepção, ou seja, da equipe toda.

Ficou como atribuições de toda a equipe o cumprimento rigoroso da triagem da atenção às crianças e o acolhimento humanizado, assim como a atenção integral com ênfases na promoção e prevenção de saúde.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, porque conscientizou a equipe, de que pode melhorar, com uma ação programática bem sistematizada. Agora fazemos acolhimento humanizado a todos os usuários que são atendidos na UBS, os registros são mais eficazes, realizamos triagem para atenção da demanda espontânea, seguindo os princípios de equidade, as reuniões de organização e gestão tem mais qualidade, enfim temos uma equipe muito mais qualificada.

Antes da intervenção as atividades de atenção às crianças eram concentradas no médico e na enfermeira fundamentalmente. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento das crianças melhorou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação do risco das crianças tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento das mesmas.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. A prioridade pelas crianças nem todos entendem, gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar de aumentar a cobertura das crianças no grupo etário estudado, ainda temos muitos indicadores, sem ou com baixa cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional se eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também ainda faltou mais articulação com a comunidade para explicitar os critérios da priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção às rotinas do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade, e em relação à necessidade que as crianças compareçam regularmente as consultas como está padronizado segundo as exigências do Ministério da Saúde, em especial aquelas crianças de alto risco.

A ação programática está implantada em nossa UBS, os indicadores nos quais não alcançamos as metas planejadas na intervenção, serão os novos desafios. E tomando o projeto com exemplo também pretendemos incorporar outra ação programática, o programa do pré-natal na UBS, porque a saúde das crianças está estreitamente relacionada com as gestantes e sua atenção integral.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou Aime Noa Barrios, médico do Programa Mais Médico, trabalho na UBS Carmo de Maruanum, apresento este trabalho que foi desenvolvido em 12 semanas com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde das Crianças de zero até setenta e dois meses de idade, na UBS Carmo de Maruanum, Macapá – AP. Nossa área de abrangência tem 1500 habitantes distribuídos em 18 comunidades. A intervenção foi feita com 152 crianças menores de setenta e dois meses que moravam em nossa área de abrangência no período estudado.

Com a intervenção aumentamos a cobertura de atenção às crianças na faixa estudada de 30 (20%) para 152 (100%). A qualidade da atenção melhorou em todos os indicadores estudados, não chegamos aos 100% em: atualização das vacinas (93,4%), teste do pezinho (69,1%) triagem auditiva (66,4%), captação antes dos sete dias de vida dos recém-nascidos (36,2%), colocar as crianças a mamar na primeira consulta (42,8%), consultas odontológicas (1,4%). A qualidade dos registros foi melhorada, 100% das crianças tem registro atualizado. Buscamos mapear o risco em 100% das crianças. Também se realizou promoção de saúde nos temas prevenção acidentes, saúde bucal e profilaxias das caries dentais, orientações nutricionais de acordo a faixa etária; nestas três metas buscamos 100% de cumprimento.

De forma geral os problemas identificados na intervenção por ordem de prioridades foram: Falta de equipe de saúde bucal em nossa área de abrangência, quase nula cobertura de saúde bucal das crianças identificadas com necessidades odontológicas; problemas com a cadeia de frio das vacinas, dessa forma só vacinávamos uma vez ao mês na UBS. Falta de transporte para visitar as comunidades distantes, aspecto que afeta os resultados de quase todos os

indicadores e ausência de balança de crianças pequenas na UBS. Crianças faltosas às consultas, situação que incide em vários indicadores avaliados. Baixa cobertura do teste neonatais do pezinho e orelhinha. Ainda pouca participação das comunidades, sua liderança e conselho local de saúde nos problemas de saúde das crianças.

Dentro das ações sugeridas vamos, através de relatórios, sensibilizar aos gestores com a falta da equipe de saúde bucal em nossa área de abrangência, assim como a importância de buscar soluções em curto prazo para reverter à baixa cobertura de saúde bucal. Informar e sensibilizar a secretaria de saúde e outros gestores sobre a necessidade de solucionar a cadeia de frio das vacinas ou, buscar outras estratégias para garantir disponibilidade de vacina de forma permanentemente na UBS. Levar ao conhecimento da secretaria de saúde e outros gestores a necessidade de transporte terrestre, ao menos uma vez por semana, para dar-lhe continuidade a ação programática. Informar em relatório a secretaria de saúde o problema com a balança infantil e outros equipamentos, insumos e medicamentos para nossa UBS. Buscar estratégias para reverter às crianças faltosas a consultas. Exemplo: Continuar a capacitação dos ACS para que transmitam para as comunidades a importância de assistir as crianças consultas agendadas; engajar as lideranças, famílias e comunidades no tema, etc. Continuar a educação para saúde sobre certas crenças populares das comunidades que podem incidir na captação precoce dos recém-nascidos. Dar-lhe seguimento a capacitação da enfermeira no teste do pezinho, para realizar o proceder às crianças que saem do hospital sem o teste.

Os problemas identificados neste relatório são incentivos para que a equipe procure resolução para essas ações e para outras ações futuras. A intervenção já faz parte da rotina da UBS e buscaremos desenvolver outras intervenções, As comunidades ganharam com a intervenção, organização, conhecimento, ou seja, engajamento público, e sobre tudo reconheceram sobre a melhoria da saúde das crianças e a população toda.

Esperamos que este relatório seja uns dos instrumentos de trabalho dos gestores para planejar de forma certa as estratégias da saúde das crianças em nossa área de abrangência.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou Aime Noa Barrios, médico do Programa Mais Médico, trabalho na UBS Carmo de Maruanum, apresento este trabalho que foi desenvolvido em 12 semanas com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde das Crianças de zero até setenta e dois meses de idade, na UBS Carmo de Maruanum, Macapá – AP. Nossa área de abrangência tem 1500 habitantes distribuídos em 18 comunidades. A intervenção foi feita com 152 crianças menores de setenta e dois meses que moravam em nossa área de abrangência no período estudado.

Com a intervenção aumentamos a cobertura de atenção às crianças na faixa estudada de 30 (20%) para 152 (100%). A qualidade da atenção melhorou em todos os indicadores estudados, não chegamos aos 100% alguns indicadores como: atualização das vacinas (93,4%), teste do pezinho (69,1%) triagem auditiva (66,4%), captação antes dos sete dias de vida dos recém-nascidos (36,2%), colocar as crianças a mamar na primeira consulta (42,8%), consultas odontológicas (1,4%). A qualidade dos registros foi melhorada, 100% das crianças tem registro atualizado. Buscamos mapear o risco em 100% das crianças. Também se realizou promoção de saúde nos temas prevenção acidentes, saúde bucal e profilaxias das caries dentais, orientações nutricionais de acordo a faixa etária; nestas três metas buscamos 100% de cumprimento.

De forma geral os problemas identificados na intervenção por ordem de prioridades foram: Falta de equipe de saúde bucal em nossa área de abrangência, quase nula cobertura de saúde bucal das crianças identificadas com necessidades odontológicas; problemas com a cadeia de frio das vacinas, dessa forma só vacinávamos uma vez ao mês na UBS. Falta de transporte para visitar as comunidades distantes, aspecto que afeta os resultados de quase todos os indicadores e ausência de balança de crianças pequenas na UBS. Crianças faltosas

às consultas, situação que incide em vários indicadores avaliados. Baixa cobertura do teste neonatais do pezinho e orelhinha. Ainda pouca participação das comunidades, sua liderança e conselho local de saúde nos problemas de saúde das crianças.

Dentro das ações sugeridas vamos, através de relatórios, sensibilizar aos gestores com a falta da equipe de saúde bucal em nossa área de abrangência, assim como a importância de buscar soluções em curto prazo para reverter à baixa cobertura de saúde bucal. Informar e sensibilizar a secretaria de saúde e outros gestores sobre a necessidade de solucionar a cadeia de frio das vacinas ou, buscar outras estratégias para garantir disponibilidade de vacina de forma permanentemente na UBS. Levar ao conhecimento da secretaria de saúde e outros gestores a necessidade de transporte terrestre, ao menos uma vez por semana, para dar-lhe continuidade a ação programática. Informar em relatório a secretaria de saúde o problema com a balança infantil e outros equipamentos, insumos e medicamentos para nossa UBS. Buscar estratégias para reverter às crianças faltosas a consultas. Exemplo: Continuar a capacitação dos ACS para que transmitam para as comunidades a importância de assistir as crianças consultas agendadas; engajar as lideranças, famílias e comunidades no tema, etc. Continuar a educação para saúde sobre certas crenças populares das comunidades que podem incidir na captação precoce dos recém-nascidos. Dar-lhe seguimento a capacitação da enfermeira no teste do pezinho, para realizar o proceder às crianças que saem do hospital sem o teste.

Os problemas identificados neste relatório são incentivos para que a equipe, em fusão com as comunidades e os gestores procure a resolução deles, amparada na carta de direitos à saúde. As ações da intervenção já faz parte da rotina da UBS e a participação social dos moradores engajados é essencial para perpetuar a resolutividade dos problemas de saúde. As comunidades ganharam com a intervenção, organização, conhecimento, ou seja, engajamento público, e sobre tudo reconheceram a melhoria da qualidade na atenção de saúde às crianças assim como da população toda, como consequência da intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No desenvolvimento trabalho no curso em relação a meu processo pessoal de aprendizagem minhas expectativas iniciais principais foram a melhoria no idioma português, sobre tudo na escritura, receber capacitação atualizada da APS, conhecer as particularidades do SUS e dos protocolos de atuação.

As expectativas foram cumpridas com acréscimos, não acreditava que na modalidade de Educação a Distância (EaD) pudesse controlar tanto o processo de aprendizagem do educando. Realmente tive que estudar e revisar os temas que tinha algum grau de dificuldade, buscar informações na comunidade, com o resto da equipe da unidade, e com alguns dos gestores etc., para poder realizar as tarefas. Neste ponto não quero deixar de reconhecer o papel positivo da orientadora no processo de aprendizagem e no cumprimento de nossas expectativas, a qual sempre acompanhou nossas dúvidas com uma retroalimentação esclarecedora.

Profissionalmente o curso teve um grande significado para mim, porque através dele foi muito mais fácil conduzir-me no dia a dia na UBS. Aportou às ferramentas necessárias da prática clínica, disponibilizou os protocolos e a bibliografia necessária, para que a equipe da UBS abordasse melhor o atendimento cotidiano. Também permitiu organizar melhor nosso serviço, aplicando os princípios do SUS. Nos fez trabalhar em equipe, com a comunidade e com os gestores. Na intervenção nos ensinou como se implementava uma ação programática, e sobre quais eixos deve girar. Enfim hoje sou um profissional mais qualificado, com conhecimentos das leis fundamentais do Brasil, especialmente a relacionadas com a saúde, conhecedor dos costumes e tradições do povo brasileiro. Sei como está organizado o SUS, quais são suas particularidades. Tudo isto foi possível graças ao curso EaD “Especialização em Saúde da família”.

Os aprendizados fundamentais foram sobre organização do Sistema de Saúde no Brasil, os aspectos da constituição da república relacionados com a saúde, os princípios sobre os que descansam o SUS, conheci sobre aspectos epidemiológicos, demográficos, comunitários e das famílias no Brasil. Aprofundei nas equipes ESF, sua estrutura, atribuições dos profissionais. Estrutura da UBS, mobiliários, instrumentais, insumos, medicamento, equipamento, etc. Na prática comunitária tivemos qualificação constante em vários temas como: engajamento público, controle social das comunidades, NASF, AD e suas modalidades, etc. Na prática clínica revisamos vários temas: Asma tratamento, hipertensão no idoso, infecções vaginais, manejo do usuário acamado, dor no usuário com câncer, cefaleia, pré-natal, TB, hanseníases, dengue, etc. Também repassamos os aspectos éticos da investigação, os tipos de investigações que existem, e pusemos em prática uma intervenção onde se implantou uma ação programática. Com ela aprendíamos a organizar-nos melhor, hoje a quase todas as situações da UBS aplicamos os quatro eixos da intervenção: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

Todos estes aprendizados melhoraram a qualificação dos profissionais da equipe da UBS, fazendo-os mais conscientes de seu compromisso com sua comunidade, o que é traduzido numa atenção de saúde, universal, integral, com equidade e, participação comunitária. A intervenção já faz parte da rotina da unidade.

Referências

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

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora MS, 2009.

Apêndices

Apêndice A – Fotografias



Foto 1: UBS ESF " Carmo de Maruanum"



Foto 2: Prefeito e outros gestores municipais na UBS " Carmo de Maruanum"

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
Pro^a Ana Cláudia Gestal 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 C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

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

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ___/___/___

Fenilcetonúria () normal () alterado Hipotireoidismo () normal () alterado Anemia falciforme () normal () alterado Observações: _____

Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ___/___/___ Testes realizados: () PEATE () EOA Resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

Vacinas	CALENDÁRIO VACINAL											
	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____
2ª dose	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____
3ª dose	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____
Reforço	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____	Data ___/___/___ Lote _____ Ass. _____

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para 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