

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses na UBS Dr. Otávio
Dárcio Ferreira, Santo Ângelo/RS**

Lucinda Yamile Tamayo Montano

Pelotas, 2015

Lucinda Yamile Tamayo Montano

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses na UBS Dr.
Otávio Dárcio Ferreira, Santo Ângelo/RS**

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: Ligia Menezes de Freitas

Pelotas, 2015

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

M765m Montano, Lucinda Yamile Tamayo

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a 72 Meses na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira, Santo Ângelo/RS / Lucinda Yamile Tamayo Montano; Lígia Menezes de Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 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. Freitas, Lígia Menezes de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, em especial a minha mãe e meus irmãos, que sempre têm estado do meu lado brindando amor, confiança e paz, fazendo meus dias mais felizes.

Agradecimentos

Aos meus pais, que foram os principais responsáveis pela minha formação, me apoiando com amor e dedicação incondicional.

Aos meus irmãos, que são meus guias, por terem me ajudado nos momentos de estudo, com sabedoria, paciência e compreensão.

Aos profissionais e colegas que participaram do projeto de intervenção, que dedicaram muito tempo e esforço para que este trabalho fosse feito com qualidade.

À orientadora Ligia, que, embora nosso contato tenha sido totalmente virtual, logrou motivar-me com seu profissionalismo e dedicação, me proporcionando seus conhecimentos e contribuindo com meu crescimento profissional. Muito obrigada!

Resumo

MONTANO, Lucinda Yamile Tamayo. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira, Santo Ângelo/RS.** 2015. 86f. 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 à saúde da criança é muito importante para o seu desenvolvimento já que garante a todos os recém-nascidos, lactantes e crianças, boas práticas de atenção, embasadas no seguimento do crescimento e desenvolvimento adequados, desde o nascimento até os 72 meses de vida. Mesmo com significativa redução da mortalidade infantil no Brasil nos últimos anos, ainda é necessário garantir atenção à saúde para todas as crianças brasileiras. Uma vez que, toda criança, sem exceção, tem o direito à vida e à saúde. O presente trabalho é um trabalho de intervenção surgido a partir da necessidade de qualificação da atenção à saúde da criança em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Santo Ângelo/RS. Assim, o objetivo geral deste trabalho foi melhorar a saúde de crianças de zero a 72 meses na UBS/ESF Dr. Otávio Dárcio Ferreira, Santo Ângelo/RS. A intervenção visou, também, refletir a atuação da equipe frente à demanda, na busca de aprender a trabalhar com ações programáticas, incluindo permanente educação aos profissionais assim como informações à comunidade. O projeto teve como objetivos específicos ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e setenta e dois meses, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento à saúde da criança, melhorar os registros das informações, mapear as crianças de risco e realizar atividades de promoção e prevenção em saúde. A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas com minha presença na unidade de saúde e mais 1 semana pela equipe durante minhas férias. Ou seja, desenvolveu-se no período de fevereiro a junho de 2015. Participaram da intervenção as crianças de 0 a 72 meses de nossa unidade de saúde. Desenvolvemos ações nos 4 eixos temáticos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Com a implementação da intervenção, foram cadastradas e acompanhadas 168 crianças, atingindo cobertura de 48%. Ressalta-se que, anterior a intervenção, somente 50 crianças eram acompanhadas na unidade de saúde. O projeto contou, ainda, com a qualificação da equipe. Abordaram-se temas como puericultura, cuidados na primeira semana de vida do bebê, a vacinação, os testes do pezinho e triagem auditiva, o aleitamento materno e os indicadores de saúde. Assim, com a intervenção ampliou-se a cobertura da atenção às crianças evidenciando-se aumento de cobertura, se alcançou a melhoria dos registros e da cobertura vacinal, aumento significativo das consultas nos primeiros 7 dias de vida e o projeto propiciou o aumento da adesão ao programa de suplementação de ferro. Neste momento, nosso maior desafio e desejo é prosseguir com esta e outras ações programáticas para assim melhorar a qualidade de vida de nossa população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da capacitação da equipe realizada na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	53
Figura 2	Fotografia do atendimento clínico realizado na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015.	54
Figura 3	Fotografia do atendimento clínico realizado na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015.	55
Figura 4	Fotografia do atendimento odontológico realizado na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	55
Figura 5	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde da UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	60
Figura 6	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira.	61
Figura 7	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015.	62
Figura 8	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	62
Figura 9	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	64
Figura 10	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015.	65
Figura 11	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IESA	Instituto de Ensino Superior de Santo Ângelo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos do Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
URI	Universidade Regional Integrada

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07/08/2014	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em 23/11/2014	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão	70
4.3 Relatório da intervenção para gestores	71
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Referências	79
Anexos	80

Apresentação

Este trabalho trata-se do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família - Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul. Este trabalho foi elaborado a partir de intervenção em campo com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS/ESF Dr. Otávio Dárcio Ferreira no município de Santo Ângelo/RS. Este volume está ordenado em cinco unidades, organizadas de forma sequenciada e inter-relacionada. Inicialmente, identificamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso citado. Posteriormente, observamos a análise estratégica, identificada por meio do projeto de intervenção que se desenvolveu no decorrer da unidade 2. Na terceira parte do trabalho, está o relatório de intervenção, esta realizada durante 12 semanas de intervenção desenvolvida na unidade 3 do curso. Na quarta parte, encontra-se avaliação dos resultados da intervenção, junto dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, desenvolvidos na unidade 4. Na última parte deste volume, encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final do volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. Ressalta-se que o curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando deu-se início as primeiras postagens para a realização deste trabalho apresentado. A finalização deu-se no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07/08/2014

Meu nome é Lucinda, trabalho na Unidade Básica de Saúde Dr. Otávio Dácio Ferreira, bairro Aliança, localizada na Rua Pedro Vogel, no município Santo Ângelo, RS. É uma unidade grande que conta com uma sala de recepção, duas consultas médicas, uma sala de curativos, uma sala de enfermaria, uma sala odontológica, uma área para cozinha e dois banheiros. A equipe básica de saúde está completa, temos enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, dois agentes comunitários e trabalhamos duas médicas cubanas. Contamos com as salas e os equipamentos suficientes para fazer um bom trabalho. Na nossa unidade se fazem consultas agendadas, consultas de atendimento espontâneo e visitas domiciliares. Atendemos usuários de seis bairros uns pertos do posto, más outros mais longe. As principais doenças dos usuários são as doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão arterial, a Diabetes mellitus, as doenças de tiroide e a hipercolesterolemia e um dos principais problemas encontrados é a polifarmácia, mas já estamos trabalhando para diminuí-lo. A relação entre os integrantes da equipe é muito boa e fazemos um bom trabalho em conjunto, é por isso que a comunidade está muito contente com nosso trabalho e sente-se muito bem acolhida e atendida.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 23/11/2014

Trabalho no Rio Grande do Sul, município Santo Ângelo, o qual tem população de 76.304 habitantes, de acordo com Secretaria Municipal de Saúde do município. Conta com nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) e dez UBS tradicionais. Não tem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas tem disponibilidade de um Centro de Especialidades

Odontológicas (CEO). Embora não seja suficiente a disponibilidade da atenção especializada, existem várias especialidades vinculadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), as mais disponibilizadas são Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Psiquiatria, Psicologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia. Mas, também, conta com Neurologia e Reumatologia, assim como Cardiologia para os casos que precisam de cirurgia. Estas especialidades são oferecidas na própria Secretaria Municipal de Saúde e no Hospital Santo Ângelo. Há dois hospitais disponíveis no município e tem convênio com oito laboratórios, nos quais se realiza uma média de 1.500 exames por mês.

Trabalho na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira, localizada na área urbana, UBS da prefeitura e, também, tem vínculo com duas universidades, a Universidade Regional Integrada (URI) e o Instituto de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA), assim como com o Hospital Santo Ângelo, que, também, tem vínculos com instituições de ensino. Nossa unidade de saúde é uma UBS parametrizada, já que atendemos usuários de vários bairros, sejam ou não da área de cobertura, mas apenas conta com uma equipe de saúde, a qual está integrada por dez profissionais: duas agentes comunitárias de saúde (ACSs), o educador físico, uma dentista, uma enfermeira, duas médicas clínicas gerais, a recepcionista, uma técnica de enfermagem, a auxiliar de limpeza. Importante esclarecer que, há duas semanas, começaram a trabalhar na unidade uma auxiliar de odontologia, nos turnos da tarde, e outra enfermeira três dias na semana.

Nossa unidade de saúde, estruturalmente, conta com a recepção, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de curativos, uma sala de preventivos, um depósito para instrumentos de limpeza e três banheiros. Temos uma ventilação adequada, já que todos os ambientes dispõem de janelas que possibilitam a circulação de ar e a luminosidade natural. Os materiais de revestimento das paredes, tetos e pisos são laváveis e de superfície lisa. Os pisos têm superfície regular, firme e estável. As portas têm dimensões ampliadas que permitem o acesso de pessoas deficientes e com limitações. Os corredores de circulação dos usuários têm largura de mais de 120 cm. A recepção e a sala de espera ficam no mesmo local, mas tem luminosidade adequada e os assentos são suficientes para o pessoal que espera e com bom posicionamento. Os dois consultórios médicos têm dimensão e luminosidade adequadas, boa privacidade para os usuários, tem mesa de escritório e mesa de exame clínico. As salas de curativos e de preventivos têm as dimensões e

os equipamentos necessários para um bom trabalho. Também, é importante assinalar que, há um mês, a Secretaria Municipal de Saúde nos ofertou o antropômetro e a balança para o atendimento das crianças.

Entre as deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho é porque não temos sinalização dos fluxos, não temos espaços e nem banheiros adaptados para as pessoas com deficiência, os corredores de circulação dos usuários não têm rampas, não temos telefone público, não temos bebedouros e nem cozinha, não temos todos os equipamentos da recepção como, por exemplo, telefone e computador. Não temos local destinado a administração e gerência. O consultório odontológico está em um local onde o ruído escuta-se nas outras salas e dificulta o trabalho. O compressor e bomba para o funcionamento do equipamento odontológico ficam em um dos banheiros, já que não temos espaço destinado para isso, e um dos consultórios médicos não tem lavatório para as mãos. O consultório odontológico não tem estufa, o instrumental para as urgências e para manutenção de prótese é insuficiente, não tem instrumental para instalação de próteses, nem para procedimentos cirúrgicos e, também, não tem mocho odontológico. Também, não temos estufa, só contamos com uma geladeira e não é exclusiva para vacinas. Não temos material para sutura, lanterna, microscópio, oftalmoscópio, pinça Pozzi, nem pinça Sheron. Outra das deficiências encontradas é que o sistema de manutenção e reposição do mobiliário ainda é insatisfatório.

A disponibilidade dos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática é péssima, pois não temos conexão com internet, telefone próprio da UBS, caixa de som, câmera fotográfica, câmera filmadora, estabilizador, impressora, gravador de som, projetor de slides nem microcomputador, mas isso não dificulta nosso trabalho, pois já foi tratado este tema com a Secretaria Municipal de Saúde e se acordou que nos facilitaram estes recursos nos próximos meses; enquanto isso utilizamos nossos próprios recursos (telefones e microcomputadores) sempre que é preciso.

Na UBS, o cuidado em saúde da população da área de abrangência é realizado nos domicílios, na unidade de saúde, nas escolas e na associação de bairro. Não são realizadas pequenas cirurgias, nem atendimentos de urgência e emergência. Mas, a enfermeira, a técnica de enfermagem, as agentes comunitárias de saúde, assim como as médicas, realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e programas existentes na UBS e, também, fazem cuidado domiciliar

aos usuários que necessitam receber este cuidado e entre as atividades que são feitas nos domicílios, temos: os curativos, nebulização, educação em saúde, acompanhamento e revisão dos problemas de saúde, aferição da pressão arterial, colocação e troca de sondas e revisão puerperal. Para fazer os encaminhamentos dos usuários a outros níveis do sistema, são utilizados os protocolos, e sempre são respeitados os fluxos de referência e contra referência e se acompanha o plano terapêutico proposto ao usuário nos outros níveis do sistema. Os usuários não são acompanhados em situações de internação hospitalar, sempre são acompanhados em situações de internação domiciliar.

Na unidade, a enfermeira é quem realiza as notificações compulsórias de doença e agravos notificáveis. Temos organizados vários grupos de usuários, entre eles: adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, portadores de hipertensão e diabetes, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico e puericultura. Estamos trabalhando para formar mais grupos de usuários, contudo, já temos realizado atividades com os existentes, os profissionais da equipe que realizam estas atividades são as médicas, a dentista, a enfermeira, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde. Todos os profissionais de saúde da UBS promovem a participação da comunidade no controle social, mas temos que tentar identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe e, para isso, já se começou a trabalhar na busca deles. Na UBS, todos os profissionais têm participado das atividades de qualificação profissional da atenção à saúde, sendo a maioria delas multiprofissionais e focadas na atualização técnica. Também, é importante dizer que, tanto as médicas, como a odontóloga e a enfermeira, participam no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Também, todas as semanas fazemos reunião de equipe, onde participam todos os integrantes e tratamos temas como a construção da agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise dos indicadores.

Em relação à população da área adstrita: contamos na área de abrangência com 7.000 usuários. Ainda não temos bem esclarecida a cifra de usuários pelo sexo e a faixa etária, mas, tendo em conta a revisão feita nos prontuários clínicos existentes na unidade, percebemos que a distribuição da população por sexo e faixa etária concorda com base à distribuição brasileira. Pois, o estimado de nossa população

segundo a revisão dos prontuários médicos é de 3.741 mulheres e 3.259 homens. Ainda, não temos feita a distribuição por idades, mas, tendo um estimado, 40% da população está entre os 10 e 40 anos de idade. Nossa população é muito ampla, mas uma equipe de saúde não é suficiente para atender a toda população e existe excesso de demanda nos serviços de atendimento por problemas odontológicos e problemas clínicos em geral. Estas deficiências já foram tratadas com o pessoal da Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura. Por isso que, há duas semanas, começaram a trabalhar na UBS uma nova enfermeira, três dias por semana, e a auxiliar de odontologia nas tardes, e assim conseguir mais apoio ao nosso trabalho. Também, nos próximos meses, se incorporarão mais três agentes comunitários de saúde.

Em relação à atenção à demanda espontânea: o acolhimento é realizado na recepção, feito pela recepcionista e pela técnica de enfermagem. É realizado todos os dias e em todos os turnos de atendimento. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde têm suas necessidades acolhidas e o tempo que demora é mais de cinco e até dez minutos. A recepcionista sempre fazer acolhimento a todos os usuários que chegam à UBS, no entanto, alguns usuários não são atendidos no mesmo dia devido à alta demanda do dia. Desta forma, os usuários são orientados para agendar para outra data ou procurar outro serviço de saúde. Na unidade, a equipe de saúde conhece e utiliza as avaliações e classificações de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir os encaminhamentos das demandas dos usuários.

Quanto ao atendimento à demanda do usuário para problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento no dia, mas que não se configuram como atendimento imediato pode-se dizer que na minha unidade sempre que os usuários solicitam estas consultas para a enfermeira, ela o oferece e são atendidos no dia já que não existe excesso para este tipo de demanda. Quando os usuários estão com problemas de saúde agudo que precisam de atendimento imediato pela enfermeira sempre são atendidos antes dos trinta minutos de espera, pois, também, não existe excesso de demanda para estas consultas. Os usuários, também, solicitam consultas com as médicas quando têm problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, mas existe excesso nestas demandas, tanto os usuários residentes na área de cobertura da UBS como os residentes fora da área, dos quais não posso precisar o número, mas representam mais o menos 25% total da população. Assim, orientam-se os usuários para retornar outro dia, não obstante quando os problemas de saúde precisam de atendimento imediato sempre são atendidos e não tem que esperar mais

de trinta minutos para consultar com as médicas, pois, para estas demandas de problemas agudos que precisam atendimento imediato não existe excesso.

No caso dos usuários que solicitam consultas para problemas de saúde que precisam atendimento no dia ou atendimento imediato com a dentista, muitas vezes é preciso orientar aos usuários retornar outro dia ou procurar serviços de pronto atendimento, porque há excesso de demanda nos dois casos, tanto dos usuários residentes na área de cobertura da UBS como dos residentes fora da área.

Em relação à saúde da criança, na UBS, se realiza o atendimento de puericultura para os grupos etários de crianças desde o nascimento até os 72 meses, todos os dias da semana e acontece em todos os turnos de atendimento. Realiza-se tanto com as crianças da área de abrangência como com as crianças que moram fora da área de cobertura. Estas últimas representam 16% do total das puericulturas realizadas na unidade, aproximadamente. Neste atendimento, participam o educador físico, a enfermeira, as duas médicas, a dentista e a técnica de enfermagem. Na UBS, temos registrados 16 menores de um ano, o que representa 19% do total que tínhamos que ter, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), tendo em conta a população da área. Mas, as crianças que já estão registradas na unidade têm seguimento adequado, apesar de que só 10 (63%) tem a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias. Mas, 100 % das consultas dos menores de um ano que fazem o seguimento na unidade de saúde em dia, igual acontece com o teste do pezinho, a triagem auditiva, as vacinas em dia e a avaliação da saúde bucal, também o 100% das crianças tem monitorado o crescimento e desenvolvimento em todas as consultas e a todas se brindam orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses da vida e a prevenção de acidentes.

Todos os profissionais utilizam o protocolo de atendimento de puericulturas produzido pelo Ministério de Saúde, publicado no ano 2012, e participam das atividades realizadas com dois grupos de puericultura existentes na unidade. Embora não participem todas as crianças, pois, tem 10% de mães que não trazem as crianças aos grupos, o que constitui uma deficiência. Mas, já temos trabalhado com as mães e temos explicado a importância de participar destes grupos feitos tanto no âmbito da UBS, como nas escolas e na associação de bairro, para um melhor desenvolvimento das crianças e as mães fizeram o compromisso de assistir aos grupos. Após as consultas de puericultura, as crianças sempre saem com a data da próxima consulta programada. Além destas consultas existe demanda de crianças para atendimento de

problemas de saúde agudos, tanto da área de cobertura como fora, para os quais sempre se oferece este serviço, já que não existe excesso da demanda nestes atendimentos.

Na UBS, temos aspectos positivos no trabalho com a puericultura, pois, é realizado o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, assim como atividades de prevenção de anemia, violência e do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental e o teste do pezinho. Os profissionais utilizam classificações para identificar as crianças de alto risco e, também, utilizam protocolos para regular o acesso das crianças a todos os níveis do sistema de saúde. Os atendimentos às crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico, no formulário especial da puericultura e nas fichas de atendimento odontológico e existe um arquivo específico para estes registros, o qual é revisado semanalmente pelas duas médicas e pela enfermeira com a finalidade de verificar as crianças faltosas e a completude de registros, identificar procedimentos em atraso e crianças de risco e avaliar a qualidade do programa. Nas consultas de puericultura os profissionais sempre solicitam a caderneta da criança para preencher nela as informações atuais, conversam com o responsável sobre as dicas da alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco nesta curva e também chamam atenção para a data da próxima vacina. Na UBS, não existe o programa bolsa família e nem outros programas do Ministério de Saúde, também, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura.

Na unidade de saúde, se realiza o atendimento pré-natal todos os dias da semana e acontece em todos os turnos de atendimento. Este serviço é realizado tanto às gestantes que moram na área de abrangência da UBS como às que moram fora desta, pois das 18 gestantes que temos em consulta, quatro (4) não são da área da cobertura da UBS. De acordo com as estimativas do CAP, na unidade, estão sendo atendidas 18 gestantes (17%), destas, 10 (56%) foram captadas no primeiro trimestre da gestação, mas as 18 (100%) têm as consultas em dia e os exames complementares foram indicados na primeira consulta; 100% têm a vacinação atualizada e o exame ginecológico por trimestre e foram avaliadas pela dentista, o sulfato ferroso é prescrito segundo o protocolo de atenção pré-natal e todas são orientadas sobre o aleitamento exclusivo. Quanto ao puerpério, na UBS tivemos 9

partos (11%) nos últimos doze meses, 8 (89%) consultas puerperais foram realizadas antes dos 42 dias depois do parto, mas todas é dizer, o 100%, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, o aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Também, tiveram examinadas as mamas e o abdome, tiveram realizado o exame ginecológico e seu estado psíquico foi avaliado. O atendimento é feito pelas médicas, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e pelo educador físico, os quais usam o protocolo de atendimento pré-natal existente no posto, atualizado no ano 2012 e realizam, mensalmente, atividades com o grupo de gestantes no âmbito da UBS e na associação de bairro.

Após as consultas, as gestantes saem com a data da próxima consulta agendada. Embora que às vezes exista demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos, tanto as da área de cobertura da UBS, como as de fora da mesma, sempre são atendidas, já que não existe excesso de demanda destes casos. Na UBS, se utilizam as avaliações e classificações do risco gestacional, assim como os protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial do pré-natal e na ficha de atendimento odontológico, para os quais existe um arquivo específico que é revisado semanalmente pelas médicas e pela enfermeira com a finalidade de verificar as gestantes faltosas e a completude dos registros, identificar as gestantes em data provável de parto e com pré-natal de risco e para avaliar a qualidade do programa.

Em todas as consultas são preenchidas todas as informações atuais da gestante na carteira de pré-natal e se conversa com a usuária sobre as dicas do aleitamento saudável, os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, os cuidados com o recém-nascido, a anticoncepção no pós-parto, a importância da vacinação, da avaliação da saúde bucal, da atividade física e se recomenda a revisão puerperal até os primeiros sete e entre 30 e 42 dias do pós-parto. Na UBS, existe o programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e quem se responsabiliza pelo cadastramento das gestantes no Programa e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é a enfermeira. Além do que, as gestantes e as puérperas da UBS tem um seguimento adequado, ainda existem algumas deficiências, pois não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento e o principal problema é o baixo per cento das grávidas e das puérperas que estão sendo acompanhadas na UBS em relação com a população que

atendemos. Isto é devido ser UBS parametrizada onde, ainda, não foi terminado o mapeamento de todos os bairros que tem que ser atendidos pela minha equipe, mas já temos trabalhado muito para resolver este problema no menor tempo possível. Estamos fazendo visitas domiciliares todas as semanas nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, onde se coletam os principais dados e doenças dos usuários, para assim conseguir ter maior controle da população e, também, temos feito reuniões com representantes da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, onde foram tomados como acordos a finalização do mapeamento dos bairros da área de cobertura da UBS antes que termine o presente ano, assim como a incorporação de mais agentes comunitários de saúde à equipe.

Na UBS, se realiza a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico, nas tardes das quartas e quintas-feiras, é feito pela enfermeira, e se faz tanto às mulheres da área de cobertura como às que moram fora desta, estas últimas representam 25%. Na UBS, estão registradas 978 mulheres entre 25 e 64 anos o que representa 51% das que tínhamos que ter tendo em conta a população da área de cobertura; das quais 732 (75%), tem feito o exame citopatológico em dia, ainda um 11%, é dizer, 112 usuárias, tem atraso de mais de 6 meses e três tiverem o exame alterado, mas com bom seguimento, pois, na UBS é registrado o telefone das usuárias que realizam os exames para, em caso de positividade, localizá-las no menor tempo possível. Todas as usuárias têm avaliação de risco e são orientadas sobre a prevenção do câncer de colo uterino e sobre as doenças de transmissão sexual. Também, estão registradas 463 mulheres entre 50 e 69, o que representa um 64%, das quais 359 tem a mamografia em dia, para 78%, e 47 tem mais de três meses de atraso o que representa 10%. Embora estejam baixos os indicadores de qualidade, 100% destas usuárias tem avaliação de risco e são orientadas sobre a prevenção do câncer de mama.

Tanto a enfermeira, como a técnica de enfermagem e as médicas aproveitam seus contatos com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino. Os tipos de rastreamento deste câncer utilizados na UBS são oportunístico e organizado. Para a prevenção do câncer uterino, as médicas, a enfermeira e a técnica de enfermagem utilizam o protocolo produzido pelo Ministério de Saúde e publicado no ano 2013. Os fatores de risco para o câncer de colo uterino são investigados pelos profissionais em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Nos últimos três anos, foram identificadas três mulheres com exame

citopatológico alterado e todas tiveram o seguimento adequado. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta são registrados no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico, os quais são guardados em um arquivo específico que é revisado mensalmente pela enfermeira e as médicas com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, a completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

A equipe realiza atividades com grupos de mulheres duas vezes por mês no âmbito da UBS e na associação de bairro, nelas participam a enfermeira, as médicas, a técnica de enfermagem, a dentista e o educador físico. Quanto ao rastreamento do câncer de mama, é feito todos os dias e em todos os turnos de atendimento, tanto a mulheres da área de cobertura como às que moram fora da mesma, as que representam o 25%, estas ações são realizadas pela enfermeira e pelas médicas, as quais aproveitam o contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama e o rastreamento é tanto oportunístico quanto organizado.

Na UBS, existe um protocolo de controle do câncer de mama produzido pelo Ministério de Saúde e publicado no ano 2013, o qual é usado pela enfermeira, pela técnica de enfermagem e pelas médicas. Os fatores de risco para o câncer de mama são investigados pelos profissionais em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento. Nos últimos três anos, foram identificadas duas mulheres com mamografia alterada, as quais foram acompanhadas de acordo com o protocolo. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial, os quais são guardados em um arquivo específico que é revisado mensalmente pela enfermeira e as médicas com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina em atraso, acompanhar as mulheres com exame alterado, verificar a completude de registros e avaliar a qualidade do programa. Apesar dos sucessos apresentados, ainda temos deficiências, pois, não existem profissionais encarregados do planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento destas ações, e o índice de usuárias atendidas ainda é baixo tendo em conta o número de habitantes da área de cobertura.

Na UBS, se realiza atendimento de adultos portadores de HAS e DM todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento tanto aos usuários da área de cobertura como aos que moram fora da mesma, estes últimos representam 25%. Na UBS, temos identificados 1.173 usuários com hipertensão com mais de 20 anos, o

que representa 75% do total que tínhamos que ter tendo em conta a população que atendemos, destes usuários, 735 têm os exames complementares periódicos em dia (63%) e 438 ainda têm atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, o qual representa 37%. Mas, 100% dos usuários têm realizada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, tem recebido orientações nutricionais e a importância da prática de atividades físicas e também, o 100% tem avaliação da saúde bucal. Quanto aos usuários com diabetes mellitus, temos identificados 329 usuários com mais de 20 anos que são acompanhados na unidade, o que representa 74% dos usuários. Destes, 34%, é dizer, 113 usuários, têm atraso de mais de sete dias nas consultas agendadas, 216 tem os exames complementares periódicos em dia (68%); 308 usuários têm realizado o exame dos pés, assim como a medida da sensibilidade dos mesmos e a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses o que representa 94%.

Todos os usuários com diabetes, registrados na UBS tem recebido avaliação da saúde bucal e orientações sobre nutrição saudável e prática de exercícios físicos. Entre os sucessos da equipe, neste aspecto, temos que, no atendimento destes usuários participam o educador físico, a enfermeira, as duas médicas, a dentista e a técnica de enfermagem. Após da consulta os usuários sempre saem da consulta com a data da próxima consulta agendada. Além das consultas programadas para acompanhamento dessas doenças, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e ao DM na área de abrangência e na área fora de cobertura. No caso da DM, não existe excesso de demanda, mas no caso da HAS, sim, existe excesso, mas a equipe lida com este excesso, pois umas vezes o usuário é atendido mesmo tendo excedida a capacidade, outras vezes, se agenda o atendimento para outra data e, no menor dos casos, é orientado para que procure outro serviço de saúde. Na UBS, existem protocolos de atendimento para usuários com HAS e DM, os quais foram produzidos e publicados no ano 2013 pelo Ministério de Saúde. Estes protocolos são utilizados por todos os profissionais da equipe para o atendimento dos usuários. No cuidado aos adultos portadores dessas enfermidades são desenvolvidas diferentes ações como o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e do sedentarismo, também se utilizam classificações para estratificar o risco cardiovascular dos usuários e são utilizados protocolos para regular o acesso dos usuários para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e

para atendimento em pronto-socorro. Os atendimentos dos usuários são registrados no prontuário clínico, no formulário especial e na ficha de atendimento odontológico. Para estes registros existe um arquivo específico que acostuma ser revisado trimestralmente pela enfermeira e pelas médicas com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS e DM de risco e avaliar a qualidade do programa.

Na UBS, existe o programa HiperDia do Ministério de Saúde, a responsável pelo cadastramento dos adultos no programa e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é a enfermeira. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM no âmbito da UBS e na associação de bairro, são realizados dois grupos de HAS e um grupo de DM, em média por mês, com participação de mais dos 95% em cada caso. Nessas atividades, participam o educador físico, a enfermeira, as médicas, a dentista e a técnica de enfermagem. Ainda temos deficiências, pois não tem sido captada a totalidade dos usuários com hipertensão e diabetes da área, mas se está fazendo visita domiciliar conjuntamente com as agentes comunitárias e assim ir captando os usuários que ainda não tem consultado na UBS, também fazemos reuniões semanalmente na unidade nas quais participam todos os profissionais da equipe e onde se tratam temas como o seguimento dos usuários com diabetes e hipertensão para conseguir que assistam às consultas na data programada, se realizem os exames no tempo certo e sejam avaliados com a periodicidade estabelecida para evitar a aparição de complicações futuras. Outra deficiência é que na UBS não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento dos atendimentos aos usuários com HAS e DM.

No atendimento aos usuários idosos, também, temos muitas coisas boas, é feito todos os dias da semana e acontece em todos os turnos de atendimento, tanto aos usuários da área de cobertura como aos que moram fora da mesma, estes últimos representam um 15% do total registrado. Após da consulta, o idoso sempre sai com a data da próxima consulta programada agendada, mas existe demanda para problemas de saúde agudos, para os quais sempre se oferece atendimento, pois não existe excesso de demanda destes usuários. Na minha UBS, existe um protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério da Saúde e publicado no ano 2013, este protocolo é utilizado pelas médicas, pela enfermeira, pela dentista, pela técnica

de enfermagem e pelo educador físico. Na UBS, são desenvolvidas ações para o cuidado do idoso, entre elas, a promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, e da saúde mental, também se faz diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal. São utilizados protocolos para regular os encaminhamentos dos idosos para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro. Os atendimentos dos usuários com mais de 60 anos de idade são registrados no prontuário clínico, no formulário especial e na ficha de atendimento odontológico, os que são guardados em um arquivo específico que acostuma ser revisado semestralmente pela enfermeira e pelas médicas, com a finalidade de verificar idosos faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar idosos de risco e procedimentos em atraso e avaliar a qualidade do atendimento. Sempre é avaliada a Capacidade Funcional Global do Idoso por ocasião do exame clínico e sempre se explica aos idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a Hipertensão arterial, a diabetes mellitus e a depressão. Na UBS, existe caderneta de saúde da pessoa idosa, a qual é solicitada nos atendimentos, e sempre que está disponível, são preenchidas as informações atuais dos usuários, já seja pelas médicas ou pela enfermeira. Todos os integrantes da equipe participam nas atividades com grupos de idosos, realizadas no âmbito da UBS e na associação de bairro. Em média, por mês, são realizados dois grupos, com participação de 98% dos usuários. Na UBS, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, e tanto as médicas como a enfermeira realizam este cuidado. Ainda temos a deficiência de que não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento dos atendimentos aos idosos. Dos 657 (69% de acordo com o CAP) idosos registrados na UBS, 100% tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; todos têm realizada a Avaliação Multidimensional Rápida, a avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a orientação para atividade física regular e a avaliação da saúde bucal em dia. Entre todos os idosos, 473 (72%) têm hipertensão arterial e 96 (15%) têm diabetes mellitus, mas não a totalidade dos usuários tem as consultas em dia, pois, ainda tem 26% que tem atraso nas consultas programadas. Alguns porque estão fora da área nesse momento, e outros, porque não vão à consulta na data

programada. Mas, já estamos procurando com a ajuda das ACSs para fazer os atendimentos no menor tempo possível e eliminar o atraso.

Quanto à saúde bucal, em nossa UBS podemos dizer que a unidade conta com um consultório odontológico com os equipamentos necessários para oferecer à população um bom atendimento. A equipe conta com uma dentista, mas não temos auxiliar de odontologia, assim, a dentista tem que trabalhar sozinha. Nossa área de abrangência é muito ampla e com grande número de pessoas. Assim, a demanda para esse serviço é muito grande e não se consegue avaliar todo esse excesso. Mas, na maioria dos casos, os usuários que procuram o atendimento e não são atendidos no mesmo dia são agendados para outro dia e nos casos em que necessita de atendimento imediato são encaminhados para outros centros de referência. Embora tenhamos essas dificuldades no serviço odontológico, a equipe tem tomado estratégias para que a população se sinta bem atendida, dando-se prioridade no atendimento aos grupos mais vulneráveis como crianças, gestantes e idosos.

A UBS tem população muito grande e uma equipe de saúde não é suficiente para um ótimo atendimento, o qual constitui nosso maior desafio. Mas, estamos trabalhando bastante com os recursos tanto materiais como humanos para oferecer a nossa população o serviço que merece. Apesar das deficiências, que ainda apresentamos, pois, o mapeamento da área de abrangência ainda não está terminado e precisamos de mais profissionais para melhorar os indicadores, seguimos trabalhando para aumentar o número de usuários assistidos na UBS, principalmente, gestantes e crianças, pois, os que estão sendo acompanhados na UBS representam cifras muito baixas tendo em conta a totalidade da população. Já temos alcançado alguns avanços, pois, incrementamos as visitas domiciliares em todos os bairros para captar a população que ainda não está registrada na UBS, também, estamos fazendo palestras na comunidade e trabalho com os grupos de usuários existentes na unidade para diminuir a carga de usuários nas consultas e ter mais tempo para as demandas dos problemas agudos. Recebemos apoio por parte da Secretaria Municipal de Saúde, pois, já neste mês, incorporaram-se mais uma enfermeira e uma auxiliar de odontologia. Embora que não estão conosco o tempo completo, no horário em que trabalham na unidade de saúde participam em todas as atividades realizadas tanto no âmbito da UBS como fora da mesma. Quando iniciamos o curso na unidade foram encontradas muitas deficiências, as salas da UBS não tinham sinalização, não se faziam visitas domiciliares, não tínhamos grupos de usuários formados, entre outras.

Mas, é importante assinalar que, com o transcurso da universidade, muitas dessas deficiências foram resolvidas. Com nossos próprios recursos, conseguimos colocar sinalização em todas as salas da unidade, a equipe se integrou para trabalhar, em conjunto, nas atividades da UBS; se formaram vários grupos de usuários como trabalhamos todos os profissionais. Todos os meses são feitas palestras na comunidade e começamos a fazer visitas domiciliares, as quais têm sido aumentadas nas últimas semanas. Ainda temos muitas coisas por melhorar, mas acho que estamos no caminho certo. Com apoio e recursos da Secretaria Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e da prefeitura, poderão ser diminuídas as dificuldades, ainda mais, para mudar os estilos de vida que provocam efeitos negativos na saúde do povo para, assim, melhorar a qualidade de vida da população que atendemos.

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

Realizando comparação entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, podemos afirmar que, toda equipe, adquiriu muito conhecimento quanto às condições de qualidade que a UBS deve funcionar.

No texto inicial, sem sistematização ou organização adequada, não foram analisados todos os programas oferecidos, verificadas nossas coberturas, nem estimativas. Também, não havia nos atentados sobre os indicadores de qualidade como vimos no relatório completo. Não tínhamos observado sobre a qualificação da equipe e sobre os registros. O relatório nos proporcionou sistematização das informações e analisar, detalhadamente, todas as ações realizadas pela equipe. Observar e analisar sobre espaço de trabalho e, também, nosso processo de trabalho. A partir daí, analisar, de forma reflexiva, os funcionamentos da nossa unidade de saúde. Foi possível verificar, com atenção, os sucessos do nosso serviço, mas, também, as deficiências que precisam ser melhoradas para nós e todo o povo.

Importante, também, que, no tempo transcorrido, desde a realização do texto inicial até fazer este relatório, na UBS tem tido mudanças que tem ajudado na melhoria e ampliação de nosso serviço. O número de integrantes da equipe aumentou num tempo, pois, começaram a trabalhar com a gente um auxiliar de odontologia e outra enfermeira, mas, no último mês da intervenção, tanto a auxiliar odontológica como a

nova enfermeira foram transferidas para outra unidade de saúde. Criaram-se os grupos de usuários segundo suas enfermidades e as atividades com os mesmos começaram a ser sistematizada com uma frequência mensal. Também, se incrementaram os horários para as visitas domiciliares e começamos a realizar palestras na comunidade todos os meses.

A Secretaria Municipal de Saúde nos facilitou o antropômetro e a balança para o atendimento das crianças podendo, assim, manter seguimento adequado do peso e crescimento das crianças nas consultas. Os ACSs passaram a utilizar ficha espelho da caderneta da criança entre zero e dois anos, as quais foram avaliadas em todos os fechamentos mensais. As reuniões da equipe passaram a ser duas vezes ao mês, com cronograma feito até o fim de ano e registrando tudo em ata.

Todas estas atividades não se faziam na UBS quando fizemos o texto inicial, mas com o trabalho em conjunto de todos os integrantes da equipe temos alcançado ampliar nosso trabalho e com isso temos melhorado o atendimento à população, pelo que cada dia são mais os usuários cadastrados na UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O atendimento à saúde da criança é muito importante para o seu desenvolvimento já que garante a todos os recém-nascidos, lactantes e crianças, boas práticas de atenção, embasadas no seguimento do crescimento e desenvolvimento adequados, desde o nascimento até os 72 meses de vida. Nas consultas de puericultura, é onde o médico, conjuntamente com a equipe, podem avaliar vários aspectos no desenvolvimento da criança com olhar biopsicossocial não só para a criança, mas, também, para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família. Com a puericultura se avalia o crescimento e desenvolvimento das crianças de forma periódica (BRASIL, 2012). Mesmo com a significativa redução da mortalidade infantil no Brasil nos últimos anos, ainda é necessário garantir atenção à saúde para todas as crianças brasileiras. Uma vez que, toda criança, sem exceção, tem o direito à vida e à saúde (BRASIL, 2012).

A unidade de saúde Dr. Otávio Dárcio Ferreira, em relação à estrutura, conta com a recepção, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de curativos, uma sala para coleta de preventivos, um depósito para instrumentos de

limpeza e três banheiros. A equipe de saúde está integrada por duas ACSs, uma auxiliar de dentista, uma dentista, o educador físico, duas enfermeiras, duas médicas clínicas gerais e uma recepcionista. Em relação à população da área adstrita, contamos na área com 7.000 usuários, 3.741 são mulheres e 3.259 são homens. Na unidade, temos total de cinquenta crianças cadastradas entre zero e 72 meses que assistem às consultas de puericultura, sendo que dezesseis (19%) são menores de um ano. Nossa maior deficiência é que 10 crianças (63%), somente, tiveram a primeira consulta de puericultura antes dos 7 dias de vida. Embora a unidade conte com duas médicas, contamos com uma equipe só. Não temos pessoal suficiente para formar duas equipes. Também, é importante apontar que como o mapeamento da área ainda não foi terminado e as duas médicas estão atendendo a toda a população.

Na UBS, a população alvo estimada para nossa área adstrita é de 317 crianças entre 0 a 72 meses. No entanto, nossa população atendida pela unidade de saúde é 50 crianças até os seis anos, número muito baixo. Mas, todas as crianças cadastradas na unidade assistem às consultas e atividades desenvolvidas na UBS. Atualmente, somente 10 crianças (63%) até um ano têm a primeira consulta de puericultura na primeira semana. Mas, conseguimos realizar com todas as crianças (16 menores de um ano) a triagem auditiva, teste do pezinho até sete dias de vida, vacinação em dia, avaliação da saúde bucal, monitoramento de crescimento e desenvolvimento. Nas ações de promoção em saúde, que já são desenvolvidas na UBS, temos ações de prevenção de anemia e da violência; orientações para aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal.

Na UBS, apesar das crianças já cadastradas terem um bom seguimento, o índice de cobertura das crianças ainda é muito baixo. E, ainda, existem atrasos na realização da primeira consulta antes dos sete dias de vida. Com a realização desta intervenção, temos como objetivo ampliar a cobertura do programa de saúde da criança, nossa meta é ampliar a cobertura da atenção à saúde para, ao menos, 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde. Para a realização de nossa intervenção, temos algumas dificuldades, pois o mapeamento da área de abrangência ainda não foi terminado, apenas contamos com uma equipe de saúde para uma população de 7.000 usuários. Na UBS, apenas trabalham duas ACS e, devido à alta demanda das consultas, as visitas domiciliares não são com a periodicidade necessária. Apesar destas dificuldades, temos facilidades que nos ajudarão para a realização de nosso projeto, pois, contamos com

o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, assim como de todos os gestores. Temos, também, uma boa relação entre todos os integrantes da equipe, o que permite fazer um bom trabalho em conjunto e apesar de contar com uma equipe de saúde só, temos duas médicas clínicas gerais na unidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses da UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira, Santo Ângelo/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% 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 da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Otávio Dárcio Ferreira, no município de Santo Ângelo/RS. Participarão da intervenção todas as crianças de zero a 72 meses cadastradas e acompanhadas na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira durante a intervenção aqui citada.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Realizaremos o monitoramento das ações do programa saúde da criança semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão ficha específica da unidade, caderneta da criança, ficha de vacinação e ficha espelho. Assim, a cada semana, em reuniões agendadas, a enfermeira e a médica farão checagem dos registros quanto às crianças cadastradas e dos registros citados. Desta forma, será verificada a data da próxima consulta e se comunicarão aos agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana. Para alcançar a meta de cobertura, será providenciado o cadastramento da população da área e as crianças na faixa etária do programa serão priorizadas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão realizadas o cadastramento das crianças entre zero e 72 meses da área adstrita e será priorizado o atendimento das crianças. Assim, o acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Crianças que chegam a consulta pela primeira vez serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação das crianças. Crianças que buscam consultas de puericultura de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A comunidade será esclarecida sobre o programa de saúde da criança e quais são seus benefícios. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs e membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, em todas as consultas/atendimentos realizadas por toda a equipe. Serão utilizados, também, textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim de esclarecer e para captação precoce e prevenção de intercorrências.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos a equipe para realizar o acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitaremos, também, a equipe sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre o

programa de saúde da criança. Nossa capacitação será realizada no início da intervenção para melhor nos programarmos. Utilizaremos os protocolos do ministério da saúde, ano 2012, faremos encontros mensais e quem realizará a capacitação será a enfermeira.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. A enfermeira com o apoio do gestor fará semanalmente uma revisão dos novos nascimentos pertencentes à área de abrangência e se estabelecerá um registro destes casos para um melhor controle.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. As duas ACSs realizarão semanalmente a busca ativa das crianças nascidas na semana em curso e que ainda não tiverem comparecido à consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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. A médica realizará palestras na comunidade mensalmente para orientar às mães sobre a importância de assistir à primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias após do parto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Realizar-se-á uma capacitação sobre o Protocolo de Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. A médica e a enfermeira revisarão semanalmente os prontuários das crianças para avaliar a curva de crescimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Mensalmente, serão revisados os materiais para realização das medidas antropométricas pelo pessoal especializado para garantir o funcionamento adequado dos mesmos, a responsável será a enfermeira. A médica com apoio do gestor imprimirá a versão mais atualizada do protocolo para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde. Padronizar a equipe na realização das medidas. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. A enfermeira fará treinamento à técnica de enfermagem e o resto da equipe da realização das medidas de peso e comprimento da criança e o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar as crianças com déficit e excesso de peso. As médica e enfermeira revisarão semanalmente os prontuários das crianças para identificar as crianças com déficit e excesso de peso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso. A médica será responsável pela elaboração de um registro das crianças com déficit de peso que será revisado pela mesma semanalmente para maior controle destes casos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. A enfermeira fará treinamento à técnica de enfermagem e o resto da equipe da realização das medidas de peso e comprimento da criança e o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. As médica e enfermeira revisarão semanalmente os prontuários das crianças para identificar as crianças para avaliar o desenvolvimento neuro-cognitivo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento. A médica elaborará uma ficha de acompanhamento das crianças com atraso no desenvolvimento as quais serão encaminhadas ao especialista para diagnóstico e tratamento nos primeiros 15 dias após da detecção do atraso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança. Capacitar a equipe para o preenchimento da ficha de desenvolvimento. A enfermeira será a responsável pela capacitação da equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e o preenchimento da ficha de desenvolvimento. O qual será feito na próxima reunião da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas. Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. A enfermeira revisará a carteirinha de vacinação da criança em cada consulta para identificar as crianças com vacinas atrasadas ou incompletas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Realizar controle da cadeia de frio. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque. Na unidade não temos sala de vacinas, mas o gestor garantirá a disponibilidade de vacinas no centro de vacinação mais próxima a nossa unidade e o atendimento imediato às crianças que precisam ser vacinadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. A médica informará aos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e aonde têm que ir para vacinar às crianças, estas informações serão dadas na própria consulta de puericultura.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento. A enfermeira será a responsável de capacitar ao resto da equipe sobre vacinação nas reuniões da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. A médica e a enfermeira revisarão os prontuários das crianças para identificar aqueles que receberem suplementação de ferro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a dispensação do medicamento (suplemento). A enfermeira será a responsável de fazer mensalmente pedidos à Secretaria Municipal de Saúde medicamentos, especificamente de suplemento de ferro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. A médica, nas palestras que serão feitas mensalmente na comunidade, orientará aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar as médicas para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde. As duas médicas da equipe estudarão uma parte das recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério de Saúde e exporão o conteúdo estudado na reunião da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva. A médica revisará os cartões das crianças quinzenalmente para identificar se foi feita a triagem auditiva.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo. A enfermeira será a responsável de fazer o agendamento no primeiro mês de vida às crianças que não tenham realizado o teste no hospital após do nascimento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. A médica explicará nas palestras que serão feitas na comunidade a importância da realização do teste auditivo. Estas palestras terão uma frequência mensal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Orientar as médicas sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança. As médicas estudarão no protocolo, o tema relacionado à triagem auditiva, e exporão o estudado numa das reuniões da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos sete dias de vida. A médica revisará semanalmente os prontuários das crianças para identificar as crianças que não fizeram o teste no hospital.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. A enfermeira será a responsável de fazer o teste a todas as crianças nos primeiros sete dias após do nascimento. As ACSs farão a busca ativa destas crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida. As médicas orientarão nas atividades de grupo com as gestantes e nas palestras feitas na comunidade, sobre a importância de fazer o Teste do Pezinho nos primeiros sete dias de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação. A enfermeira se encontra capacitada para realizar o teste pelo que é a encarregada de fazer o mesmo.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência. Fazer um levantamento mediante exame bucal, aos 100 % das crianças, da necessidade de atendimento odontológico. O levantamento será feito pela odontóloga.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O acolhimento será feito pela técnica de enfermagem, as crianças terão prioridade no atendimento e se estabelecerão as sextas-feiras como dia para atendimento odontológico das crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade. A odontóloga realizará palestras na comunidade mensalmente onde informará a importância da avaliação da saúde bucal das crianças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade. A dentista será a responsável de capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade. A capacitação será feita nas reuniões de equipe.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

mediante a revisão das fichas odontológicas fará um levantamento das crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade. Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. O acolhimento será feito pela técnica de enfermagem, as crianças terão prioridade no atendimento e se estabelecerão as sextas-feiras como dia para atendimento odontológico das crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. A equipe colocará painéis na UBS para informar à população os horários específicos de atendimento odontológico das crianças nas sextas-ferias. Nas palestras a odontóloga informará à comunidade a importância da saúde bucal nas crianças assim como suas prioridades no atendimento.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência. A dentista será a responsável de capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade. A capacitação será feita nas reuniões de equipe.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas. Monitorar o cumprimento da

periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Revisar os registros das crianças mensalmente para buscar os usuários que corresponde consultas. Revisar semanalmente o livro de agendamentos. Revisar os prontuários das crianças mensalmente em busca de usuários faltosos às consultas. As revisões serão feitas pela médica e pela enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. Fazer visitas domiciliares duas vezes por semana em conjunto com a técnica de enfermagem e as ACS para buscar os usuários faltosos a consultas e agendar novas consultas para eles.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança. A médica fará palestras educativas na comunidade sobre importância das consultas e seguimentos para um controle adequado das crianças. Também, vai informar pessoalmente aos pais e responsáveis sobre a importância do seguimento contínuo das crianças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança. A médica será responsável de debater nas reuniões de equipe os protocolos de seguimentos das crianças e treinar às ACSs na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. A enfermeira revisará quinzenalmente os registros das crianças cadastradas na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Preencher SIAB/folha de acompanhamento. Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. A equipe estará

capacitada para o preenchimento dos dados na ficha de acompanhamento e a enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. A médica orientará nas palestras à comunidade os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. A enfermeira será a responsável de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. O treinamento será feito nas reuniões da equipe.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. A médica revisará quinzenalmente os registros das crianças para identificar as crianças de alto risco existentes na comunidade e as que são acompanhadas nas UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco. As crianças de alto risco terão prioridade no atendimento, quando precisem atendimento, no agendamento terá prioridade sendo a demora menor de três dias. A médica identificará na ficha de acompanhamento às crianças de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. A médica informará à comunidade nas palestras e atividades com os grupos os fatores de risco para morbidades na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. A médica realizará uma capacitação da equipe sobre a identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. A capacitação vai ser feita nas reuniões de equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho. A médica revisará em todas as consultas o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. As médicas e a enfermeira serão responsáveis em cada consulta de puericultura orientar aos pais e responsáveis das crianças sobre os cuidados para evitar acidentes na infância. As ACSs nas visitas domiciliares explicarão para os pais os riscos que podem facilitar a ocorrência de acidentes nas crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. Realizar-se-ão palestras na comunidade mensalmente, onde participarão as médicas, a enfermeira e as ACSs onde se tratarão temas referentes à prevenção dos acidentes na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção. Nas reuniões da equipe as médicas exporão para os membros da equipe os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1a consulta. Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos. A

enfermeira revisará quinzenalmente os prontuários para identificar as crianças com aleitamento materno. As ACSs nas visitas domiciliares comprovarão quais crianças tem o aleitamento materno, estas visitas terão uma frequência mensal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. A técnica de enfermagem e as médicas serão a responsável de oferecer as mães nas consultas orientações sobre a importância do aleitamento materno. As ACSs o farão nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. As médicas oferecerão nas consultas orientações aos pais sobre a importância do aleitamento materno, as ACSs oferecerão estas informações aos pais nas visitas domiciliares. Também se tratarão estes temas nas palestras na comunidade e nas atividades com grupos de gestantes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". A enfermeira será a responsável de capacitar ao resto da equipe no aconselhamento e as técnicas do aleitamento materno exclusivo. Isto será feito numa das reuniões da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento. A enfermeira revisará quinzenalmente os prontuários e fichas de acompanhamento para monitorar que o 100% tenham registradas as orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional. A técnica de enfermagem e as médicas serão a responsável de oferecer as mães nas consultas orientações nutricionais segundo a faixa etária das crianças. As ACSs o farão nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. As médicas oferecerão aos pais, nas consultas, orientações nutricionais das crianças segundo sua faixa etária, as ACSs oferecerão estas informações aos pais nas visitas domiciliares. Também se tratarão estes temas nas palestras na comunidade e nas atividades com grupos de gestantes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. A enfermeira será a responsável de capacitar ao resto da equipe sobre a orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. Isto será feito numa das reuniões da equipe.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas coletivas. A odontóloga revisará mensalmente os registros das atividades educativas coletivas feitas com as crianças para fornecer orientações sobre a higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Organizar todo material necessário para essas atividades. Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades. Vão se realizar mensalmente palestras na escola, a dentista será a responsável pela organização dos conteúdos a serem trabalhados nestas atividades e pela organização das listas de presença dos escolares que participem nas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Colocar-se-ão painéis na UBS com informações sobre a saúde bucal, se darão responsabilidades a membros da escola

e da creche, na organização das atividades educativas e preventivas feitas nestes centros e a dentista realizará palestras na comunidade mensalmente para promover e orientar os cuidados da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade. Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche. A dentista será a responsável pela capacitação da equipe para realização de ações de promoção nas reuniões da equipe, também capacitará aos responsáveis pelo cuidado da criança na creche, em atividades educativas e palestras feitas no centro.

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 50% 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 zero e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de 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.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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 seis e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

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

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança

Metas 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 seis a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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 Protocolo de Saúde da Criança, Ministério da Saúde, ano 2012. Utilizaremos a caderneta da criança, a carteirinha de vacina da criança e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso. O monitoramento da intervenção será realizado por meio dos registros, ficha espelho e planilha de coleta de dados elaborada pelo curso. O monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção será realizado pela equipe durante nossa reunião, mensalmente. Estimamos alcançar com a intervenção 175 crianças, de acordo com as estimativas da planilha de coleta de dados (Vigitel), uma vez que o CAP não fornece estimativa de crianças de zero a 72 meses. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 175 fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as crianças que vieram ao serviço para puericultura nos últimos 3 meses. A 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, testes, triagem e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de saúde da criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Esta capacitação será realizada nas duas primeiras semanas da intervenção e serão incluídos temas como o acolhimento, saúde da criança, preenchimento de informações no cartão da criança, treinamento das técnicas para a realização das medidas de peso e altura das crianças, treinamento das ACSs na busca de crianças faltosas, avaliação de necessidade do

serviço odontológico, a realização do teste do pezinho e orientações sobre promoção de saúde às crianças.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas-espelho das crianças, identificando aquelas que estão com consultas e/ou vacinas em atraso. As duas agentes comunitárias de saúde farão busca ativa de todas as crianças em atraso, estima-se, entre as duas, 10 por semana, totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca já agendará a criança para um horário de sua conveniência. Todas as semanas, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Crianças que chegarem à consulta pela primeira vez serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação das crianças. Crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento das intercorrências. Crianças que buscam consultas de puericultura de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. As crianças que vierem à consulta de puericultura sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nas crianças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as crianças, proveniente da busca ativa, serão reservadas 10 consultas por semana.

As visitas domiciliares das crianças faltosas serão realizadas pelas ACS e, após, realizar-se-á agendamento para as consultas. O gestor é o responsável de fornecer os instrumentos e equipamentos necessários para a realização da intervenção, já contamos com balança, antropômetro e o material para a realização do teste do pezinho, assim como o suplemento de ferro para as crianças que precisem dele. Também, está garantida a disponibilidade suficiente de vacinas no município.

Vão se manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria, se implantará planilha/ficha/registro específico de acompanhamento e se pactuará com a equipe o registro das informações. A responsável pelo monitoramento do registro será a enfermeira.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja, na escola e na creche da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da puericultura. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar

a captação de crianças e de esclarecer à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Serão criados dois grupos de promoção de saúde da criança que incluirão os pais ou responsáveis pelas crianças, realizando encontros mensalmente, onde cada membro da equipe vai ter a responsabilidade de conversar sobre temas relacionados em debate aberto com os integrantes dos grupos. Nos espaços comunitários, a equipe dará ênfase à promoção da saúde. Os principais temas serão para esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da triagem auditiva e o teste do pezinho na primeira semana de vida, assim como cumprir com o esquema de vacinação, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas de puericultura, a importância da suplementação de ferro nas crianças entre seis e 24 meses e a importância da avaliação odontológica a partir dos seis meses de idade.

2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ações Propostas																
Cadastramento de novos usuários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento à população alvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniões para capacitação da equipe	x	x														
Registro das informações na planilha eletrônica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção				x				x				x				x
Solicitação de material de apoio				x				x				x				x

1 - As visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi realizada na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira do município Santo Ângelo, estado do Rio Grande do Sul, nos meses fevereiro, março e maio. Estive de férias no período correspondente ao mês de abril. Antes das férias, todos nós da equipe trabalhamos sete semanas no projeto. No período das minhas férias, a equipe conduziu a intervenção somente por uma semana e, depois de minha volta, trabalhamos 5 semanas mais. A condução da intervenção não se deu no período de minhas férias devido que uma das agentes de saúde e uma das técnicas de enfermagem, também, se ausentaram no período e a equipe ficou incompleta demais e foi muito difícil continuar com a intervenção. No mês de maio foi meu retorno das férias, a enfermeira e a ACS já tinham se incorporado e foi tranquilo recomeçar o trabalho e a equipe toda continuou com o mesmo comprometimento e dedicação que no início do projeto. Ressalta-se que, por determinação da coordenação do curso de especialização em saúde da família da UFPel, a intervenção foi de 12 semanas de intervenção com minha presença na equipe da unidade de saúde.

Antes de iniciar a intervenção foram considerados a existência de protocolo de saúde da criança, quem e como seriam desenvolvidas as ações, o uso da planilha de coleta de dados, como seria realizada a busca ativa das crianças faltosas, planejamento das ações e cronograma.

Na unidade de saúde, trabalhamos duas médicas do Programa Mais Médicos e que fazem o curso na turma oito, mas contamos com uma equipe só, pelo que a equipe teve que se dividir entre as tarefas para conseguir trabalhar nas duas intervenções ao mesmo tempo. As ACSs e as técnicas de enfermagem dividiram a área de abrangência para que o trabalho ficasse mais fácil e graças ao esforço de todos os membros da equipe

foi possível a realização das duas intervenções. A gestão havia se comprometido em acrescentar mais duas ACSs na equipe, conforme colocado no relatório da análise situacional. No entanto, nunca foram incorporadas a nossa equipe.

O monitoramento, a avaliação da intervenção e as capacitações que foram programadas se realizaram sem dificuldade, integralmente. As mesmas foram feitas nas reuniões da equipe, como havíamos planejado. Todos os integrantes da equipe entenderam os indicadores do projeto sem dificuldade e gostaram muito dos avanços, reflexo do nosso trabalho, pois, compreenderam que seriam de muita ajuda na melhoria do atendimento às crianças. Foi monitorado o cadastramento das crianças ao programa, sua assistência às consultas, as curvas de peso e crescimento, o desenvolvimento neuro-cognitivo, a realização dos testes e das vacinas, a suplementação de ferro e a avaliação odontológica segundo a idade, as crianças de alto risco e os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. As capacitações foram encaminhadas à preparação de todos os profissionais da equipe, assim como aos responsáveis pelo cuidado das crianças. Foram bem conduzidas e a equipe se mostrou satisfeita com o aprendizado.



Figura 1 – Capacitação da equipe realizada na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

As ações de organização e gestão dos serviços, também, foram desenvolvidas segundo o planejado. Foi realizado o cadastramento de 168 crianças entre zero e 72 meses (planilha) da área adstrita e se priorizou o atendimento de todas. Fez-se a busca ativa de crianças que não compareceram ao serviço na primeira semana após a data provável do parto. A busca foi feita pelas agentes comunitárias de saúde e crianças faltosas eram agendadas consultas oferecendo preferência para as mesmas nas primeiras 48 horas. Foi garantido o material adequado para realização das medidas antropométricas e, embora, as checagens não tenham sido realizadas semanalmente segundo estava planejado já que não contamos com o pessoal suficiente para esta tarefa. Mas, garantimos que foram realizadas checagens mensais e, sim, podemos assegurar que as medidas estiveram certas. O protocolo de atenção à saúde da criança esteve sempre disponível na unidade de saúde para o uso de toda equipe.



Figura 2 – Atendimento clínico realizado na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 3 – Atendimento clínico realizado na UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Foi garantida, com o gestor municipal, a disponibilidade de vacinas, do suplemento de ferro e a realização dos testes, auditivo e do pezinho. As visitas domiciliares foram organizadas de maneira tal que se realizaram todas as semanas. Assim, três vezes por semana as agentes comunitárias de saúde fizeram visitas domiciliares às crianças inscritas no programa e, uma vez por semana, eram acompanhadas pelas técnicas de enfermagem, a enfermeira e/ou a médica segundo a disponibilidade das profissionais. A enfermeira foi a responsável pelo preenchimento dos dados nos registros, assim como a atualização. As agendas das médicas e da dentista foram, sim, organizadas para priorizar o atendimento das crianças.



Figura 4 – Atendimento odontológico realizado na UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Quanto, ao engajamento público orientou-se a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais são seus benefícios. Informamos 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. Orientou-se os pais sobre a importância da realização dos testes e das vacinas, o desenvolvimento das crianças e o ganho de peso segundo a idade, assim como a incorporação dos alimentos e as formas de prevenção de acidentes e orientou-se à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Essas atividades foram feitas nas atividades com os grupos e palestras feitas com a comunidade. Estas palestras foram feitas de maneira quinzenal, na igreja, na escola e na creche da comunidade, foram realizadas pelas médicas, pela enfermeira e pela dentista. Participavam entre 20 e 30 pessoas e, depois que as profissionais davam as palestras, se começava uma conversa com os participantes esclarecendo as dúvidas e comprovando-se o conhecimento aprendido. Quanto aos grupos foram feitos quatro, os primeiros três foram com as crianças e seus pais e/ou responsáveis e o último foi feito com as gestantes do terceiro trimestre.

Inicialmente, planejamos contato com as lideranças das comunidades, estes eram a representante do clube das mães, o representante da pastoral, a secretária do bairro e a representante do grupo de mulheres. Foi planejado um contato com a liderança da comunidade, mas o mesmo não foi realizado na data estabelecida. O motivo principal do não cumprimento desta atividade foi a má coordenação da tarefa: as ACSs eram as responsáveis por orientar os líderes comunitários sobre o contato que devia ser feito com o pessoal da unidade básica de saúde, incluindo a data e lugar onde iria ocorrer. Mas, a tarefa não foi orientada com tempo suficiente. Tivemos dificuldade para localizar e avisar as lideranças, as agentes de saúde não conseguiram falar com eles porque, nas vezes que os procuravam não eram localizados. O contato se tentou duas semanas, mas conseguiu-se fazer três semanas depois do previsto. É importante dizer que apesar de que o encontro demorou se em realizar foi muito proveitoso, pois, fizemos uma boa parceria e todos se comprometeram a apoiar nossa intervenção.

Também, tivemos dificuldades com as vacinas que devem ser tomadas ao nascimento das crianças, já que em ocasiões as crianças eram dadas de alta no hospital sem receber estas vacinas pelo que tivemos que reportar esta incidência ao nosso gestor

e se tomou o acordo de enviar estas crianças à Secretaria Municipal de Saúde, onde seriam vacinadas imediatamente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma atividade que não foi feita, foi nossa última atividade de grupo com as crianças e seus pais. Esta atividade foi planejada para ser feita na semana número quinze da intervenção e o tema a ser tratado seria a importância da saúde bucal. Com as modificações feitas no curso, a intervenção foi reduzida a doze semanas pelo que a atividade ficou fora da data. A equipe tentou encontrar novo horário para a realização, mas a agenda da dentista encontrava-se cheia e não tivemos como encaixar a atividade. Mas embora que a intervenção já este terminando a equipe acordou que nas próximas semanas estabeleceremos uma data para fazer esta atividade que ficou pendente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A principal dificuldade encontrada quanto a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foi o relacionado com a coleta dos dados relativos à vacinação das crianças devido a que não contamos na unidade com a sala de vacinas e o tempo todo tivemos que depender da sala de vacinas mais próxima a nossa unidade de saúde. Embora todas as crianças foram vacinadas de acordo com a idade, sim, foi um pouco difícil manter atualizadas as planilhas, pois, a informação, às vezes, era demorada para se obter. Outra dificuldade foi compreender que as crianças precisavam ser retiradas da planilha após completarem 72 meses.

Para a equipe foi novo o trabalho com a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, ao início nos foi um pouco difícil o preenchimento dos dados, mas com a cooperação de todos os profissionais da unidade conseguir entender os novos instrumentos de trabalho pelo que os dados foram preenchidos corretamente. O cálculo e fechamento das planilhas foram certos e a equipe toda ficou muito contente com os resultados obtidos, pois, foi mediante estes que avaliamos nossos resultados na intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe decidiu manter no nosso trabalho do dia a dia as atividades que temos feito no decorrer do projeto. Embora que não dê para continuar com a mesma

rigoridade devido as outras tarefas que, também, precisam ser cumpridas devido a equipe enxuta, já temos estabelecidas novas estratégias e ajustes nos horários para continuar com as atividades de grupo, as palestras na comunidade, as atividades de orientação à comunidade. Também, é muito importante a continuidade do vínculo com a liderança comunitária e continuarão sendo convidados para nossas reuniões de equipe e vamos estabelecer horários fixos de visitas domiciliares que serão às crianças independentemente das visitas ao resto da população. É, assim, que vamos incorporar as ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilizar a continuidade da ação programática como rotina, mesmo tendo finalizado o curso.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção, de maneira global, tratou da melhoria da atenção às crianças adstritas à área de abrangência da UBS Dr. Otavio Dácio Ferreira, bairro Aliança, município Santo Ângelo, RS. Com base no Caderno da Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, 2012, foram montadas as ações de intervenção.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 7.000 pessoas, sendo que a estimativa para as crianças com idade entre zero e 72 meses é de 350 pessoas, de acordo com a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), ou seja, estimativa da planilha de coleta de dados do curso. Antes de começar a intervenção, tínhamos cadastradas 50 crianças, o que representava 14,28%. Embora a porcentagem de crianças cadastradas na unidade fosse baixa, é importante apontar que todas as crianças tinham seguimento satisfatório.

Foi estabelecido como meta para ampliação de cobertura do programa de atenção às crianças o valor de 50%, ou seja, alcançar 175 crianças entre zero e 72 meses. Durante a intervenção foram cadastradas 168 crianças, cobertura de 48%. Importante apontar que, antes da intervenção, era acompanhadas somente 50 crianças de 0 a 72 meses na unidade de saúde.

Cabe destacar que a intervenção foi planejada, conforme cronograma, para 16 semanas. No entanto, foi reduzida para 12 semanas, com a presença do orientando na unidade de saúde, pela coordenação do curso. Como a equipe conduziu a intervenção durante uma semana durante as férias, a intervenção foi conduzida durante 13 semanas no total. Assim, os gráficos a seguir, estão distribuídos da

seguinte forma: quatro semanas no mês um; quatro semanas no mês dois; quatro semanas no mês três e uma semana no mês quatro.

A seguir, serão apresentados as metas estipuladas e os aspectos quanti e qualitativos dos resultados.

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

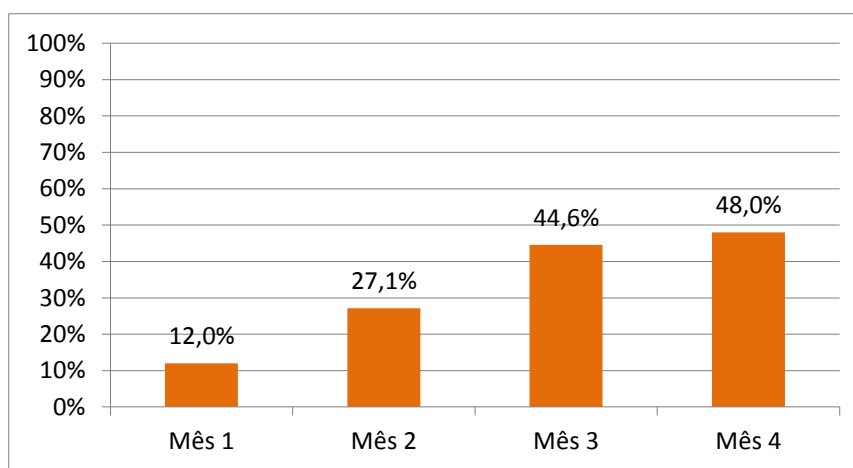


Figura 5 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde da UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

A partir de análise progressiva cumulativa da cobertura, tivemos no primeiro mês 42 crianças (12%) cadastradas e assistidas; no segundo mês, 95 crianças representando (27,1%); no terceiro mês 156 (44,6%) e no quarto mês 168 crianças, totalizando 48%. Alcançamos ao final da intervenção cobertura na área adstrita inferior ao esperado. Importante apontar que, antes da intervenção, era acompanhadas somente 50 crianças de zero a 72 meses na unidade de saúde.

As ações que mais auxiliaram na captação das pessoas pertencentes ao programa foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos ACS que realizavam suas visitas domiciliares de rotina observando a assiduidade do acompanhamento e local de seguimento das crianças e orientando-as a realizar adequadamente seu seguimento pela UBS. Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi a falta de cobertura por agentes comunitários de saúde para algumas microáreas, o que deixou os dados incompletos. Além disso, ao início da intervenção o mapeamento da área não estava terminado e, também, é importante

dizer que a equipe esteve trabalhando em dois projetos ao mesmo tempo, pois somos duas médicas pertencentes ao curso e trabalhando com a mesma equipe.

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.

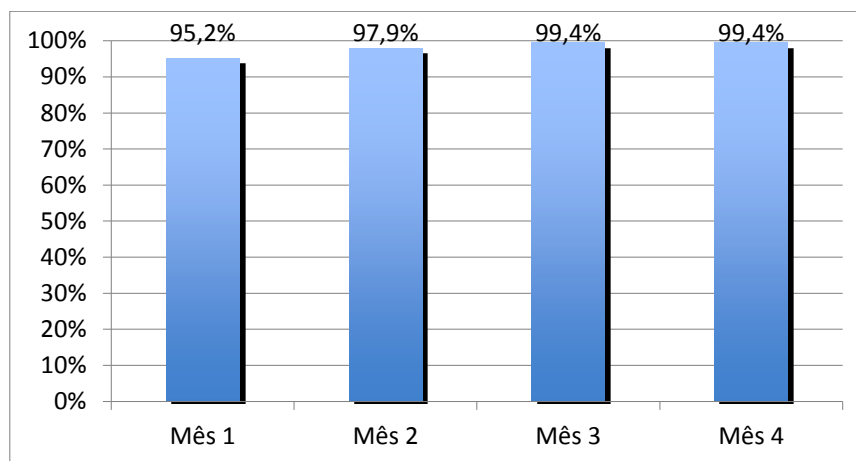


Figura 6 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

Em relação a meta “realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas” pode-se observar que, no primeiro mês, tivemos 40 crianças (95,2%); no segundo mês, 93 crianças (97,9%); no terceiro mês 155 crianças (99,4%) e no quarto mês 167 crianças para finalizar com um 99,4%.

Os principais fatores que contribuíram para o descumprimento dessa meta foi que algumas mulheres, ao sair da maternidade e chegar em casa, não procuravam a unidade de saúde até 10 dias ou mais e, também, o número deficiente de agentes comunitárias de saúde para cobrir área tão grande como a nossa, dificultando as visitas aos recém-nascidos nos primeiros sete dias de vida. A atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi o trabalho preventivo e orientador com as gestantes, as palestras e orientações realizadas por todos os trabalhadores da USF para explicar a importância da consulta nos primeiros sete dias após o nascimento. Ressalta que melhoramos muito, uma vez que, este indicador era baixo (somente 10 crianças) antes de iniciarmos a intervenção.

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

Em relação a meta 2.2, todas as crianças (100%) cadastradas e acompanhadas durante a intervenção tiveram o crescimento monitorado.

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

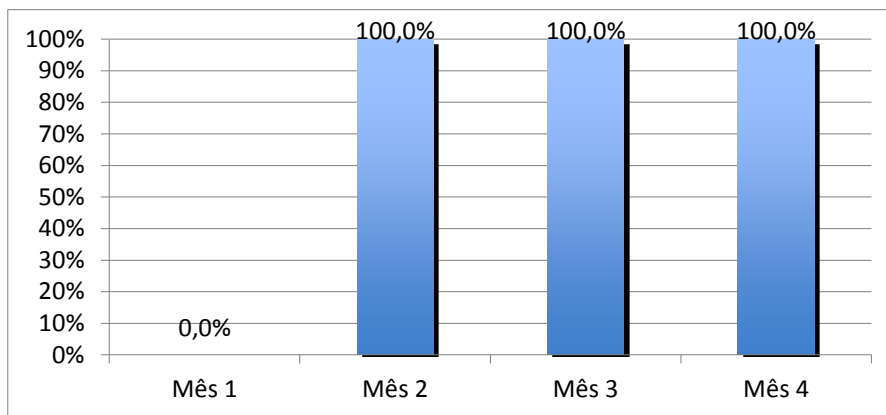


Figura 7 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

Em relação a meta “monitorar 100% das crianças com déficit de peso” podemos dizer que todas as crianças cadastradas com esta condição tiveram o monitoramento do peso. No primeiro mês, não foram cadastradas crianças com déficit de peso; no segundo mês, foi monitorado o peso da única criança cadastrada até esse momento com déficit de peso e no terceiro e quarto mês for monitorado o peso das três crianças cadastradas com déficit de peso (100%).

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

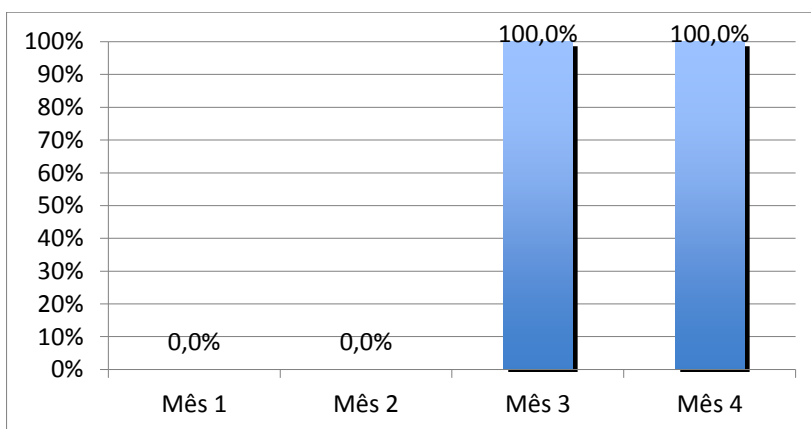


Figura 8 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas na UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

Em relação a meta “monitorar 100% das crianças com excesso de peso foram cadastradas duas crianças com excesso de peso” no terceiro mês da intervenção, o monitoramento foi feito às duas crianças no terceiro e no quarto mês, pelo que podemos dizer que a meta foi cumprida em um 100%.

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

Em relação à meta “monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças” observa-se que, no primeiro mês, foram monitoradas 42 crianças (100%), no segundo, mês, 95 crianças (100%); no terceiro mês, 156 crianças (100%) e, no quarto mês, 168 crianças (100%).

Uma das ações facilitadoras para o cumprimento das metas 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 foi o trabalho das ACSs nas visitas domiciliares às crianças o que permitiu uma ótima assistência das mesmas às consultas planejadas. Também, contamos ao longo da intervenção com os materiais e recursos necessários para a realização das medidas antropométricas e os profissionais da equipe foram muito bem capacitados para a realização destas tarefas.

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

Em relação à meta “vacinar 100% das crianças de acordo com a idade” pode-se observar que, no primeiro mês, o número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade foi 42 (100%), no segundo mês tivemos 95 crianças (100%) vacinadas segundo a idade, no terceiro mês 156 crianças (100%) e no quarto mês 168 crianças (100%) tiveram o esquema vacinal em dia.

Para o cumprimento desta meta tivemos a dificuldade de não contar com nossa própria sala de vacinas na unidade, mas podemos observar que o resultado obtido foi ótimo, pois, todas as crianças inscritas no programa estão vacinadas de acordo com a idade. O gestor municipal garantiu o atendimento de nossas crianças no centro de vacinação mais próximo a nossa unidade e foram atendidas preferencialmente. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis de conferir a as cadernetas de vacinação das crianças ao assistir às consultas e assim manter os registros atualizados.

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

Em relação a meta “realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses”, ao longo da intervenção a equipe conseguiu proporcionar a todas as crianças com idade entre seis e 24 meses a suplementação de ferro. No primeiro mês, tivemos oito crianças (100%) com suplementação de ferro; no segundo mês, 23 crianças (100%); no terceiro mês, 38 crianças (100%) e, no quarto mês, 40 crianças para finalizar com suplementação de ferro às todas as crianças.

No cumprimento desta meta, o gestor municipal teve um papel muito importante, pois, foi o responsável de garantir na unidade a suplementação de ferro necessária para proporcioná-la a todas as crianças inscritas no programa com a idade entre seis e 24 meses. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis de manter o estoque do suplemento sem déficit.

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

No referente à meta “realizar triagem auditiva em 100% das crianças” não se teve dificuldade nenhuma para o cumprimento da meta, pois, no nosso município este teste é feito no próprio hospital da maternidade, antes da criança receber alta do hospital. No primeiro mês, tivemos 42 crianças (100%) com a triagem auditiva feita; no segundo mês, 95 crianças (100%); no terceiro mês, 156 crianças (100%); e no quarto mês, as 168 crianças (100%) inscritas no programa.

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

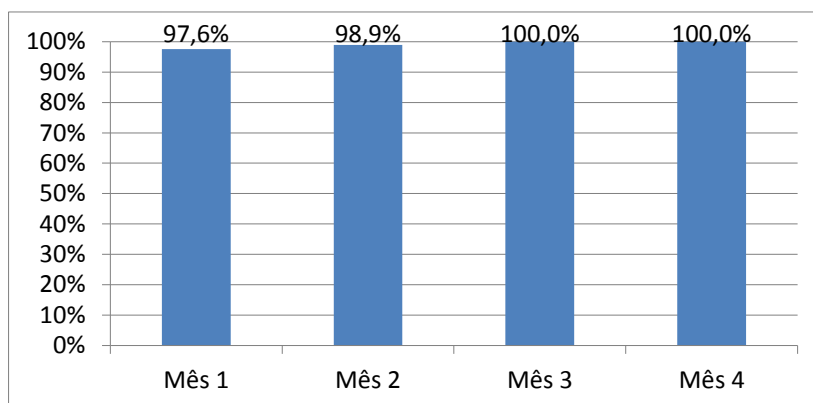


Figura 9 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

No relacionado com a meta “realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida” pode-se observar melhora do indicador no decorrer da intervenção. No primeiro mês, 41 crianças (97,6%) realizaram o teste nos primeiros sete dias após o nascimento; no segundo mês; 94 crianças (98,9%); no terceiro mês, 156 crianças (100%); e, no quarto mês, 168 crianças (100%) fizeram o exame nos primeiros 7 dias de vida.

Nossa principal dificuldade para o cumprimento desta meta foi o insuficiente número de agentes comunitários de saúde e a ausência dos destes em algumas microáreas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, o que dificultou a busca daquelas mães que saíram do hospital e foram à unidade básica após sete dias.

Embora ter existido essa dificuldade, como fatores facilitadores importantes são o apoio da liderança comunitária na divulgação na comunidade sobre a importância da realização do teste do pezinho até os sete dias de vida e o trabalho preventivo feito pela equipe com as gestantes, principalmente, no último trimestre de gestação. Foi graças, que apesar das dificuldades, conseguimos ótimo resultado nesta meta.

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

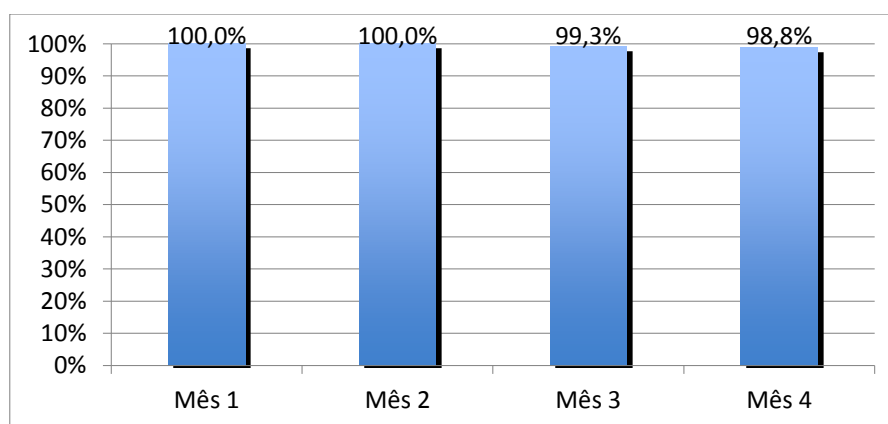


Figura 10- Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Otávio Dárcio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

Em relação a meta “realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis e 72 meses” teve-se uma diminuição na avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos últimos meses da

intervenção. No primeiro mês, foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico a 35 crianças (100%) com idade compreendida entre seis e 72 meses; no segundo mês, foram avaliadas 87 crianças (100%); no terceiro mês 148 crianças (99,3%) e no quarto mês receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico 160 crianças (98,8%).

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.

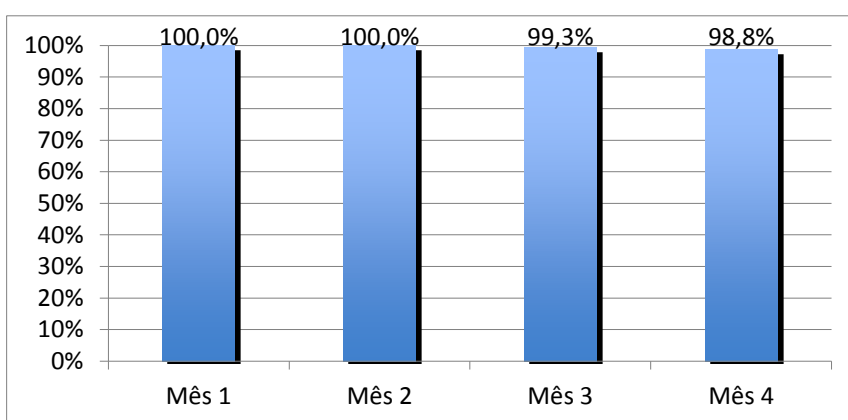


Figura 11 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS Dr. Otávio Dácio Ferreira. Santo Ângelo, RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados

Em relação à meta “realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde” também se teve uma diminuição no transcurso da intervenção. No primeiro mês, foram realizadas 35 consultas (100%); no segundo mês, 87 (100%); no terceiro mês, se realizaram 148 consultas (99,3%) e no quarto mês 160 consultas (98,8%).

Uma das dificuldades para a realização destas metas foi que a equipe conta só com uma dentista e a área de abrangência é bastante ampla. Assim, a demanda de atendimento odontológico da população é grande e a dentista tem uma agenda muito complicada. Outra dificuldade que repercutiu no cumprimento dessa meta foi que a equipe ficou sem auxiliar de dentista nos dois últimos meses pelo que a dentista ficou atarefada ainda mais.

As atividades facilitadoras na realização da avaliação da necessidade odontológica às crianças entre seis e 72 meses, assim como a realização da primeira

consulta odontológica programática foram as buscas ativas dessas crianças feitas pelas agentes de saúde, as atividades preventivas e orientadoras feitas nas atividades de grupo, as palestras educativas na comunidade e as mudanças feitas na agenda da dentista para dar prioridade ao atendimento das crianças inscritas no programa.

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

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

No relacionado à meta “fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas” a equipe alcançou ótimo resultado. No primeiro mês, foram buscadas sete crianças faltosas (100%); no segundo mês se fez a busca a sete crianças faltosas (100%), no terceiro mês foram nove (100%) as buscas feitas e no quarto mês realizaram se oito (100%) buscas das crianças faltosas à consulta.

A principal dificuldade no cumprimento desta meta foi a existência de micro áreas sem agentes comunitários de saúde, mas esta situação não impediu a realização desta atividade. Alcançamos 100% em todos os meses de intervenção.

Entre os fatores que facilitaram a realização dessa tarefa foi que contamos com o apoio dos líderes da comunidade os quais nos ajudaram na busca das crianças faltosas e as técnicas de enfermagem, conjuntamente com a enfermeira, fizeram visitas naquelas microáreas onde não temos agentes de saúde e foi assim que foi possível cumprir 100% da meta 3.1.

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.

Em relação à meta “manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço” a equipe fez um ótimo trabalho. No primeiro mês tivemos 42 crianças (100%) com registro adequado na ficha espelho; no segundo mês, 95 crianças (100%); no terceiro mês, 156 crianças (100%) e no quarto mês 168 crianças (100%).

A dificuldade ao realizar os registros no início da intervenção foi devido a disponibilização tardia do material impresso (fichas-espelho). Nas duas primeiras semanas, os dados foram anotados em fichas-espelho providenciadas na própria

unidade de saúde, mas depois de ter falado com o gestor municipal foi garantido o material necessário e foi completado o registro com as informações das novas crianças cadastradas e das crianças atendidas desde o início da intervenção.

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.

Quanto a meta “realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa” pode-se observar ótimo resultado neste aspecto da intervenção. No primeiro mês, foi avaliado o risco em 42 crianças inscritas no programa (100%); no segundo mês, 95 crianças (100%) cadastradas no programa tiveram avaliação do risco; no terceiro mês 156 crianças (100%) e no quarto mês foi avaliado o risco em 168 crianças (100%).

Embora termos a dificuldade da insuficiência de agentes comunitários de saúde a equipe conseguiu avaliar o risco em 100% das crianças cadastradas no programa. Contamos com o excelente trabalho das agentes de saúde na comunidade, assim com as visitas domiciliares feitas pelas técnicas de enfermagem naquelas microáreas que não contam com ACSs. Além disso, se fizeram mudanças nas agendas das médicas dando prioridade às crianças de alto risco e a enfermeira foi a responsável de identificar na ficha de acompanhamento as crianças de alto risco.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

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

Em relação à meta “colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta”, ao longo da intervenção conseguimos manter um ótimo resultado. No primeiro mês, 42 crianças cadastradas (100%) foram colocadas para mamar na primeira consulta; no segundo mês, 95 crianças (100%); no terceiro mês, 156 (100%) foram colocadas para mamar na primeira consulta e, no quarto mês, as 168 crianças cadastradas (100%) foram colocadas para mamar na primeira consulta.

Para alcançar esses ótimos resultados a equipe fez capacitação sobre o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e a observação da mamada para correção de "pega". Depois desta capacitação diversas atividades educativas sobre a

importância do aleitamento materno foram feitas nas atividades com os grupos e na comunidade mediante as palestras educativas. As médicas foram as responsáveis de observar a qualidade e duração do aleitamento nas consultas.

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

Em relação à meta “dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança” pode-se dizer que a equipe alcançou excelentes resultados. No primeiro mês, tivemos 42 crianças (100%) cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância; no segundo mês, encontraram-se 95 crianças (100%) com estas características; no terceiro mês, 156 crianças (100%) e no quarto mês 168 crianças para fechar assim com 100% de crianças cujas mães receberam as orientações estabelecidas em nossa intervenção.

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

Em relação a meta “fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças” se alcançou excelente resultado. No primeiro mês, tivemos 42 crianças (100%) cujas mães receberam orientações nutricionais; no segundo mês, encontraram-se 95 crianças (100%) com estas características; no terceiro mês, 156 crianças (100%) e, no quarto mês, 168 crianças para fechar, assim, com 100% de crianças cujas mães receberam as orientações estabelecidas na nossa intervenção.

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

Em relação a meta “fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária” pode-se dizer que a equipe alcançou ótimos resultados. No primeiro mês, tivemos 42 crianças (100%) cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, no segundo mês encontraram-se 95 crianças (100%) com estas

características, no terceiro mês 156 crianças (100%) e, no quarto mês, 168 crianças para fechar, assim, com um 100% de crianças cujas mães receberam as orientações estabelecidas na nossa intervenção.

Para o cumprimento dessas metas do objetivo 6, tivemos como dificuldade a falta de ACSs para cobrir todas as micro áreas nas atividades de promoção, mas os líderes comunitários foram de muita ajuda na incorporação de membros da comunidade, da escola e da creche na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças e suas mães. Fizeram-se atividades educativas sobre esses temas nas atividades com os grupos e nas palestras feitas na comunidade. As médicas foram as responsáveis pelo preenchimento das orientações nos prontuários e fichas- espelho.

4.2 Discussão

A intervenção em nossa unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias após do nascimento, o cumprimento do esquema de vacinação, classificação do risco das crianças e a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas à saúde das crianças, ao crescimento e desenvolvimento adequados. Essa atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da dentista, das técnicas de enfermagem e da recepção.

O trabalho fundamental da médica esteve relacionado à realização das consultas de puericultura segundo o protocolo do MS. A dentista foi a responsável pelo atendimento odontológico adequado às crianças entre seis e setenta e dois meses. A enfermeira realizou os testes do pezinho e foi a encarregada do monitoramento dos registros nos prontuários e fichas espelho. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis pelas mensurações das crianças. A recepcionista teve a tarefa de priorizar o agendamento das consultas das crianças inscritas no programa. Tivemos bom impacto, também, em outras atividades como o trabalho com grupo de gestantes que não era feito, a integração entre a equipe e os líderes da comunidade e a relação com o gestor.

Antes da intervenção, as atividades de atenção às crianças eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a maior número de crianças. A melhoria do registro e o agendamento das crianças viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento das crianças.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Os pais e responsáveis pelas crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Embora, no início do projeto, foi gerado insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização. No decorrer das semanas, com as explicações oferecidas à comunidade, a população compreendeu a importância da intervenção pelo e deixou de ser um problema.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitas crianças sem cobertura. Se iniciássemos a intervenção neste momento, discutiria com a equipe as atividades desenvolvidas desde a análise situacional, dedicaria mais tempo à busca de crianças ainda não cadastradas no programa, aumentaria a frequência das atividades com os grupos e trabalharia mais as atividades de promoção com as gestantes próximas ao parto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas no decorrer deste trabalho.

Vamos ampliar o trabalho de conscientização e participação da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção das crianças, em especial as de alto risco. Também, temos que adequar a ficha das crianças para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir dos próximos meses, pretendemos completar a equipe de saúde para ampliação da cobertura e tratar de incorporar o programa atenção à saúde do idoso, tomando como exemplo nossa intervenção.

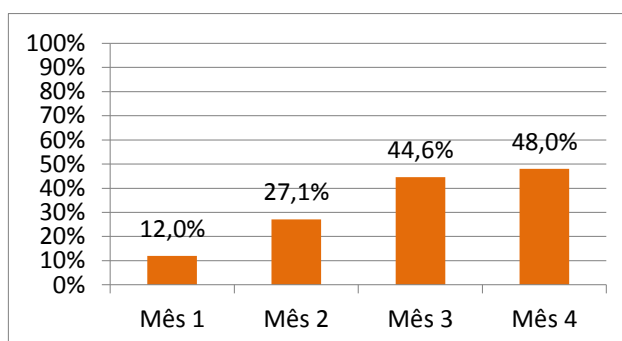
4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Na unidade básica de saúde Dr. Otávio Dárcio Ferreira, nos meses de fevereiro a junho, realizou-se uma intervenção para melhorar a atenção à saúde da

criança entre zero e 72 meses de idade. Este trabalho de intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho cursando, inserido no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), juntamente com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Ressalta-se que a intervenção foi realizada após análise situacional e estratégica. Ou seja, foi realizado levantamento minucioso das condições e realidades da unidade de saúde e construído um projeto de intervenção adequado às necessidades de saúde da população. Ainda, em conjunto com toda equipe da unidade de saúde.

Os objetivos da intervenção foram a melhoria da atenção à saúde da criança, o aumento do número de crianças menores de seis anos com acompanhamento de puericultura na unidade, melhorar o registro das informações, diagnosticar as crianças de alto risco e realizar atividades de promoção a saúde e prevenção da doença. Foram cadastradas 165 crianças, ou seja, 48% do total da população alvo. Importante apontar que, antes da intervenção, eram acompanhadas somente 50 crianças de zero a 72 meses na unidade de saúde. A cobertura durante a intervenção, no decorrer dos meses, pode ser verificada no gráfico abaixo.



A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à saúde das crianças e o crescimento e desenvolvimento adequados das mesmas. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda equipe.

Foi elaborada a ficha espelho para um melhor acompanhamento das crianças. Fez-se a coordenação com a sala de vacinas mais próxima a nossa unidade para o atendimento das crianças cadastradas. Conjuntamente com a recepcionista foi organizado o agendamento da puericultura das crianças cadastradas. Combinou-se com as agentes comunitárias de saúde a elaboração de um plano para identificar as crianças faltosas e assim realizar a busca das mesmas para remarcar a consulta.

Foram feitas várias atividades de grupo com as crianças e seus pais, assim como palestras na comunidade para orientar à população sobre a importância da assistência à puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Embora a intervenção fizesse em pouco tempo foi possível alcançar resultados positivos. Aumentou o cadastro da puericultura. Conseguiu-se 100% da vacinação, apesar de não contar com a sala de vacinas na própria unidade. O uso do antianêmico, indicado pelo Ministério de Saúde para as crianças entre seis e 24 meses começou como rotina na unidade durante a intervenção.

Nos atendimentos os pais receberam orientações sobre a curva de crescimento, o calendário vacinal, a nutrição infantil e a saúde bucal, o qual é de muita importância no desenvolvimento da criança e no aumento do interesse nos pais para continuar assistindo às consultas.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com as crianças e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações e as necessidades mais sentidas da população com relação à saúde das crianças. De forma geral, a intervenção melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS, assim como a organização de nosso trabalho na UBS e a parceria com a liderança comunitária e a Secretaria Municipal de Saúde.

Houve melhorias também no ambiente estético e informativo da UBS. O gestor garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para irmos aos domicílios dos usuários que precisavam da visita, e também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação das crianças. Como o apoio da gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com pediatras e nutricionistas.

A partir dos próximos meses, pretendemos conseguir completar a equipe de saúde para trabalhar na ampliação da cobertura das crianças, vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço e ampliaremos o trabalho de conscientização e participação da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção das crianças, em especial os de alto risco, mas precisamos do apoio da gestão municipal na realização de parcerias com serviços relacionados a educação, entidades religiosas, entidades geradoras de emprego, ampliando assim as intervenções de saúde.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezadas e prezados usuários de nossa unidade de saúde,

Na unidade básica de saúde Dr. Otávio Dárcio Ferreira, nos meses de fevereiro a junho, se realizou um projeto para melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses de idade. Nossa intervenção foi realizada através do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Este projeto se fez necessário porque identificamos vários aspectos que precisávamos melhorar em nossa unidade, como aumentar o número de crianças assistidas e melhorar a qualidade do serviço oferecido às crianças e às mães.

Assim, nesse período, conseguimos alcançar 168 crianças de nossa área. Antes da intervenção, assistíamos somente 50 crianças. Mas, precisamos atingir 350 crianças. Os objetivos de nossa equipe foram a melhoria da atenção à saúde da criança, o aumento do número de crianças menores de seis anos com acompanhamento de puericultura (consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, inclui o atendimento odontológico) na unidade, melhorar o registro das informações, identificar as crianças de alto risco e realizar atividades educativas e preventivas na população.

Para a realização deste trabalho foi feito um cronograma de atividades, consistente numa lista de ações para fazer em cada semana durante o período da intervenção para melhorar a situação de saúde nas crianças menores de seis anos.

Antes da realização deste projeto, o número de crianças cadastradas na unidade era muito pobre, apenas 50 crianças, eram atendidas nas consultas de puericultura na nossa unidade, delas 16 menores de um ano. Pode se ver como tem aumentado consideravelmente o número das crianças menores de seis anos com seguimento adequado na unidade de saúde.

As atividades com os grupos e as palestras na comunidade não eram feitas, foi desde fevereiro no início da intervenção, que estas atividades começaram ser feitas com regularidade. Foram feitas várias atividades de grupo com as crianças e seus pais, assim como palestras na comunidade para orientar à população sobre a importância da assistência às consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Em cada atendimento feito às crianças os pais receberam orientações sobre o cuidado a ter com os seus filhos, alguns dos temas tratados foram o crescimento adequado, a vacinação, a nutrição infantil segundo a idade e a saúde bucal. Assim os pais conheceram mais do desenvolvimento adequado dos meninos e meninas e também serviu de motivação para os mesmos trazer às crianças à consulta.

O relacionamento dos membros da equipe com os líderes da comunidade estreitou-se durante a intervenção o que foi de muita ajuda na busca das crianças faltosas à consulta, na organização das atividades com os grupos e na realização das palestras na comunidade.

O principal ganho que obtivemos com a intervenção, além dos resultados obtidos na mesma, foi a adesão dos usuários e a comunidade em geral a intervenção, o que melhorou a inter-relação da equipe de saúde com a comunidade, a organização do trabalho na UBS e a qualidade de atenção à população.

A nossa população precisa da continuidade desta intervenção e da realização de outros projetos similares para melhorar, ainda mais, a qualidade de vida de nossa comunidade. A equipe vai incorporar a intervenção à rotina do serviço e temos todas as condições para avançar para outros programas, pré-natal e puerpério, programa de atenção ao câncer de colo de útero e de mama, atenção à pessoa com idade maior de 60 anos e atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. Mas, para isso, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade, realizando palestras com os grupos já criados com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde e, também, envolver ao gestor municipal para ter melhorias em quanto ao acesso aos serviços de saúde em diferentes especialidades.

Vamos trabalhar em conjunto com a comunidade, escutando suas necessidades e demandas quanto à saúde e, assim, priorizar as ações de saúde a serem realizadas, para o qual temos que conseguir a criação do Conselho Local de Saúde na comunidade. Vamos precisar do apoio da comunidade para a divulgação das atividades realizadas na UBS, apoiar com os locais para a realização das atividades de grupo e apoio na conscientização de familiares e usuários faltosos às consultas.

A equipe agradece o apoio prestado pela comunidade e seus líderes comunitários ao longo da intervenção e esperamos seguir contando com esse apoio na realização de próximos projetos.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas iniciais em relação ao curso sempre foram positivas considerando esta qualificação profissional muito importante e pode-se afirmar que atividades como esta especialização incentivam a melhorar as práticas no âmbito do SUS. Na unidade de saúde, a intervenção se tornou um verdadeiro apoio a atuação dos profissionais na saúde da família.

No meu critério, os fóruns, casos clínicos e as práticas clínicas contribuíram na superação das dificuldades surgidas ao longo deste período, influenciando de maneira positiva na preparação individual de todos nós no âmbito profissional. Também, é importante colocar que as orientações, os feedbacks e a dedicação da minha orientadora foram fundamentais na realização do trabalho e, principalmente, no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Durante a realização das consultas de puericultura, no começo do projeto, encontrou-se como principal dificuldade no desenvolvimento e crescimento das crianças, o relacionado à nutrição infantil, devido ao baixo aleitamento materno exclusivo e a introdução dos alimentos de forma inadequada para a idade. Num dos casos clínicos estudados no curso foi tratada a alimentação no primeiro ano de vida, o que me fez aprofundar no tema e ler novos materiais que me serviram como material de apoio para capacitação dos profissionais da equipe.

A intervenção ajudou consideravelmente à melhoria do trabalho na unidade de saúde, pois a equipe ficou muito unida, os integrantes da mesma compreenderam a importância do trabalho unido para alcançar ótimo atendimento a nossa população. Todos na unidade ficamos muito contentes com o resultado obtido ao longo do projeto, pois se viu a melhoria na atenção à saúde das crianças e como aumentou consideravelmente o número de crianças cadastradas no programa. A equipe toda ficou comprometida com a incorporação da intervenção à rotina do trabalho do dia a dia, assim como o começo de novos projetos que ajudem a melhorar a saúde do povo.

Também criou se uma melhor parceria com o gestor municipal e houve um estreitamento dos laços entre a comunidade e a equipe. Nosso maior desafio agora é prosseguir com outras intervenções e buscar cada vez mais o comprometimento dos profissionais com a qualidade do atendimento e melhorar assim a qualidade de vida de nossa população.

Referências

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

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 B - Planilha de coleta de dados

coleta de dados.Lucinda final (2) [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

D45 : X ✓ fx 0

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta ao pediatra ou ao enfermeiro no primeiro mês de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o crescimento recuado em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem audiológica na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança 12 meses recebeu vacina obrigatória?
Orientações de preenchimento	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	José Vitor Romero Seneca	6	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Maria Luiza Rodrigues Seneca	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Luiza Rosalva Ribeiro Feresca	31	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Padro Soares Mallo	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Vagner de Luz da Silva	35	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Ana Luiza da Silva Padilha	71	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Anthony Rafael do Nascimento	40	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Ana Carolina Brito Ferreira	36	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Dreliane Cabral Vieira	59	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Emilly do Nascimento Oliveira	10	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Gabriel do Nascimento	35	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Fernando da Silva Lima	69	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
13	João Rodrigues Vieira	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Vitor de Oliveira Rodrigues	60	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Milena Morgatti	6	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Padro Enrique de Moura Prestes	68	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Sapinha Silva Ramos	70	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Marcelo Oliveira Chagas	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
19	Padro de Oliveira Coelho	50	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
20	Rafael Brito Ferreira	42	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
21	Miriel Lemes dos Santos	52	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Yan Gabriel Ribeiro Pires	25	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
23	Ana Luiza da Rosa Silva	67	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
24	Davi Silva	67	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
25	Guilherme Duarte dos Santos	47	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
26	Arlete Lemes dos Santos	70	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

18:18 23/08/2015

Anexo C - Ficha espelho

Google x UNASUS - UFPEL x DMS DMS - UFPEL: Espi... x UNASUS - UFPEL x DMS Envio de Tarefa - x ficha espelho Luc... x Caderno de Ação: x caderno de atenç... x

file:///C:/Users/Ligia/Downloads/ficha%20espelho.%20Lucinda%20(3).pdf

Apps Análises Clínicas 2014 UNASUS - UFPEL NUTESD - Núcleo d... Sing, Sing, Sing - ... 5 coisas a considera... 20140919091023.pdf DMS ese Portal EAD - EDITAL... Outros favoritos

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de Medicina Social UFPEL

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

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

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
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.Lucind...pdf coleta de dados.Lucind...xls TCC_Neisleidy.docx coleta de dados.Lucind...xls 2014_09_28 OMIA S...xlsx

Mostrar todos os downloads...

18:28 23/08/2015

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