

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses de idade no
CS/ESF Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR**

Robier Guevara Hernandez

Pelotas, 2015

Robier Guevara Hernandez

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses de idade no
CS/ESF Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR**

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.

Orientador: Luciana Valadão Alves Kebian

Pelotas, 2015

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

H557q Hernandez, Robier Guevara

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0-72 Meses de Idade no Cs/ESF Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR / Robier Guevara Hernandez; Luciana Valadão Alves Kebian, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Kebian, Luciana Valadão Alves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: meus filhos, minha mãe, que confiou no meu potencial para esta conquista. Obrigado, por estarem sempre presentes em todos os momentos, me dando carinho, apoio, incentivo, determinação, fé, e principalmente pelo Amor de vocês.

Agradecimentos

À minha família, companheiros e amigos pelo apoio e paciência.

À minha orientadora pela paciência, atenção, dedicação, disponibilidade em todos os momentos e por não ter desistido de mim.

À equipe do Centro de Saúde "Olenka Macellaro Thome Vieira", pelo convívio, pela troca de conhecimentos, pelo apoio e momentos compartilhados.

Aos Pais e Mães das minhas crianças pela sua colaboração.

Resumo

HERNANDEZ, Robier Guevara. **Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses de idade no CS/ESF Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR. 2015.** 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A assistência à saúde da criança é de fundamental importância, em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase da vida, assim a puericultura permite este acompanhamento ao considerar o ponto de vista individual, familiar e social. O objetivo geral foi qualificar a atenção à saúde das crianças de 0-72 meses no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR e teve origem no curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A intervenção foi realizada no período de março a junho de 2015 e teve participação da comunidade e da equipe de saúde da família 1.8 do Centro de Saúde. Foi construído um projeto de intervenção com objetivos específicos e traçadas metas a serem alcançadas, com seus respectivos indicadores para a análise. As ações propostas para o alcance das metas foram baseadas em 4 eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica, e compreenderam aspectos como ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na área de abrangência da equipe, além de outras relacionadas à qualidade do cuidado ofertado, como melhorar a qualidade do atendimento à criança, a adesão ao programa de Saúde da Criança, o registro das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência da unidade e promover a saúde dessas crianças. Os resultados da intervenção realizada são descritos numa perspectiva quali-quantitativa, permitindo a apreciação de todos eles, como os seus respectivos indicadores, fragilidades e elementos positivos potencialmente aproveitados. No início da intervenção a equipe cadastrou 56 crianças de 0-72 meses de idade e ao final da intervenção conseguiu-se cadastrar 112 crianças, proporcionando o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento de 100%. Não foi possível alcançar 100% das crianças com primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, só foi possível atingir um 98,2 %. Uma das metas mais preocupantes do estudo foi em relação a primeira consulta com o serviço de odontologia, pois ao início do estudo tinha-se 1,7% das crianças na faixa etária de 6-72 meses com avaliação odontológica e após a equipe criar estratégias conseguiu-se terminar o estudo 31,8%, ou seja, com 28 crianças avaliadas pelo serviço de odontologia. Os resultados foram apresentados aos gestores municipais e comunidade, mostrando-lhes os avanços em relação à saúde da criança de 0-72 meses. Já finalizado o estudo compreendemos como as ações desenvolvidas contribuíram no processo de melhoria de qualidade de vida da população alvo e vão continuar contribuindo com a inclusão da intervenção à rotina de trabalho do Centro de Saúde com enfoque principal no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, na prevenção de doenças e saúde bucal, através do fortalecimento na mudança de hábitos e comportamentos, mediante a atuação dos seus pais ou responsáveis.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira	21
Figura 2	Fotografia: Capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de saúde da criança.	58
Figura 3	Fotografia: Atividades com o grupo de crianças e pais	60
Figura 4	Fotografia: Atividades com o grupo de crianças e pais	61
Figura 5	Fotografia: Atividades com os pais das crianças.	61
Figura 6	Fotografia: Busca ativa das crianças faltosas em visita domiciliar.	62
Figura 7	Fotografia: Diferentes momentos em consulta médica.	63
Figura 8	Gráfico: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	68
Figura 9	Gráfico: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	69
Figura 10	Gráfico: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	70
Figura 11	Gráfico: Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas.	71
Figura 12	Gráfico: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade	72
Figura 13	Gráfico: Proporção de crianças com triagem auditiva	73
Figura 14	Gráfico: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.	74
Figura 15	Gráfico: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	75
Figura 16	Fotografia: Atividades com os pais das crianças.	80
Figura 17	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CERNUTRI	Centro de Nutrição do Estado de Roraima
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Melittus
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGR	Hospital Geral de Roraima
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
RR	Roraima
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica.....	233
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma.....	56
3 Relatório da Intervenção	577
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	577
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	644
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	655
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	655
4 Avaliação da intervenção	67
4.1 Resultados	67
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	833
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	900
Referências	922
Anexos	944

Apresentação

O atual volume foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). O autor do mesmo encontrasse participando do Projeto Mais Médicos para o Brasil, no Centro de Saúde (CS) Olenka Mecellaro Thome Vieira, Município Boa Vista/RR. Foi construído mediante a implementação de um projeto de intervenção que teve como objetivo geral qualificar a atenção à saúde das crianças de 0-72 meses de idade no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR.

O presente volume divide-se em etapas, sendo a primeira referente à Análise Situacional, que aborda a situação de saúde no município e aspectos do CS, tais como estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos e programas desenvolvidos. Uma segunda etapa trata-se da Análise Estratégica, que compreende os aspectos relacionados à construção do projeto de intervenção a ser implementado, com seus objetivos geral e específicos, metas, indicadores e o conjunto de ações desenhado para alcançar as metas propostas.

A terceira parte é composta pelo Relatório da Intervenção, que aborda o cumprimento das ações e aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados além da viabilidade de incorporação dessas ações à rotina de nosso serviço. A quarta etapa refere-se a Avaliação da Intervenção, momento no qual são avaliados os resultados do estudo e feita uma discussão analisando os indicadores e os impactos da intervenção para a equipe, para o serviço e para nossa comunidade, com relatórios ao final de nosso trabalho para os gestores e para a comunidade e uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho no Estado de Roraima, Município Boa Vista, no Centro de Saúde (CS) Olenka Mecellaro Thome Vieira onde temos 3 equipes de saúde, nos quais os 3 médicos são Cubanos do programa Mais Médicos. Temos dois médicos que atendem os usuários fora de área, uma ginecologia que atende uma vez por semana, odontologia, psicologia e um pediatra duas vezes por semana. Além disso, tem 1 laboratório clínico, farmácia, uma sala de enfermagem e vacinação, uma sala para fazer preventivo e testes rápidos de diferentes doenças, uma sala de triagem e uma recepção onde tem o acolhimento dos usuários para sua atenção e agendamento de consultas. Em relação às condições estruturais do CS temos dificuldades com a sala de espera, que não comporta a grande demanda de usuários. Temos também dificuldade com a climatização de alguns consultórios. Minha equipe é a 1.8, formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e deveríamos ter 5 agentes comunitários de saúde (ACS) mas só temos 3, pelo qual tenho 2 áreas da população que não tem ACS. Nosso trabalho está organizado do seguinte jeito, temos uma reunião duas vezes ao mês com a equipe de saúde onde planejamos o trabalho do mês e fazemos uma análise da situação atual da saúde da população. Além disso, analisamos o trabalho dos ACS e suas estratégias encaminhadas para melhorar a saúde, assim como o complemento das atividades do mês anterior e discussão da produção da equipe. Temos visita domiciliar uma vez por semana e o resto dos dias consulta para os diferentes grupos com os quais temos trabalhado. A princípio nosso CS tinha dificuldade com o agendamento dos usuários, pois a recepção estava

agendando sem levar em conta qual é o médico responsável pela área, o que estava dificultando o acompanhamento de diferentes grupos de risco com os quais estamos trabalhando, tais como hipertensão, idosos, adolescentes, atenção da mulher, ao homem, crianças e grávidas. Porém, já começamos a atender na consulta os usuários de nossa área. Também tínhamos problemas com os exames das grávidas as quais retornavam as consultas sem ter feito os exames pelas dificuldades para seu agendamento, mas agora temos uma estratégia e todos os dias tem 10 vagas no laboratório para grávidas e idosos e desta forma as grávidas tem feito os exames em tempo.

Tendo em conta que nossa principal função e objetivo na atenção primária é promoção e prevenção de saúde na população temos feito um cronograma de ações trimestral com os diferentes grupos de riscos onde todas as semanas nas sextas-feiras damos uma palestra tendo em conta o grupo que corresponda a equipe responsável. Os ACS já começaram também a fazer palestras no horário de abertura do CS, 8:00 da manhã, encaminhando os principais problemas de saúde identificados na população para motivar a mudança de estilos de vida mais saudável e promover saúde. Outra dificuldade que tínhamos no CS guarda relação com o desconhecimento da verdadeira população de cada equipe de saúde, assim como a quantidade de usuários que tem doenças crônicas e outras doenças de importância para seu acompanhamento. Hoje estamos trabalhando em conjunto os 4 médicos do programa mais médicos no cadastramento da população com os ACS, onde temos um modelo de Sala situacional por equipe com os principais dados estatísticos da população atendida, os principais problemas que afetam a saúde da comunidade com um plano de ação e monitoramento para depois fazer a Análise da Situação de Saúde do CS em geral e continuar encaminhando as ações aos problemas identificados. Além disso, foi entregue pelos ACS a relação dos usuários com doenças crônicas com nome, endereço, doença e data da última consulta e visita domiciliar pelo prontuário, para desta forma ter conhecimento a quais usuários temos que priorizar e fazer consulta ou visita domiciliar e dar complemento da quantidade de consultas que tem que ter em um ano segundo o estabelecido.

Em nossa comunidade temos escolas e centros de trabalho onde pela direção do CS em conjunto com o médico e a enfermeira da equipe agendamos ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nesses centros, com técnicas participativas para interagir com os participantes e trabalhar com os grupos de

adolescentes, já que é muito difícil que eles compareçam no CS. Além disso, tenho feito uma planificação de consultas em bairros longes do CS para levar saúde aos usuários que não moram perto do CS e as visitas domiciliares uma vez por semana, onde também aproveito para fazer orientações educativas. Atendemos uma população muito boa, com pessoas carinhosas que me acolheram muito bem porque tinham muita carência de médico.

De forma geral a população que visita o CS é predominantemente idosa e as doenças que mais prevalecem são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperlipidêmicas, doenças do SOMA (SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR) e doenças sexualmente transmissíveis. Esse grupo de pacientes com doenças do SOMA, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial sistêmica representa uma porcentagem elevada do total de pacientes da minha comunidade. Tive a experiência de trabalhar em outra unidade de saúde a minha chegada ao município perto da atual unidade onde as condições eram muito diferente, mas os problemas de saúde eram os mesmos pelo que temos que trabalhar muito para melhorar a situação de saúde da população. Não vai ser impossível porque já temos alcançado muitos resultados em nosso centro de saúde em relação à organização e trabalho em equipe.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista, a capital de estado Roraima, o mais setentrional do país, situa-se na margem direita do Rio Branco. Encontra-se a uma distância de 658 km de Manaus, a 214 km da fronteira com a Venezuela e 125 km da cidade de Lethem, na fronteira com a República Cooperativista da Guiana. Boa Vista é o município mais populoso do estado, concentrando-se cerca de dois terços dos roraimenses. Segundo o último censo realizado no Brasil no ano 2010 o município conta com o total de 284.313 habitantes e uma população estimada no ano 2014 de 496.936 habitantes (IBGE, 2010). O município de Boa Vista conta de forma geral com um total de 7 estabelecimentos em saúde federais, 13 estaduais, 36 municipais e 56 privados. No município existem 55 Equipes de Saúde da Família distribuídos em 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), destas equipes 53 são equipes tradicionais e 2 são do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Existem

três hospitais de referência com serviço de internação, o Hospital Geral de Roraima (HGR) que conta com Pronto Atendimento, o Hospital da Criança Santo Antônio e Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. Além disso, conta com Atenção Especializada no Hospital Coronel Mota. Tem disponibilidade de um Núcleo de atenção à saúde da família (NASF) que funciona também em nosso CS, atendendo a população das três equipes de saúde do CS, e dois Centros de Especialidades Odontológicas.

O CS Olenka Mecellaro Thomé Vieira, foi fundado no mês de junho do ano 1995, é um dos centros de saúde pioneiros em Boa Vista. Foi construído com a finalidade de ser uma unidade de saúde. É uma CS urbano, encontra-se localizado nas imediações da cidade de Boa Vista, no bairro Caimbé e atende uma população total de 10.079 habitantes. A área de abrangência do CS encontra-se dividida por 3 Equipes de Saúde da Família que abarcam as áreas dos bairros Tancredo Neves e Caimbé. São desenvolvidas atividades de ensino superior, além da visita semanal de um ginecologista e um pediatra. O atendimento é oferecido à população de segunda a sexta-feira em horários de 8 as 12 horas e de 14 as 18 horas. O CS conta com um total de 56 trabalhadores, dentro deles são integrantes das Equipes de Saúde da Família o médico clínico geral, a enfermeira, o técnico de enfermagem e os ACS, os demais trabalhadores estão compostos por uma diretora, 4 odontólogos, 2 técnicas de odontologia, 2 bioquímicos, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 técnica de farmácia, 3 auxiliares de enfermagem, 4 recepcionistas, 2 secretarias, 1 assistente social, pessoal de limpeza e serviço da copa.

Em relação à estrutura física do CS, existem muitas dificuldades, pois não há sala de espera, salas de reuniões e educação em saúde e sala de recepção para material contaminado, lavagem e descontaminação de material como está estabelecido no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008a). Outra dificuldade é em relação à sala de curativo, que é muito pequena. Além disso, o CS apresenta dificuldade com os resíduos sólidos (expurgo) e o lixo contaminado porque não há depósito para jogar esse lixo. Não há telas mosquiteiras e não existem problemas com a ventilação dos locais. O CS tem identificação visual dos ambientes através de textos e figuras, mas não tem sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braille, nem recursos auditivos e sonoros nos ambientes. A farmácia não tem uma área adequada para o armazenamento dos medicamentos. O CS não possui barreiras arquitetônicas, já

que o prédio é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência. Em relação à disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentais temos muitos problemas, tais como: ausência de oftalmoscópio, otoscópio e lanterna. Existe um consultório odontológico, onde os principais problemas são: falta de materiais e de instrumental para urgências, o que está associado também à falta de estufa para esterilização dos materiais. Não temos prontuário eletrônico. Só contamos com 4 computadores localizados na direção e recepção e o serviço de internet não está disponível para todos os trabalhadores. A respeito dos ACS, eles têm uma boa atenção em relação ao uniforme, mas não tem satisfeitas suas necessidades de material de expediente e meios de locomoção. Em relação ao abastecimento de materiais e insumos, o CS apresenta dificuldade com o material de pequenas cirurgias, como fio de sutura em geral e o abastecimento de luvas estéreis. Existem muitos medicamentos em nossa farmácia, porém os utilizados com mais frequência estão em quantidade insuficiente. A vacinação é realizada de forma rotineira, conforme o Programa Nacional de Imunizações. No CS os usuários têm acesso à exames complementares, tanto para urgências quanto para estudo por alguma doença crônica. A referência para atenção especializada quando é feita o tempo para estas consultas é de menos de 30 dias, exceto nas especialidades carentes no município, como nefrologia, ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, pneumologia e urologia.

Os profissionais do CS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos. Além disso, realiza-se atividades no domicílio, nas escolas, nas indústrias, nas praças entre outros. Em nosso CS temos atendimentos de urgências e emergências, mas não temos condições para fazer alguns dos procedimentos em relação aos primeiros auxílios. Temos trabalhado muito com a organização do trabalho em primeiro lugar com os usuários que tem doenças crônicas para sua assistência as consultas médicas, mas estamos trabalhando na busca ativa de usuários faltosos. Alguns dos usuários precisam ser encaminhados a outros níveis do sistema, respeitando os fluxos de referência e contra referência, sempre é usado o plano terapêutico correto, mas não contamos com protocolos para encaminhamentos. Em nosso município e no CS temos feito muitas atividades de qualificação profissional, as quais são para melhorar a gestão em saúde e estas são multiprofissionais, com a participação dos médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e ACS. Tendo em conta que os ACS são o principal eixo em nosso

trabalho com sua atuação na comunidade, temos organizado reunião quinzenal, onde são debatidos diferentes temas em relação a agenda e organização do trabalho, discussão de casos dos usuários que recebem visitas domiciliares e planejamento de ações em diferentes locais onde fazemos atividades de promoção em saúde como associações. Também realizamos monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, além de fazer uma análise do complemento das atividades planejadas no mês anterior e o planejamento do trabalho do próximo mês.

Minha equipe é a 1.8 e possui como população adstrita um total de 3.452 usuários, este total de habitantes é adequado em correspondência ao nosso serviço. Nossa área possui uma população mais envelhecida, 423 usuários estão na faixa etária de mais de 60 anos, enquanto o estimado seria 189 e 2.020 estão na faixa de 15-59 anos, no qual a estimativa era 2.122. Em nossa equipe temos o problema que só temos 3 ACS o que dificulta o trabalho pois não se pode chegar a toda população já que tem que ter 5 ACS para ter coberta toda nossa área de abrangência. Analisando os denominadores da área de abrangência em comparação com os estimados no caderno de ações programáticas, observamos grande similitude. A população apresenta uma ligeira diminuição da natalidade e uma maior expectativa de vida, causando um aumento dos idosos, correspondente também com as estatísticas nacionais nos últimos anos. De maneira geral, predomina o sexo feminino sob o masculino, onde analisando as faixas etárias, observa-se que existe predomínio nas idades de 30-45 anos. Em relação as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nas populações achamos que não existe muita correspondência entre a realidade da população em relação com o estimado, onde aproximadamente 70% da população idosa da área, apresenta pelo menos uma doença crônica.

Em relação ao acolhimento, em nosso CS não temos uma sala específica para fazer o acolhimento à demanda espontânea como prevê o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde referente a esta temática (BRASIL, 2011), no momento que o usuário entra no CS este é recebido na recepção, onde os funcionários junto com o assistente social e as enfermeiras fazem o primeiro acolhimento. Este acolhimento é feito por todos os profissionais e funcionários do CS. O acolhimento é feito em todos os turnos, onde as necessidades dos usuários são atendidas, acolhidas e escutadas em um tempo máximo de 20 minutos. Neste

acolhimento se põe em prática os conhecimentos de risco biológico para encaminhar o usuário tendo em conta a demanda que temos no CS. Não temos uma demanda grande de casos agudos para o enfermeiro e o médico, sendo que o atendimento sempre ocorre em menos de 30 minutos. Quanto ao atendimento odontológico em nosso CS temos falta de profissionais nesse serviço, só temos 4 odontólogos trabalhando no horário de 20 horas e só dois auxiliares de odontologia. Existe um excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimento no dia com o dentista, sendo esta população existente em excesso da área de abrangência e fora da área de cobertura do CS.

Em relação à saúde da criança, temos um total de 25 crianças menores de 12 meses, o que corresponde a 46% da estimativa, que prevê média de 72 crianças nessa faixa etária para a área de abrangência. Deste número de crianças temos 8 crianças fora de área que tem acompanhamento por nossa equipe o que representa 24% de atendimento fora de área, todas com consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Temos problemas com as grávidas que moram no interior e demoram em vir na consulta depois do parto. Por isso, temos 79% de crianças com consulta de puericultura nos primeiros sete dias e um 21% delas com a puericultura depois dos primeiros 7 dias. A triagem auditiva é feita na maternidade ou saem com o dia agendado para ser feito, temos 100% das crianças com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta e todas têm as vacinas em dia. Temos problemas com a avaliação da saúde bucal, pois mesmo conversando com as mães e explicando a importância de levar as crianças para fazer a captação pelos odontólogos, estas acham que não é preciso. Buscamos que 100% das crianças tenham aleitamento materno exclusivo, explicando as mães a importância deste até os 6 meses. No CS temos atendimento de puericultura para as idades correspondentes aos grupos etários (menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 24 a 72 meses), sendo este atendimento em todos os turnos e dias da semana. Neste atendimento oferecemos atenção às crianças de nossa área de abrangência e as crianças fora de área também, representando 15% do total de crianças atendidas fora de área. Neste atendimento de puericultura participa o médico, a enfermeira e o pediatra, sendo o agendamento das consultas para o médico de família e para o pediatra, já que este atende em nosso CS dois dias por semana. Após oferecer o atendimento às crianças, estas saem do CS com a próxima consulta agendada dependendo da idade, fator de risco ou doença que está presente

após a consulta. Além das consultas programadas existe também demanda de crianças com problemas de saúde agudos da área de cobertura e fora de área com oferta de atendimento. Além do atendimento no CS estas crianças têm visitas domiciliares agendadas pelos ACS. O protocolo de atendimento utilizado é o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Em relação as ações desenvolvidas no CS no cuidado as crianças na puericultura temos: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e problemas de saúde mental; imunizações; prevenção de anemia e violência; promoção de aleitamento materno, hábitos alimentícios saudáveis, saúde bucal e saúde mental; e teste do pezinho. Temos o serviço de psicologia, além de ter um assistente social que tem visitado as crianças com problemas sociais. Utilizamos classificação para a identificação de crianças de alto risco e também protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho de vacinas. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, que são revisados periodicamente com uma frequência mensal. Um dos grupos que temos priorizado para realizar atividades mensalmente são os grupos de mães das crianças, realizando palestras sobre importância de aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, crescimento e desenvolvimento da criança.

Em nosso CS o programa de pré-natal e puerpério é muito bem organizado. Em relação à cobertura nossa equipe atende 23 gestantes, o que corresponde a 44% de cobertura segundo as estimativas do Ministério da Saúde. Este número guarda relação com o trabalho que desenvolvemos com as usuárias que possuem risco reprodutivo pré-natal, que identificamos a partir do trabalho dos ACS na comunidade. Quanto às puérperas também temos um baixo índice na área de acordo com o estimado, tivemos no último ano um total de 33 puérperas, ou seja, 46% de cobertura. Temos um dia da semana fixo para as consultas das grávidas e puérperas, as quais são realizadas pelo médico ou enfermeira. Os atendimentos das gestantes e puérperas são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial de pré-natal, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho das vacinas. Quando a grávida sai da consulta ela já pode ir direito para a recepção e marcar sua próxima consulta na data que o médico ou a enfermeira programar sua consulta. Além disso, temos grávidas que demandam atendimento por problemas de saúde agudos e elas são

atendidas na hora dependendo da sua doença. Temos usado o protocolo de atendimento pré-natal e puerpério de 2013, produzido pela Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Uma das prioridades que temos no CS é o trabalho com o grupo das gestantes, fazendo ações com a participação de todos os integrantes da equipe e outros profissionais como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, avaliação e coordenação do programa de pré-natal são o médico e o enfermeiro, quinzenal nas reuniões de equipe, além do monitoramento pela supervisora do Programa Mais Médicos.

Quanto ao controle do câncer de colo de útero e mama, em nossas consultas temos trabalhado muito com as mulheres nas idades compreendidas nos grupos etários de 25 a 64 e de 50 a 69 anos de idade, fazendo ações educativas para realização periódica do exame citopatológico, onde ainda temos muitas mulheres que resistem em fazer o exame, e realização da mamografia. Temos 563 mulheres na idade de 25 a 64, o que representa 76% de cobertura. 51 mulheres não realizaram o exame e 27 estão com atraso no exame com mais de 6 meses da data recomendada. Com estas mulheres estamos fazendo um trabalho diferenciado com o ACS. A coleta de exame citopatológico é feita três dias na semana, temos dias específicos para cada equipe do CS. Fazemos rastreamento do câncer de colo de útero oportunístico a todas as mulheres que comparecem a consulta, e organizado pelo registro e protocolo produzido pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2013a). Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico e suas respectivas informações são registradas em um livro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico, também temos um arquivo na sala de preventivo para o registro dos resultados dos exames citopatológicos, que é revisado semestralmente. O CS possui um grupo de mulheres com as quais temos trabalhado fazendo ações educativas. Minha equipe tem um total de 201 mulheres na idade compreendida de 50 a 69 anos, sendo está maior que a estimativa do Ministério da Saúde, das quais 177 tem o exame de mamografia feito em dia e 24 mulheres com mamografia com mais de 6 meses de atraso. Quando as mulheres comparecem no CS por alguma doença são captadas para assistirem, palestras promovendo o autoexame de mama, exame clínico de mamas e educação para a identificação dos principais sinais e sintomas de câncer de mama. O rastreamento é feito todos os dias da semana em todos os turnos, realizado pelo médico, enfermeira, técnica de

enfermagem e ginecologista. Este rastreamento é feito de uma forma organizada existindo um protocolo de controle de câncer de mama no CS, o qual foi produzido pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2013a). Nos últimos 3 anos foram identificadas 6 mulheres com mamografia alterada e foram encaminhadas para o mastologista para seu acompanhamento no CS de referência, as quais retornam com uma contra-referência ou são visitadas na sua casa se elas não retornam ao nosso serviço. No CS existe livro de registro para os atendimentos às mulheres que realizam mamografia, também são registradas informações no prontuário clínico e no formulário especial de mamografia. Em nosso CS não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, nem temos profissionais que se dediquem a avaliar o monitoramento deste programa, mais toda a equipe trabalha nesse sentido.

Um dos principais problemas de saúde da população da nossa equipe constitui-se na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com um total de 217 usuários com esta doença, o que representa 35% da população estimada. Desses, 100% tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Nossa equipe tem realizado ações educativas em relação a temas de importância sobre HAS, assim como orientação de hábitos alimentícios saudáveis. No CS é oferecido atendimento aos adultos portadores de HAS todos os dias da semana e em todos os turnos mediante consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, assim como mediante visitas domiciliares. Estes usuários são atendidos com consulta programada e por demanda espontânea onde é incluída a urgência–emergência, tanto de nossa área de abrangência como de fora de área. O protocolo de atendimento utilizado é o do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). Depois do atendimento o usuário sai da consulta e tem agendada a próxima consulta para seu acompanhamento e sua avaliação. Funciona no CS o programa HIPERDIA do Ministério da Saúde. Nossa equipe tem feito muitas ações com o grupo de HIPERDIA com uma média de uma por mês onde temos uma participação de 80%. Nossa equipe tem um total de 97 usuários com Diabetes Mellitus (DM) o que representa 55% da cobertura da equipe, sendo muitos destes usuários portadores de HAS também. Realizamos atendimento aos usuários com DM todos os dias da semana, em todos os turnos e horários, a equipe atende usuários da área de abrangência e fora da área. Este atendimento é feito pelo enfermeiro, o médico clínico geral, o odontólogo e pelo pessoal técnico de enfermagem. Antes de finalizar a consulta o

usuário sai com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas contamos com demanda e oferta de atendimento de usuários com DM que comparecem por problemas agudos. Temos no CS um protocolo de atendimento para portadores de DM produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c). É realizado um encontro de diabéticos mensalmente, com uma participação de 80%. Existem documentos onde são registrados os atendimentos dos usuários com HAS e DM, eles são: prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacinas e registros específicos de usuários com HAS e DM. Esses registros específicos são revisados de maneira trimestral. Realiza a revisão do arquivo o enfermeiro, o médico da família, os ACS e a supervisora do Programa Mais Médicos. Produzimos também relatórios com os resultados encontrados com uma frequência mensal.

Temos um total de 423 pessoas idosas, sendo que a estimativa para a área seria de 189 idosos. Em nosso CS fazemos atendimento de idosos da área de abrangência e de fora da área de abrangência todos os dias da semana e em todos os turnos. Do atendimento aos idosos no CS participam a enfermeira, o médico clínico geral, o odontólogo, os técnicos de enfermagem e a odontologia. Depois do atendimento, os usuários idosos saem da consulta com a próxima consulta agendada. O atendimento ao idoso é feito mediante um protocolo produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). O atendimento dos usuários idosos é registrado no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico, na ficha de atendimento nutricional e na ficha espelho de vacinas. Temos um arquivo específico para os registros de atendimento aos idosos, revisado com uma frequência mensal. Em relação à avaliação da capacidade funcional global do idosos posso dizer que ainda temos que melhorar nesse aspecto, pois nas consultas estamos pendentes em avaliar globalmente os idosos, mas eles são avaliados ao menos uma vez por ano. Em nosso CS temos a caderneta de saúde da pessoa idosa, está sempre é solicitada nos atendimentos para preencher as informações atuais do idoso em cada consulta. Além disso, temos o Estatuto do Idoso e contamos com o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. As atividades que são desenvolvidas, onde tratamos temas para os idosos, são realizadas no âmbito do CS com um grupo de idoso onde temos uma boa participação e são tratados temas da sua importância. Realizamos o cuidado domiciliar dos idosos, pois muitos deles não podem chegar até ao CS devido a complicações de doenças crônicas ou estão

acamados ou cadeirantes. A saúde bucal é um tema muito preocupante neste grupo, porque só temos 198 usuários com avaliação de saúde bucal em dia, pois temos acamados e cadeirantes que tem dificuldade de locomoção até o CS. Outros já têm próteses dentárias e acham que não precisam de atenção odontológica. Ainda necessita-se de mudanças das ações dispensadas aos idosos, grupo muito susceptível já que essa idade precisa-se de atenção especial, que possam sentir-se úteis já que envelhecer com saúde é um direito de cidadania.

Entre os maiores desafios estão melhores recursos para o CS e o trabalho multiprofissional com um alto sentido de responsabilidade de todos os trabalhadores, com uma visão realmente abrangente da Atenção Básica em função de suas atividades. Acredito que a análise situacional concluída foi uma ferramenta muito valiosa, própria do trabalho na atenção básica e uma possibilidade de melhorar ainda mais a qualidade da oferta dos serviços, através de um olhar mais estruturado e organizado da realidade. Além da experiência profissional na APS, nos facilitou o esclarecimento de dúvidas do SUS e organização do processo de trabalho na Atenção Básica aqui do Brasil, exemplificadas nosso desconhecimento no relatório da semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS, aproximando-nos a aspectos centrais na gestão, governabilidade e organização do processo de trabalho e atualização nos programas regidos pelo Ministério de Saúde, temos o capital humano altamente disposto e comprometido com a saúde do povo brasileiro, sendo esta nossa principal arma e fortaleza, a vontade de lutar por um mundo melhor com saúde e com serviços de qualidade.



Figura 1: Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira.

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

Tendo em conta a tarefa e o escrito da segunda semana de ambientação, posso dizer que quando iniciei minha atuação no CS comecei trabalhar a cegas, procurando e identificando os diferentes problemas que tínhamos, junto com os ACS, enfermeira e técnica de enfermagem da equipe, mas foi nessa semana que aprendemos de verdade quais aspetos tinham que ser avaliados para ganhar em conhecimento e desta forma identificar as verdadeiras limitações e necessidades do CS, para um melhor desenvolvimento do trabalho. Estes resultados foram identificados em equipe, tendo em conta o aprendido no caderno de ações

programáticas e já tendo identificado os problemas, com isso podendo atuar da forma correta para obter melhores resultados, sempre pensando na saúde da população e da família em seu conjunto.

Também posso dizer que no início tínhamos analisado a situação do CS de uma forma superficial porque não tínhamos as ferramentas necessárias para fazer uma análise mais a fundo, hoje já temos conhecido quais são os deveres e direitos dos usuários de saúde, onde todos são parte deste sistema. A equipe tem muito mais claro quais são suas funções, partindo do CS e trabalho em conjunto, tem aprendido mais sobre o trabalho na comunidade, sendo os ACS o eixo principal da equipe por estar eles em constante interação com a população e desta forma buscar a satisfação dos usuários.

Hoje posso dizer que graças ao curso o trabalho no CS tem melhorado muito, desde a motivação dos integrantes da equipe, o trabalho em equipe, melhoras no conhecimento de todos, e desta forma pôr em prática todo o aprendido com um só objetivo, cumprir com os deveres e direitos do usuário e levar saúde a toda a população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos a saúde e cuidados em tempo oportuno. A assistência à saúde da criança é de fundamental importância, em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase da vida, assim a puericultura permite este acompanhamento estudando a criança não só desde o ponto de vista individual como também no âmbito familiar e social (BRASIL, 2008b; CAMPOS, RIBEIRO, SILVA, 2011).

O CS Olenka Mecellaro Thomé Vieira atende uma população total de 10.079 habitantes e sua área de abrangência é dividida por 3 Equipes de Saúde da Família, sendo que a equipe 1.8 possui como população adstrita um total de 3.452 usuários. O CS conta com um total de 56 trabalhadores, dentro deles são integrantes das Equipes de Saúde da Família o médico clínico geral, a enfermeira, o técnico de enfermagem e ACS, além de outros trabalhadores como odontólogos, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e pediatra (uma vez na semana). Estruturalmente temos muitas dificuldades, tais como ausência de uma sala de espera e a maioria dos consultórios são utilizados por vários profissionais em diferentes turnos, mas de maneira geral os locais destinados para as consultas são de espaço suficiente, com

ótima ventilação e iluminação. O CS não tem barreiras arquitetônicas e possui calçadas em boas condições, mas tem outros problemas significativos como: os banheiros não tem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas, as portas dos banheiros não permitem o acesso destes usuários, não temos corrimãos nas rampas e corredores e não temos cadeira de rodas à disposição de usuários com esta necessidade.

A equipe realiza ações com um total de 54 crianças de 0 a 72 meses que representam 37,5% da estimativa, que prevê média de 144 crianças nessas faixas etária para a área de abrangência. Em relação aos indicadores de qualidade posso dizer que temos 79% de crianças (43 crianças) com consulta de puericultura nos primeiros sete dias. Todas apresentam monitoramento adequado do crescimento, do desenvolvimento, do déficit ou excesso de peso, esquema vacinal atualizado, exame de triagem auditiva e teste do pezinho até 7 dias de vida realizados. As crianças de 6 a 24 meses cadastradas na área possuem indicação quanto a suplementação de ferro. Temos muita dificuldade em relação à saúde bucal das crianças, pois apresentamos 0% de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e só 32% (17 crianças) apresentam realizada a primeira consulta odontológica. A equipe realiza atividades no CS e na área de abrangência com o grupo de pais das crianças. Além disso, a equipe realiza de maneira permanente o cadastramento da área na procura ativa das crianças ainda não cadastradas e mantém uma adequada comunicação com os diretores do CS para o apoio das atividades pela parte administrativa e logística. O serviço procura envolver não somente aos pais, mas também a outros integrantes do núcleo familiar sempre que possível, pois todos formam parte da saúde das crianças, já que encontram-se inseridos no meio familiar e social. A equipe de saúde concorda que os subregistros existentes de cobertura das crianças de 0 a 72 meses é uma problemática que envolve a todos por igual.

Após estudar em detalhe o relatório de análise situacional, a equipe considerou que o principal problema organizativo enquanto cobertura é em relação ao atendimento das crianças de 0 a 72 meses. Considera-se que nos outros indicadores de qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção de saúde, não apresentamos muitas dificuldades, mas a equipe se compromete em manter estes indicadores uma vez alcançada a meta de cobertura proposta. Existem dificuldades a serem superadas para o alcance das metas, como por exemplo o

serviço odontológico que como já dito em outras oportunidades é um serviço tem uma superlotação de usuários agendados e as vezes o atendimento demora demais, também sentimos que os ACS precisam de mais capacitação. Dentro dos aspectos que viabilizam a realização da intervenção, está o fato de contarmos com uma equipe comprometida em melhorar estes indicadores, de apresentarmos condições de infraestrutura e serviço garantidos, do município oferecer capacitações aos médicos e enfermeiras da atenção básica com atualizações sobre a saúde da criança e ao manejo protocolar dos atendimentos, de contarmos com o apoio dos gestores do CS e de termos a atuação semanal do pediatra que oferece consultas em dois turnos na semana. O pediatra não participará da intervenção, porém aquelas crianças que precisarem de atendimento com o pediatra serão agendadas para consulta com ele. Considero finalmente que realizando este projeto de intervenção, poderemos melhorar o atendimento das crianças de 0 a 72 meses ao garantir que sejam cumpridos todos os nossos objetivos propostos, meta que vai elevar a qualidade do atendimento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde das crianças de 0-72 meses de idade no Centro de Saúde/Estratégia Saúde da Família Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR.

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 60% 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 a 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 espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas no CS Olenka Mecellaro Thome Vieira. Participarão do trabalho as crianças de 0-72 meses, pertencentes à área de abrangência do CS, buscando ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, melhorar a qualidade do atendimento à criança, melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança, melhorar o registro das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a saúde das crianças.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: ampliar a cobertura do atendimento às crianças de 0-72 meses de idade

Monitoramento e avaliação

Vamos monitorar o número de crianças cadastradas, através de uma revisão semanal da documentação constituída pela ficha-espelho das crianças, sendo o responsável o médico da equipe, designando responsabilidades sobre todos os demais membros, também monitorando a cobertura mensalmente na entrega da produtividade de todos os integrantes da equipe. A nossa ficha terá os seguintes itens: peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), estado nutricional, teste do pezinho, triagem auditiva, necessidade de atendimento odontológico, suplementação com ferro, desenvolvimento psicomotor, vacinas e observações, além de dois itens que foram acrescentados em relação ao atendimento odontológico, orientação sobre higiene bucal e se realizou a primeira consulta odontológica, assim com a realização da mesma, que estará ao cargo do médico da equipe mas que todos os outros integrantes terão acesso, será mais fácil de desenvolver as ações previstas. O preenchimento dos dados nas fichas das crianças estará a cargo dos ACS, que receberão uma capacitação para que conheçam como serão coletados os dados.

Organização e gestão do serviço

Será realizado um recadastramento da área de abrangência, pois achamos necessário realizar o cadastro de todas as crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência. Para isso, a equipe designará obrigações sobre os ACS que farão um contínuo recadastramento da sua micro área, assim uma vez cadastradas nossas crianças estas terão prioridade de atendimento. Cada ACS começará recadastrando sua micro área correspondente logo na primeira semana de intervenção, visitando casa por casa na procura das nossas crianças ainda não cadastradas, realizando 8 visitas ao dia, correspondendo a 40 por semana, revisando cadernetas, identificando atrasos em consultas e vacinas, oferecendo informações sobre os serviços que são prestados no CS, assim como agendando conseqüentemente novas consultas de puericultura com médico e a enfermeira da equipe para manter um acompanhamento adequado.

Engajamento público

A equipe irá aumentar as ações de saúde com objetivos promocionais no CS e na comunidade previamente organizadas, serão planejadas ações educativas

mensalmente onde dentro dos temas a oferecer estarão informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde da Criança no CS e quais são os benefícios para as crianças. Para isto, a equipe planejará as reuniões nas diferentes micro áreas com a participação de todos os usuários, principalmente as mães das crianças.

Qualificação da prática clínica

Será realizado um cronograma de capacitações para todos os integrantes da equipe de saúde, capacitações que serão informadas aos gestores do CS para conhecimento da sua implementação e da frequência da ação, que será realizada nas duas primeiras semanas, uma cada semana, aproveitando o dia da reunião da equipe. Estas ações serão voltadas sobretudo para realizar o acolhimento da criança, com base na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012), como também sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas aos pais e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento das crianças na Unidade Básica de Saúde.

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

Monitoramento e avaliação

Para garantir que a primeira consulta de puericultura seja realizada na primeira semana de vida, as gestantes que frequentam o pré-natal do CS serão orientadas ao comparecimento no CS dentro dos sete primeiros dias após o parto. A equipe tem em conta a data provável do parto, os ACS têm um controle destas gestantes realizando visitas frequentes uma vez esteja perto desta data.

Este monitoramento será efetivado através das atuações do médico e da enfermeira da equipe que serão os principais responsáveis por esta ação. O monitoramento será realizado mediante um controle semanal mantido no sistema de registros das crianças como será a caderneta da criança, a ficha-espelho e o livro de registros de atendimento das crianças, também será feito mediante um acompanhamento do pré-natal tendo em conta a data provável do parto. Quanto a organização do registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro de crianças identificando aquelas que compareceram à consulta de puericultura e a data deste comparecimento. 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 em atraso e dos demais itens antes escritos.

Organização e gestão do serviço

Iremos fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, para isto serão designadas faculdades desta ação sobre os ACS, assim o médico e a enfermeira vão fazer um registro próprio com as datas prováveis de parto de cada gestante e na data correta o ACS visitará a moradia do recém-nascido. A equipe organizará semanalmente a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas ativas, as mesmas serão acolhidas pela enfermeira da equipe.

Engajamento Público

Nas atividades na comunidade e no CS mensalmente com o grupo de crianças, a equipe estimulará o engajamento público, informando aos pais sobre as facilidades oferecidas no CS 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, assim serão designadas funções sobre todos os integrantes da equipe de saúde, mas será o médico o principal responsável por esta ação.

Qualificação da Prática Clínica

Para realizar todas as ações a equipe considera oportuno planejar uma série de capacitações para os integrantes da equipe, assim o médico e a enfermeira da equipe vão organizar capacitações sobre o acolhimento da criança, com base na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012), também sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Serão os médicos e a enfermeira os principais responsáveis por estas ações.

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

Monitoramento e avaliação

A equipe irá monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento de 15 em 15 dias na reunião da equipe, para realiza-lo revisaremos a ficha-espelho na procura deste preenchimento. A curva será avaliada em cada consulta das crianças de acordo com o protocolo de saúde da criança. Serão o médico e a enfermeira da equipe os principais responsáveis por esta ação.

Organização e gestão do serviço

A equipe informará aos gestores do CS a necessidade de garantir o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), para isso a equipe inteira realizará uma reunião com a gestão para informar as condições de logística que precisamos para dar início à nossa intervenção. Estas medidas antropométricas serão realizadas na sala de triagem pelo técnico de enfermagem no dia correspondente a cada consulta programada. Também a equipe irá exigir à gestão a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. O médico da equipe será o responsável por esta ação.

Engajamento público

Em cada consulta de puericultura ensinaremos aos cuidadores das crianças como deve ser o desenvolvimento normal da criança, aproveitaremos também as ações coletivas para organizar palestras sobre este tema, iremos envolver os pais e cuidadores na saúde das crianças para que possam exercer o controle social, também mostraremos a eles como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade. Vamos utilizar as curvas de crescimento presentes na caderneta da criança para ensinar aos pais a como ler a curva e apoiaremos o aprendizado graças aos Cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança do ano 2012. Ficará o médico como principal responsável por estas ações.

Qualificação da prática clínica

O 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 e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança serão parte dos temas oferecidos dentro das capacitações para toda a equipe de saúde em relação à curva de crescimento, estas capacitações serão voltadas na prática, pois todos iremos participar no acolhimento das crianças em várias oportunidades. As capacitações terão lugar no CS e o médico e a enfermeira serão os principais responsáveis por estas capacitações.

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

Em cada reunião da equipe, que será realizada quinzenalmente, a equipe estudará o comportamento do preenchimento das curvas de peso de cada uma das crianças, serão identificadas as crianças com déficit e excesso de peso, quando necessário serão encaminhadas ao Centro de Nutrição do Estado de Roraima (CERNUTRI). Estas ações serão realizadas por médico e enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço

O médico e a enfermeira exigirão que cada criança em consulta chegue procedente da pré-consulta com todas as mensurações necessárias, para isso será organizada uma reunião da equipe onde será outorgada esta ação ao técnico de enfermagem da equipe. Uma vez em consulta, médico e enfermeira realizarão o correto preenchimento do peso na ficha individual, caderneta da criança e ficha-espelho.

Para realizar estas ações será preciso garantir o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro e fita métrica). Para isso, a equipe solicitará à direção do CS esta necessidade, como também ter a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço, para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Também será criado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit e excesso de peso, mantendo separadas estas fichas espelhos e prontuários em uma pasta para um melhor controle dessas crianças. O médico da equipe será o responsável por estas ações.

Engajamento público

Tanto nas ações na área de saúde como no próprio CS, a equipe oferecerá atividades educativas, que serão realizadas segundo o cronograma de ações com o grupo de crianças, ali ensinaremos as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, também como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. As dúvidas relativas serão discutidas em cada consulta de puericultura segundo o protocolo. O médico e a enfermeira da equipe serão os principais responsáveis por estas ações.

Qualificação da prática clínica

O médico e a enfermeira da equipe irão fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas e capacitar a equipe para fazer o preenchimento e a interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Estas ações terão lugar no nosso centro de saúde e serão o médico e a enfermeira os responsáveis por estas ações.

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

Monitoramento e avaliação

Nas reuniões de equipe, que serão realizadas a cada 15 dias, a equipe realizará o monitoramento das crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo mediante o estudo da caderneta da criança, a ficha-espelho e ficha individual, esta ação envolverá a todos os integrantes da ESF, mas será o médico o principal responsável por esta ação.

Organização e gestão do serviço

A equipe irá garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, este atraso será identificado e avaliado em cada puericultura, segundo o protocolo de realização. O encaminhamento será ao Hospital da Criança Santo Antônio. Como outra estratégia, criaremos um sistema de alerta na ficha de acompanhamento (ficha-espelho) para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento mantendo as fichas espelhos e os prontuários dessas crianças em uma pasta independente para um melhor controle. Será o médico o principal responsável por esta ação.

Será o médico o principal responsável por esta ação avaliando o desenvolvimento da criança de acordo com a idade.

Engajamento público

Realizaremos ações educativas com o grupo de crianças e pais segundo o cronograma de ações planejadas, ali iremos compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informaremos aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança), as ações serão acompanhadas de folders que complementarão as informações recebidas. Serão a enfermeira e o médico da equipe os principais responsáveis por esta ação.

Qualificação da prática clínica

Faremos capacitações para todos os integrantes da equipe, nelas ensinaremos como fazer avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e realizar o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Serão o médico e a enfermeira os principais responsáveis por estas ações.

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

Monitoramento e avaliação

A equipe a cada 15 dias, nas reuniões de equipe, irá monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas, para isso serão estudadas o sistema de registros relativos às fichas individuais, ficha-espelho e caderneta da criança. Será monitorado também o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. Serão o médico e a enfermeira da equipe os responsáveis por este monitoramento e avaliação.

Organização e gestão do serviço

Iremos garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, a demanda existente no CS será informada pela técnica de enfermagem da sala de vacinas, segundo nossa demanda será elaborado um informe que será apresentado ao diretor do centro semanalmente.

Os ACS, técnica de enfermagem, médico e enfermeira darão prioridade de atendimento em consulta aquelas crianças com esquema de vacina desatualizado. A administração das vacinas serão realizadas a qualquer momento, garantindo o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), uma vez tomadas serão registradas nos instrumentos mencionados.

Iremos realizar controle da cadeia de frios, de cada uma das vacinas supervisionando condições da geladeira. Esta ação será feita semanalmente pela técnica de enfermagem, assim ela mesma aproveitará e fará um adequado controle

de estoque para evitar falta de vacina e da data de vencimento do estoque. Em cada reunião da equipe a técnica informará a situação existente.

Engajamento público

Em cada consulta de puericultura e na visita domiciliar, o médico, a enfermeira e os ACS informarão aos pais o calendário de vacinas correspondente à idade da criança. Este tema será também oferecido nas ações grupais, assim os pais serão parte do compromisso pela importância que tem da toma de vacinas dos seus filhos. Nestas ações serão entregues impressos com dados sobre a importância da vacinação. O médico e a enfermeira da equipe serão os principais responsáveis por estas ações.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança e registro adequado, inclusive na ficha-espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento. Estas capacitações serão oferecidas pelo médico e a enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

A equipe irá monitorar a cada 15 dias, na reunião da equipe, a todas as crianças de 6 a 24 meses a procura do preenchimento no sistema de registros (ficha individual, ficha-espelho e caderneta da criança) da suplementação de ferro, segundo o protocolo que seria de 1-2mg/kg de peso desde 6 a 24 meses. Serão o médico e a enfermeira da equipe os principais responsáveis por esta ação. Por outra parte os ACS serão responsáveis por pedir nas visitas domiciliares a caderneta das crianças e avaliar se a suplementação foi devidamente indicada.

Organização e gestão do serviço

A equipe irá garantir a dispensação do medicamento (suplemento) em cada consulta médica, segundo a idade e o peso da criança. O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta dispensação fazendo uma revisão semanalmente do estoque do medicamento na farmácia do CS e solicitando a reposição se estivesse faltando.

Engajamento público

A equipe irá orientar os pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas, iremos complementar estas informações segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança do ano 2012. Serão entregues folders com informações adicionais sobre a importância desta suplementação de 0 a 24 meses. Ficarão com principais responsáveis o médico e a enfermeira da equipe.

Qualificação da prática clínica

Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde. O profissional estudará segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança o relacionado com esta suplementação, assim como dará orientações aos demais integrantes da equipe sobre o tema estudado, pois deverá ser de conhecimento de toda a equipe.

Meta 2.9 - Monitorar o registro da triagem auditiva em 100% das crianças

Monitoramento e avaliação

O CS não realiza a triagem auditiva por não contar com o monitor específico. Porém, ela é feita na maternidade do município. A equipe irá supervisionar na caderneta da criança o preenchimento deste procedimento tão importante. Serão os principais responsáveis por esta ação os ACS. O monitoramento será também realizado revisando outros instrumentos que serão a ficha individual e ficha-espelho, este monitoramento será feito a cada 15 dias na reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço

Atuando sobre a organização e gestão do serviço pesquisaremos em todas as cadernetas das crianças o registro do resultado do teste auditivo, para isso o médico e a enfermeira corroborarão na primeira consulta de puericultura o registro deste dado. Será ação responsabilidade do médico e a enfermeira.

Engajamento público

A equipe irá na primeira consulta da criança e também no decorrer do pré-natal orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo. Estas orientações serão oferecidas também nas visitas domiciliares e nas palestras na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Para cumprir esta meta e as ações anteriores precisamos capacitar a equipe para orientar sobre a importância da realização da triagem auditiva, sendo o principal responsável o médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

A equipe fará o estudo dos instrumentos que precisamos para monitorar esta ação, eles serão: ficha-espelho, ficha individual e caderneta da criança. O monitoramento será a cada 15 dias, na reunião da equipe. Será o médico o principal responsável por esta ação.

Organização e gestão do serviço

A equipe definirá se o material para realizar o teste está entrando na unidade em quantidade suficiente. Esta ação será graças à informação da enfermeira da sala de Crescimento e Desenvolvimento.

Os pais poderão trazer seus filhos que não realizaram o teste do pezinho na maternidade à unidade antes do 7 dias de vida. A enfermeira anotar os dados do recém-nascido e se o teste foi realizado com qualidade ou não. Uma vez os pais recebendo o resultado será entregue na consulta de puericultura. O médico e a enfermeira terão a obrigação de explicar o resultado e alterações presentes. Se necessário, a criança será encaminhada ao Hospital da Criança Santo Antônio. A equipe pela importância deste teste irá garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho na unidade, faremos para isto uma reunião da equipe com os gestores do CS. Será o médico da equipe o principal responsável por esta ação.

Engajamento público

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, esta ação será realizada da semana 26 até 28 de gestação. No CS neste tempo de gestação é realizada a puericultura pré-natal, aqui os pais recebem orientações relativas ao parto e cuidados do recém-nascido durante os primeiros dias de vida. O médico e a enfermeira serão os responsáveis principais por estas ações.

Qualificação da prática clínica

A equipe irá verificar se todos os profissionais de enfermagem do CS estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não será organizada uma capacitação sobre o tema. Será o principal responsável por esta capacitação a enfermeira e técnica de enfermagem da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Faremos uma revisão da ficha individual e ficha-espelho das crianças de 6 a 72 meses na procura do preenchimento da necessidade de atendimento odontológico. O monitoramento terá lugar a cada 15 dias na reunião da equipe. Serão o médico e a enfermeira os principais responsáveis.

Organização e gestão do serviço

A equipe irá organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar no CS. Para acolher as crianças que comparecem à consulta, estas serão recebidas pelo técnico de enfermagem quem terá o primeiro contato com elas e será o responsável por encaminhá-las à sala de pré-consulta onde será feita as medições das mensurações e sinais vitais contando no CS com balança, termômetro e fita métrica, daí será agendada a consulta tendo prioridade as crianças de alto risco. Assim, no momento da sua chegada a criança será atendida tanto pelo médico como pela enfermeira, se possível no mesmo turno. Para o acompanhamento serão agendadas as consultas de puericultura segundo a idade, serão planejadas também as visitas domiciliares, ao final de cada atendimento o médico e a enfermeira darão a data do retorno, assim os pais marcarão na recepção a próxima consulta. Também vamos oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade mediante um agendamento que será feito pelos ACS. Além disso, vamos organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade em coordenação com os gestores do CS e a equipe odontológica. Além das consultas de puericultura poderemos fazer uma ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dada a grande quantidade de crianças destas faixas etárias. Todas estas ações serão supervisionadas pelo médico da equipe que será o principal responsável.

Engajamento público

Melhorar a saúde bucal das nossas crianças é um grande compromisso, para elevar os conhecimentos e a importância desta necessidade a equipe fará ações no CS e na comunidade, oferecendo estes temas educativos de saúde bucal. As ações serão planejadas no CS e terão como principal responsável o médico da equipe.

Qualificação da prática clínica

Dado que todos da equipe precisamos conhecer e atuar em cada uma de nossas ações, o médico e a enfermeira farão uma capacitação para ensinar questões relativas à necessidade de atendimento odontológico nas crianças.

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

A equipe irá realizar revisão da documentação relativa à ficha-espelho e ficha individual, para corroborar o registro do recebimento de atendimento odontológico nas crianças de 6 a 72 meses. O monitoramento será realizado a cada 15 dias na reunião da equipe, será o médico e a enfermeira os principais responsáveis por esta ação.

Organização e gestão do serviço

Iremos organizar o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar no CS, este acolhimento será feito pela enfermeira, assim aproveitaremos e faremos o cadastramento das crianças da área de abrangência. Serão priorizadas no atendimento odontológico às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Além de existir problemas e falta de recursos humanos no serviço odontológico, a equipe fará reunião com secretárias de recepção e diretores do CS para priorizar o atendimento das crianças. Por outra parte iremos organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Será o médico da equipe o principal responsável por estas ações.

Engajamento público

Trabalhando sobre o engajamento público, a equipe informará em reuniões com a comunidade organizadas nas micro áreas 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.

Qualificação da prática clínica

Serão organizadas uma série de capacitações destinadas à equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, assim como 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.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das crianças de 0-72 meses de idade ao programa.

Monitoramento e avaliação

Será realizada busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. Para isso, pretendemos monitorar através dos prontuários mensalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), assim como o número médio de consultas realizadas pelas crianças e monitorar as buscas às crianças faltosas, sendo os ACS os principais responsáveis. Dando cumprimento a estas ações, depois de cada atendimento o médico e a enfermeira farão uma análise de como está se desenvolvendo o acompanhamento da criança, a criança sairá da consulta com a data do próximo atendimento.

Organização e gestão do serviço

Os profissionais informarão aos ACS os dados das crianças faltosas às consultas informando por escrito, será feito um registro do monitoramento destas crianças faltosas, será agendada uma visita domiciliar pelo ACS na procura das causas que propiciaram o não comparecimento à consulta, assim por outra parte será fornecida uma agenda de acolhimento para aquelas crianças provenientes da busca ativa, um dia por semana, num turno de atendimento, com 10 consultas disponíveis, a agenda será organizada pela enfermeira.

Engajamento público

A equipe organizará reuniões na comunidade e sobretudo nas escolas para divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, nestas reuniões será promovida a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, assim como a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

Qualificação da prática clínica

A equipe reforçará o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso através da caderneta da criança, todos estudaremos a caderneta passo a passo, ensinando seus componentes. Este processo será feito mediante o cronograma de capacitações que serão oferecidas pelo médico e pela enfermeira da equipe na unidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes às crianças atendidas.

Monitoramento e avaliação

A equipe irá monitorar os registros de todos os acompanhamentos das crianças no CS, pretende coletar os dados das crianças em cada atendimento assim como na estatística mensal. O monitoramento será realizado a cada 15 dias na reunião da equipe. Será o médico o principal responsável por estas ações. Cada final de mês serão estudadas todas as informações coletadas na ficha-espelho, livro controle e prontuário, serão consolidados pela enfermeira e pelo médico, aí serão analisados como estão se cumprindo mediante estas estatísticas os indicadores alcançados.

Organização e gestão do serviço

Com todas as informações a equipe irá monitorar e preencher SIAB/folha de acompanhamento, assim como confeccionar a ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança) pelo médico e enfermeira da equipe. Serão o médico e a enfermeira da equipe os responsáveis pelos registros de todos os dados das crianças

Engajamento público

Nas reuniões planejadas na comunidade, em casa de vizinhos e centros de trabalho, iremos orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Qualificação da prática clínica

Para nos apoiar nesta meta é indiscutível capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das nossas crianças, assim como para que todos conheçam como será feito o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Monitoramento e avaliação

A equipe fará uma revisão dos nossos instrumentos na identificação e correto acompanhamento das crianças avaliadas de risco na nossa comunidade, como também faremos um monitoramento daquelas crianças com consultas em atraso. Estas ações terão uma frequência quinzenal em correspondência à reunião da equipe e o médico será o principal responsável.

Organização e gestão do serviço

A equipe irá monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade para isto precisamos conhecer todos os dados das crianças, já uma vez identificadas priorizaremos seu atendimento mediante a confecção do registro de atendimento para elas, assim por outra parte iremos monitorar o número de crianças

de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, ao final de cada consulta o médico informará aos ACS o endereço da criança ausente, eles marcarão uma visita domiciliar e marcarão o retorno à consulta com parceria com as secretárias da recepção.

Engajamento público

A equipe fará reuniões com os pais e com a comunidade para fornecer orientações sobre os fatores de risco para morbidades na infância. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por estas ações.

Qualificação da prática clínica

A equipe terá que capacitar aos profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, estas capacitações serão oferecidas pelo médico e pela enfermeira na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

A equipe irá supervisionar o registro do recebimento das ações relativas à prevenção de acidentes na infância, crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, orientações de higiene bucal em 100% das consultas de saúde da criança mediante o

monitoramento, a cada 15 dias na reunião da equipe, dos prontuários e ficha de acompanhamento/espelho preenchidos pelo médico e enfermeira nas consultas. Esse registro e monitoramento será supervisionado pela enfermeira da equipe. Será ela a principal responsável por estas ações.

Organização e gestão do serviço

Como parte do trabalho na equipe o médico e a enfermeira oferecerão dentro das consultas, visitas domiciliares e ações educativas orientações da prevenção de acidentes, de nutrição, de higiene bucal, assim por outra parte estes temas estarão incluídos dentro das orientações que os ACS darão nas visitas à família.

A respeito de colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta, o médico e a enfermeira indicarão a cada mãe oferecer aleitamento em cada consulta, assim será comprovado visualmente que a criança está recebendo aleitamento, assim verificamos se a mãe sabe a técnica correta, a posição e a frequência. Além disso, a equipe solicitará a presença de um nutricionista em reuniões com o grupo de crianças, a equipe pedirá à SEMSA mediante o gestor do CS o comparecimento do nutricionista com relativa frequência em dependência do cronograma de atividades.

Engajamento público

Dentro das reuniões e ações educativas orientaremos à comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, crianças colocadas para mamar na primeira consulta, orientações nutricionais e de higiene bucal. O médico e a enfermeira seremos os principais responsáveis por estas ações.

A equipe vai oferecer em cada consulta de puericultura, visitas domiciliares e no grupo de crianças as vantagens que oferece o aleitamento materno em comparação ao aleitamento artificial. As atividades serão planejadas em conjunto com gestores do CS e líderes da comunidade para que possam participar não somente pais e cuidadores, mas também adolescentes e futuros pais.

Além disso, ensinaremos a importância de ler a Caderneta de Saúde da Criança, documento que contém orientações importantes, tais como as alimentares.

Qualificação da prática clínica

A equipe inteira será capacitada sobre formas de prevenção de acidentes na infância, sobre a necessidade de colocar a criança para mamar na primeira consulta, sobre orientações nutricionais e de higiene bucal. As capacitações serão oferecidas no CS pelo médico e a enfermeira, que utilizarão como material de apoio o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança do ano 2012.

A respeito das orientações sobre higiene bucal, a equipe organizará reuniões na comunidade e sobretudo nas escolas para divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde bucal, nestas reuniões será promovida a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, assim como a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, também vamos esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Os ACS entrarão em contato com líderes da comunidade para organizar estas reuniões em cada micro área, também podemos aproveitar os dias da realização da Bolsa Família, aproveitando a grande quantidade de pessoas que comparecem ao CS, também como complemento destas atividades a enfermeira desenhará um folder que será oferecido em cada atividade segundo o tema.

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 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Indicador 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Meta 2.2 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Indicador 3 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

Indicador 4 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 5 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Indicador 6 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

Indicador 7 - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

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

Indicador 8 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 9 - Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

Indicador 10 - Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

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

Indicador 11 - Proporção de crianças de 0 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 0 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 0 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 12 - Proporção de crianças de 0 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 0 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

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

Indicador 13: 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 espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço

Indicador 14 - 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 15 - 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 16 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

Indicador 17 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

Indicador 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

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

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

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

Indicador 19 - 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

Na realização da intervenção na Saúde da Criança a equipe de saúde da família 1.8 vai trabalhar adotando os cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança do Ministério da Saúde, parte 1 e 2, ambos com data de edição no ano 2012 disponibilizado em cinco (5) vias e impresso no próprio CS. Vamos utilizar a ficha-espelho fornecida pelo curso e a Caderneta de Saúde da Criança.

Nossa equipe pretende alcançar uma cobertura inicial de um 60% das crianças de 0 a 72 meses na área de abrangência que será o equivalente a 86 crianças, tendo em conta que esta meta será ampliada nos próximos meses seguindo uma meta de cobertura escalonada em 80% para seis meses e 100% em um ano. A equipe precisará imprimir 144 fichas espelho, para isso a enfermeira da equipe acordará com os gestores da unidade a impressão de todas as fichas, precisaremos

de 144 folhas em branco, uma impressora com tinta disponível, computador e 5 lápis de cor vermelho, um para cada membro da equipe. Também vamos utilizar a planilha eletrônica utilizando o computador do CS e o meu computador pessoal para a coleta de dados para o acompanhamento mensal da intervenção. Precisaremos de 144 cadernetas da criança fornecidas pela SMS, que já estão disponíveis no CS.

Todas as informações vão ser armazenadas no arquivo correspondente à nossa equipe, na recepção ao qual todos teremos acesso. A equipe pretende implementar a ficha-espelho em formato digital no computador da direção e impressa em cada consultório para atualizar diariamente e semanalmente e preencher todas as informações num computador que será disponibilizado no CS com previa concordância dos diretores.

Para realizar o monitoramento de avaliação de todas as ações a equipe precisa dos mesmos materiais que serão utilizados para realizar as fichas espelhos, o que inclui papel e impressora com tinta, canetas, lápis e borrachas, para realiza-lo serão designados dois ACS para entrar em contato com os diretores do CS para garantir esses materiais logísticos.

Para a realização de todas as ações relacionadas ao engajamento público precisamos de um local com espaço e cadeiras suficientes para 20 pessoas, ventilação e iluminação adequada. Também para oferecer todo tipo de informação é preciso materiais que apoiem as palestras e atividades, precisamos para isso de materiais impressos que serão confeccionados pelo médico e enfermeira da equipe. Será acordado com a diretora do CS a necessidade de um computador para a confecção dos impressos de apoio. Assim, precisaremos de um computador, 100 folhas brancas para imprimir o material, impressora com tinta disponível, datashow e aparelho de vídeo para a realização de vídeo conferências, sendo a enfermeira a encarregada de proporcionar estes instrumentos mediante o contato com a SMS e os gestores de CS.

A equipe de saúde já discutiu em reuniões a análise situacional da nossa área e foi decidido o nosso foco a intervir, assim como também foi discutido quem será o responsável de cada ação a ser realizada. Para realizar todas as ações de capacitação com os profissionais, precisaremos de 5 Cadernos de Saúde da Criança impressos. O médico e a enfermeira da equipe vão se preparar para oferecer aos demais integrantes todo o conteúdo relativo a nossa intervenção, este conteúdo será oferecido todas quartas-feiras de manhã. Vamos começar com as capacitações

seguindo um cronograma de palestras que vamos elaborar entre o médico e a enfermeira da equipe, aproveitando que nas quartas-feiras é o nosso dia de reunião da equipe as quais são realizadas no própria CS, no meu consultório, pois não temos sala de reunião. Precisamos somente de 5 cadeiras, pois a equipe só tem 5 integrantes, assim aproveitaremos no mínimo 2 horas semanais nas duas primeiras semanas para as capacitações. A equipe receberá dentro das capacitações temas relacionados ao acolhimento da criança, a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, sobre como realizar a leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, assim como a identificação das crianças com consultas em atraso segundo a Caderneta da Criança, entre outras capacitações para as quais precisamos de um computador que será disponibilizada pela direção da Unidade.

Na realização das medidas antropométricas realizadas na pré-consulta e/ou na consulta, precisaremos de materiais de medição como balanças, fitas métricas e antropômetro, que já estão disponíveis no CS. Estes materiais precisam estar sempre disponíveis, calibrados e em boas condições. O responsável por informar aos diretores o estado destes materiais logísticos será o técnico de enfermagem da equipe.

Para agendar as crianças proveniente da busca ativa serão disponibilizadas 5 consultas semanais (1 por dia, no turno da manhã), os encarregados de agendar estas crianças serão os ACS na recepção do CS, além disso temos o agendamento das crianças todas as sextas-feiras pela tarde com um número de 16 consultas programadas e 4 de urgências que somam um total de 20 consultas.

Para a realização das consultas no CS precisaremos manter um local com espaço e iluminação adequadas, mesa, cadeira para a criança e acompanhante, maca para o exame físico, lençol para preservar a intimidade, estetoscópio e esfigmomanômetro para criança, estas condições e materiais como caneta e folhas em branco serão indispensáveis para a realização das nossas consultas. O técnico de enfermagem será o principal responsável por cumprir com estas condições mediante comunicação direta com gestores do CS.

Dentro de outras ações realizadas nas consultas de puericultura estão a avaliação do estado vacinal das crianças, para isto utilizaremos a caderneta da criança, contaremos com o apoio da enfermagem e os ACS que serão capacitados

previamente, para a revisão em cada uma das atividades feitas. O CS tem disponibilizado todas as vacinas para o encaminhamento das crianças e sua aplicação. A gestão será feita com a Farmacêutica do CS, a qual será a responsável pela disposição das vacinas e previsão de faltas, além disso para lograr ter um 100% das crianças na faixa etária de 6 meses a 24 meses com suplementação de ferro foi informado a nosso gestor o número provável de crianças nessa idade para garantir o ferro na farmácia, foi avaliada a quantidade de ferro com o farmacêutico para nosso estudo e não temos dificuldade.

Identificaremos através do exame da cavidade bucal, as crianças com necessidades de atendimento odontológico, depois faremos um acordo com a coordenação para procurar o atendimento diferenciado para estas crianças, marcando um dia por semana num turno de atendimento do serviço para oferecer atenção a estas crianças. Para isto contaremos com a revisão da cavidade bucal de cada criança, apoiados com uma lanterna disponível no CS e coletaremos os dados na ficha-espelho.

3 Relatório da Intervenção

Inicialmente, é importante salientar que a presente intervenção estava prevista para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi realizada em 12 semanas, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso. A intervenção foi realizada no período de março a junho de 2015. Durante o desenvolvimento das ações planejadas, temos a satisfação de ter realizado todas integralmente com qualidade obtendo resultados de trabalho satisfatórios.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Segundo o cronograma do projeto a equipe planejou as seguintes ações para as 12 semanas de intervenção: capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de saúde da criança; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; cadastramento de todas as crianças de 0-72 meses da área de abrangência; contato com lideranças comunitárias; atendimento clínico às crianças de 0-72 meses; atividades com grupo de crianças e pais; capacitação aos ACS para busca ativa de crianças faltosas à consulta; busca ativa de crianças faltosas às consultas e vacinas; e monitoramento da intervenção.

Relativo à capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de saúde da criança, foram feitas duas capacitações de uma hora cada, sendo desenvolvidas na primeira e na segunda semana. Além disso, foi feita outra capacitação sobre a busca ativa de crianças faltosas às consultas e vacinas na primeira semana do projeto, como estava estabelecido no cronograma. Esta ação foi cumprida sem dificuldades, pois toda a equipe participou da atividade. É importante salientar que a equipe deveria ter 6 ACS, mas estamos atuando com somente 3 ACS, ou seja, a equipe está incompleta. A capacitação foi feita pelo médico da equipe no horário da tarde, depois dos atendimentos, às 16:30 horas. Além deste momento de capacitação, houve uma reunião de equipe na segunda semana da intervenção, na qual foi tratado o tema da busca ativa das crianças e também em reuniões antes de começar o projeto, tratando dos temas relativos à saúde da criança, com isso a equipe já tinha conhecimento do assunto quando iniciou a intervenção.



Figura 2: Capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de saúde da criança

Na primeira semana também foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática. Esta ação foi realizada na reunião de equipe, que ocorria todas as segundas-feiras às 8 horas da manhã e era organizada por mim e pela enfermeira. Cada membro da equipe entendeu claramente o papel que desempenharia no

projeto. Foram feitas reuniões a cada segunda-feira com a equipe para organizar o trabalho correspondente à semana em curso, desta maneira lembrávamos o papel de cada profissional nas ações e desta forma garantimos que todas as atividades fossem realizadas sem dificuldades.

Nas primeiras 4 semanas do projeto foi feito o cadastramento das crianças de 0 a 72 meses de idade. Essa ação foi cumprida nas três micros áreas onde temos ACS, pois a equipe tem 6 micro áreas e só tem ACS em 3 delas. Foram cadastradas todas essas crianças, além das crianças que as mães fizeram atendimento pré-natal com a equipe em nosso CS e moram nas micro áreas que não tem ACS. Um dos acordos da equipe foi que mesmo a área estando descoberta todas as gestantes da área de abrangência seriam acompanhadas por ACS, além de receberem visitas domiciliares junto com o médico e a enfermeira da equipe. Por isso, tínhamos um melhor controle dessas crianças. Mesmo com o déficit de ACS na equipe, essa ação foi cumprida em 100%, pois antes de começar o projeto a equipe já tinha desenvolvido um trabalho de organização em relação ao número de usuários da área de abrangência e tinha estruturado um livro de registro de gestantes e crianças menores de um ano de idade de todas as micro áreas. Durante o projeto, o livro das crianças foi incrementando-se, pois os ACS no início do projeto fizeram um novo recadastramento e foi onde encontramos um grande número de crianças que não tinham acompanhamento e a primeira consulta nos primeiros 7 dias de nascido, umas porque não moravam em nossa área e outras porque estavam sendo acompanhadas com médicos particulares e queriam começar o atendimento em nossa unidade. Hoje em dia, esse livro está sendo atualizado semanalmente com as crianças menores de 5 anos de idade.

Na primeira semana de intervenção, também foi realizado a primeira reunião com as lideranças da comunidade, na qual foi explicado o objetivo do projeto, quais atividades estavam planejadas e a necessidade de apoio. As lideranças compreenderam a importância e as vantagens que tem para os usuários o projeto de intervenção. Na primeira reunião da equipe foi acordado que cada ACS tinha que identificar quais pessoas exerciam papel de líder dentro da comunidade e que estivessem na disposição de ajudar a equipe para o desenvolvimento do projeto e das ações, Além disso, na semana 5 e 10 também foi feita outra reunião com as lideranças, para dar a conhecer as ações que estavam sendo feitas e quais foram os resultados alcançados no projeto. Na semana 10, foi explicado haveria uma

avaliação da intervenção na semana 12 e que continuaríamos trabalhando com as crianças e que os benefícios encontrados no projeto continuarão para esse grupo de crianças da área de abrangência e vai ser incorporado a nossa rotina de trabalho com os outros grupos, como hipertensos, diabéticos, gestantes e puérperas

Em relação às atividades com o grupo de crianças e pais, tínhamos planejado esta ação para a segunda, sexta e nona semana, mas foi identificado que as mães tinham muito desconhecimento em relação a diferentes temas que tem relação com o desenvolvimento saudável das suas crianças. Com isso, foi acordado que durante todas as semanas a equipe tinha que realizar ações educativas antes das consultas e desenvolver diferentes temas de interesse para as mães. Essas ações de troca com as mães foram feitas em conjunto com os ACS, a enfermeira e o médico da equipe e foram desenvolvidas com muita qualidade. Além disso, foram realizadas ações em duas escolas com crianças de 5 anos de idade e seus pais. Na semana 12, foi feita uma atividade com as mães que estavam vindo na consulta pela segunda vez durante o projeto e foi feito um teste em relação aos temas relacionados com a saúde da criança. Com este teste identificamos que tínhamos alcançado um melhor conhecimento das mães em relação aos diferentes temas que tinham sido oferecidos para elas em outras conversas.



Figura 3: Ações com o grupo de crianças e pais



Figura 4: Ações com o grupo de crianças e pais



Figura 5: Ações com os pais das crianças.

A busca ativa das crianças faltosas foi cumprida em 100%, pois todas as semanas, depois de terminarem as consultas ocorria um pequeno encontro com as ACS, informando quais eram as crianças faltosas para fazer sua busca ativa. Isso não foi um problema para a equipe, pois as crianças que estavam faltosas à consulta, foram visitadas na mesma semana, feita a consulta à domicílio com igual qualidade quando necessário e todas as fichas espelhos preenchidas adequadamente. Realizamos o atendimento de 30 crianças no primeiro mês, 77 no segundo mês e 112 no terceiro, o que corresponde a 21,9%, 56,2% e 81,8% de cobertura respectivamente. Esta porcentagem de cobertura alcançada em nosso projeto foi possível pelas estratégias que a equipe traçou em relação a fazer consulta à domicílio com aquelas crianças que conhecíamos que pelas características das mães não iriam comparecer à consulta no CS quando estas foram agendadas.



Figura 6: Busca ativa das crianças faltosas em visita domiciliar.

Quando o projeto começou, as crianças estavam sendo atendidas na sexta-feira pela manhã e essa consulta foi trocada para quinta-feira pela manhã, para poder fazer o relatório em tempo e entregar as tarefas do curso. Uma das dificuldades encontradas durante o projeto está relacionado com o atendimento odontológico das crianças, devido à grande demanda de usuários para o serviço e pelo déficit de

profissionais dessa área na unidade. Essa dificuldade foi analisada com o gestor da unidade e foi estabelecido que na sexta-feira pela manhã a equipe de odontologia destinaria atendimento às crianças, pelo que demos como encerrada a dificuldade com o serviço de odontologia e consideramos uma conquista do projeto.



Figura 7: Diferentes momentos em consulta médica.

A equipe todas as semanas, além de fazer uma reunião na segunda-feira pela manhã para organizar o trabalho da semana, também fazia uma pequena reunião na sexta-feira pela tarde para monitorar o desenvolvimento do projeto, analisar quais eram as dificuldades encontradas durante a semana e conhecer as crianças faltosas à consulta de odontologia para o primeiro atendimento, pois na consulta de quinta-feira agendava a consulta para odontologia daquelas crianças que estão na faixa etária de 6 a 72 meses de idade e além disso, os ACS agendavam consulta das crianças que foram avaliadas nas primeiras semanas do projeto, quando ainda não estava estabelecida esta estratégia com o serviço de odontologia. Depois de realizar este encontro fazíamos um rascunho do relatório da semana e depois de pronto eles eram impressos e arquivados. Além disso, fica uma mostra de

fotos no mural da minha sala de atendimento, em que temos fotos das ações feitas com os grupos formados pela equipe.

Graças ao trabalho da equipe alcançamos bons resultados no projeto, pois conseguimos incorporar e recuperar crianças que não compareciam ao nosso CS por ter acompanhamento com pediatras particulares e hoje posso dizer que conseguimos uma grande satisfação dos pais com nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação às ações previstas no projeto posso dizer que todas foram cumpridas durante o projeto. O único problema identificado nas primeiras semanas foi em relação ao atendimento odontológico, já que as crianças não receberam a avaliação odontológica a partir dos seis meses de idade nas primeiras semanas da intervenção. Foram estabelecidas estratégias com o gestor do CS e a partir da semana 8 do projeto foram liberados os atendimentos. Na segunda semana da intervenção, foi feito um memorando para o gestor solicitando um dia de consulta odontológica para as crianças da área de abrangência. A equipe teve que esperar um tempo sem ter atendimento odontológico até que os mapas do odontólogo permitissem estabelecer nossa estratégia com o serviço de odontologia, pois não dependia da equipe. Porém, não considero que foi uma ação não desenvolvida nas primeiras 8 semanas, pois foi uma nova ação que a equipe planejou, tendo em conta que nenhuma das crianças avaliadas antes do projeto tinham atendimento odontológico na faixa etária em estudo, pois as mães desconheciam que as crianças depois dos 6 meses de idade tinham que ser avaliadas pelo odontólogo, as que tinham conhecimento falavam que era muito difícil agendar consulta para o serviço de odontologia e só agendam consulta se a criança precisar atendimento. Quando terminamos o projeto na semana 12 alcançamos um 31,8% das crianças avaliadas pelo odontólogo da equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o projeto não houve dificuldade para o preenchimento da planilha dos dados e cálculo dos indicadores. As fichas espelhos, desde iniciado o projeto foram preenchidas na sua totalidade. Foi identificado um problema em relação aos dados preenchidos na maternidade, pois os profissionais não preenchem em muitas das cadernetas da criança as mensurações da criança e dados de importância no momento do parto. Essa dificuldade foi informada ao nosso gestor e foi feito um memorando para a SMS, e não foi resolvido durante o estudo. Outra dificuldade encontrada para o preenchimento das fichas espelho foi em relação às vacinas, pois em muitas cadernetas não dá para entender o lote e o nome do vacinador. Falei com nossa vacinadora do CS, mas infelizmente nem todas as crianças são vacinadas em nossa unidade.

Durante o estudo foram feitos relatórios diários pelos integrantes da equipe onde mostravam as dificuldades encontradas durante a semana em relação ao cronograma de ações para serem avaliadas nas reuniões e resolvidos em tempo, também em cada ação foram tiradas fotos onde ilustramos o desempenho da equipe em diferentes ações, tais como visitas domiciliares, consultas, reunião de equipe, capacitações feitas e ações com o grupo de pais das crianças, o que permite a sistematização dos dados e complementou as informações das planilhas. Foi solicitado autorização através do Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias (ANEXO D) aos profissionais de saúde e aos usuários para o uso das fotografias.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em relação às dificuldades encontradas no projeto temos as relacionadas com o preenchimento dos dados na caderneta da criança no momento do nascimento, pois todos os dados e isso dificulta a avaliação da criança e o

preenchimento da ficha espelho, os dados foram a partir dos informes das mães, sendo que muitas não lembram alguns itens. Essa dificuldade foi informada ao nosso gestor e foi feito um memorando para entregar na SMS. Essa situação não foi resolvida, pois foram feitas captações de recém-nascidos depois de entregar o memorando ao nosso gestor ainda com problemas no registro. Como pretendemos dar continuidade às ações realizadas no projeto, continuaremos monitorando esses registros das cadernetas das crianças e realizar nova solicitação ao gestor se for necessário.

Outra dificuldade encontrada foi com o atendimento odontológico que foi resolvido e alcançado uma grande porcentagem de crianças com a primeira consulta pelo serviço de odontologia. Estratégia que continuará de igual forma depois de concluído o projeto, para que todas as crianças da área de abrangência tenham o atendimento odontológico quando precisarem.

Tendo em conta todas as estratégias feitas no projeto posso dizer que continuaremos com muitas ações boas, como os livros de registro das ações da equipe e o livro de registro das crianças atendidas em consulta médica e odontológica. Graças ao nosso projeto, temos parcerias com as escolas da área de abrangência, onde continuaremos nossas ações.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Análise dos resultados de forma quantitativa e qualitativa e sua evolução na intervenção.

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

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Nossa área de abrangência tem um total 132 crianças de 0-72 meses. Tendo em conta que nossa equipe tem 6 micro áreas e só tem 3 ACS, nossa meta foi de ampliar a cobertura para um 60%, pois ao início da intervenção não tínhamos conhecimento se os 3 ACS conseguiriam cadastrar as 6 micro áreas. Ao iniciar a intervenção só 30 crianças estavam cadastradas e acompanhadas, o que representa 21,9%, já no segundo mês, estavam cadastradas e acompanhadas 77 crianças, ou seja, 56,2% e finalizando o terceiro mês, estavam cadastradas e acompanhadas 112 crianças da área de abrangência, o que significa 81,8%. Consideramos um dado significativo, que demonstra o interesse da equipe em nosso trabalho e o conhecimento da população, principalmente os líderes da comunidade, que também ajudaram na identificação de crianças na faixa etária em estudo e na divulgação da intervenção.

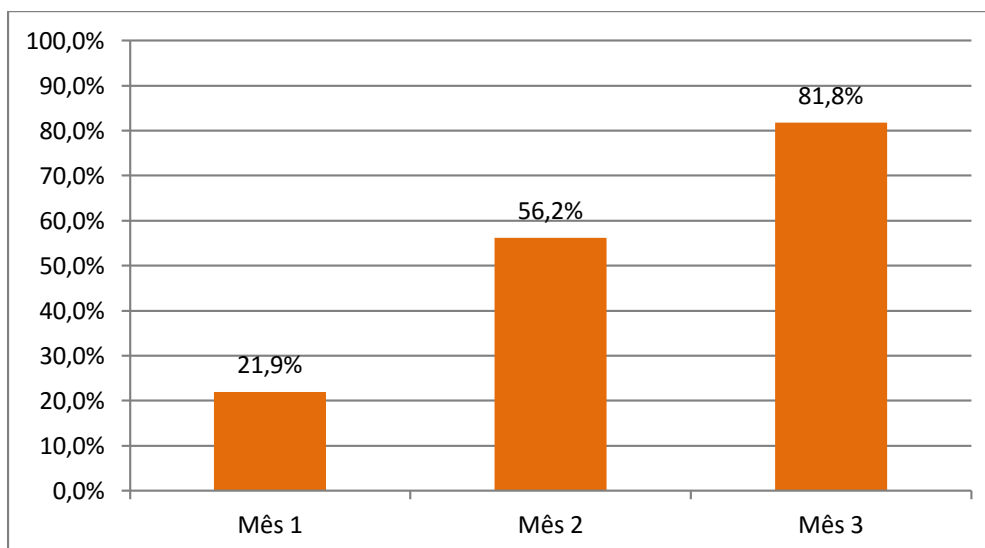


Figura 8: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

A ação que mais ajudou no cadastramento e acompanhamento das crianças da área de abrangência atingindo nossa meta e superando nossa estimativa inicial, que era de 60% foi o trabalho em equipe, o acompanhamento e as buscas ativas das crianças por parte dos agentes comunitários de saúde nas suas visitas domiciliares e na divulgação do projeto de intervenção. Para atingir esta meta a equipe teve que tomar algumas estratégias de fazer consultas nas visitas domiciliares, pois não foi possível marcar consulta de crianças além do que já estava planejado no mapa, pela grande demanda de usuários dos outros programas.

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

Em relação a primeira consulta na primeira semana de vida, das 30 crianças cadastradas no primeiro mês 9 tem a primeira consulta na primeira semana de vida, representando 30%, no segundo mês de estudo das 47 crianças já avaliadas no projeto 21 tem a primeira consulta na primeira semana de vida, ou seja, 39% e no terceiro mês do projeto, de 35 crianças avaliadas 15 tem a primeira consulta na primeira semana de vida, representando 40,2% das crianças na faixa etária de 0-72 meses cadastradas em nossa área de abrangência.

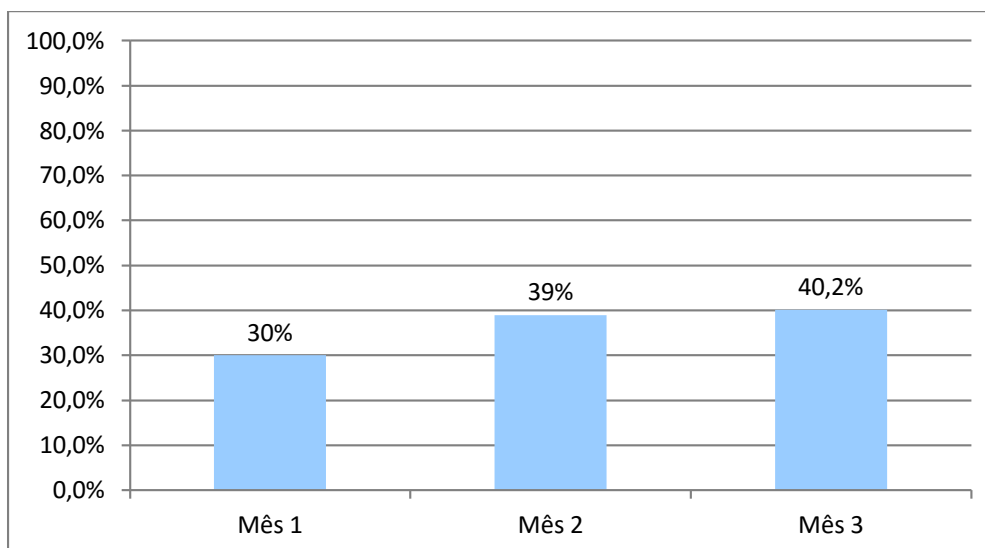


Figura 9: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Este grande número de crianças que não foi feita a primeira consulta na primeira semana de vida tem relação com as idades das crianças, são crianças acima de 2 anos de idade, geralmente que se encontravam morando em outras áreas de abrangência e foi feito um novo prontuário em nosso CS e outras porque não estava estabelecido o programa corretamente no CS e estavam sendo avaliadas depois dos primeiros sete dias de nascidos quando a mãe comparecia à consulta.

As ações que mais auxiliaram na realização da primeira consulta na primeira semana de vida foram a busca ativa das crianças por parte dos ACS e o melhor controle das gestantes com suas Datas prováveis de parto (DPP), permitindo que todas as crianças cujas mães tinham atendimento pré-natal com nossa equipe fossem cadastradas no tempo correto. Um aspecto que dificultou atingir uma maior porcentagem de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida foi a falta de registro das crianças maiores de dois anos de vida inexistente no CS e muitas mães não lembravam esses dados.

Meta 2.2 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Às 112 crianças inscritas no programa foi feito o monitoramento de crescimento, representando 100%, o que demonstra a qualidade do trabalho da equipe e seu empenho por obter um bom resultado, esta meta também foi atingida

pela responsabilidade das mães e sua adesão ao projeto em todo momento mostrando seu interesse pela qualidade de atendimento das suas crianças.

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

Em relação ao déficit de peso no primeiro mês nossa equipe não teve crianças com déficit de peso, por isso não teve monitoramento de crianças neste aspecto, já no segundo mês a equipe teve 5 crianças com déficit de peso, sendo que o monitoramento foi 100%. No terceiro mês das 5 crianças do segundo mês, duas que estavam com baixo peso por prematuridade conseguiram alcançar o peso adequado e as outras três tem aumentado de peso mas ainda não tem estabilizado o peso. Os motivos dessas crianças estarem com déficit de peso foram 1 por prematuridade e 2 por deficiência na alimentação por ter a família uma carente situação financeira e além disso por falta de conhecimento em relação à alimentação saudável, as três crianças tem acompanhamento por pediatria no centro de recuperação nutricional (CERNUTRI).

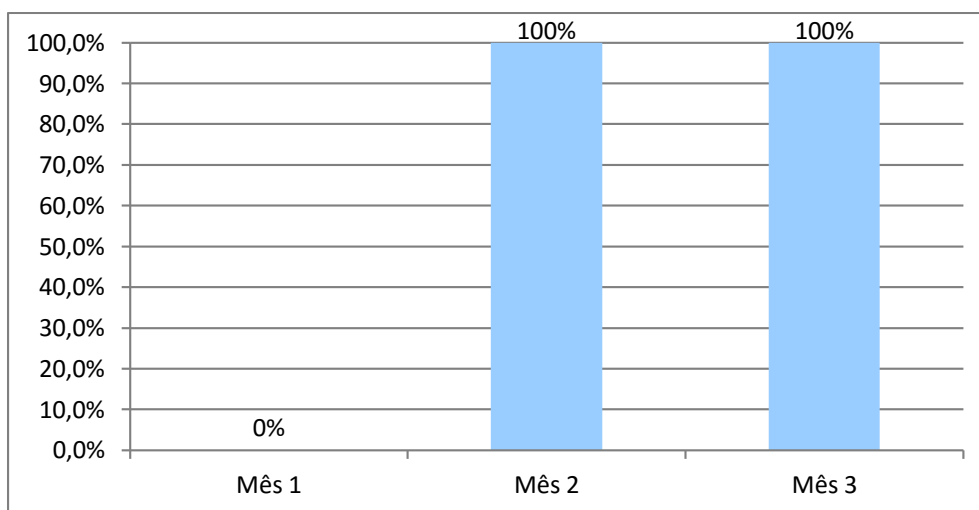


Figura 10: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

Esta meta foi alcançada pelo trabalho de promoção em saúde que a equipe tem feito todos os dias com as mães das crianças nas visitas domiciliares, nas consultas, nas ações no CS e pelo acompanhamento delas pelos especialistas do CERNUTRI.

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

Em relação as crianças com excesso de peso e seu monitoramento, no primeiro mês a equipe não teve crianças com excesso de peso, mas já no segundo mês houve 3 crianças com excesso de peso, com 100% de monitoramento e no terceiro mês houve uma criança com excesso de peso, que recebeu monitoramento e por isso, atingimos 100% de cobertura nessa meta. Identificamos que estas crianças estavam com uma alimentação inadequada por excesso que levou a obesidade infantil. Foram feitas orientações em relação ao regime que deve ser feito, foram encaminhadas para o CERNUTRI para avaliação pelos especialistas e mantêm o acompanhamento.

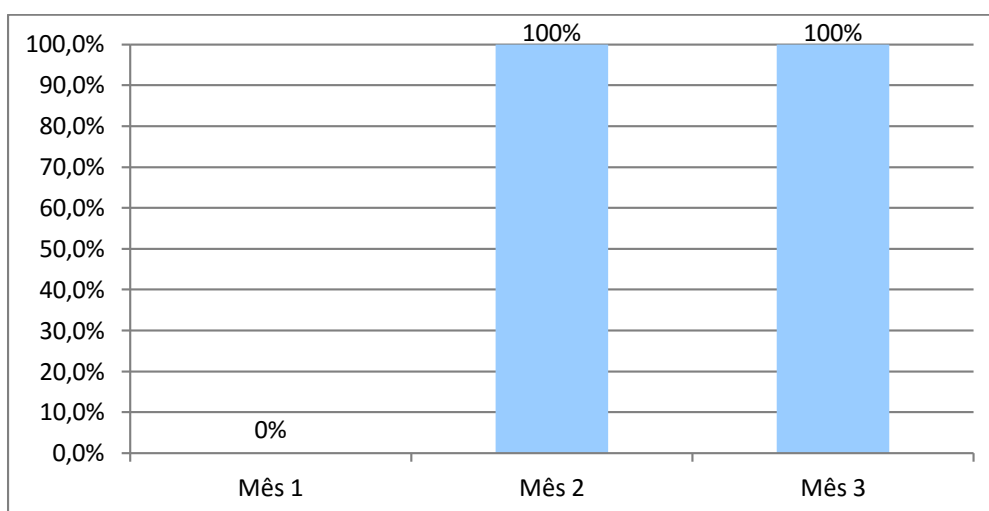


Figura 11: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

A equipe conseguiu atingir esta meta em 100% pela boa aceitação das mães do projeto e pela sua responsabilidade pela saúde das suas crianças, comparecendo às consultas agendadas além das ações de promoção em saúde feitas pela equipe para estimular o comparecimento das mães com as crianças às consultas.

Meta 2.5 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Em relação ao monitoramento do desenvolvimento, as 112 crianças do estudo foram avaliadas e tem o monitoramento em 100%. Esta meta foi alcançada pela responsabilidade da equipe, pela contribuição das mães, e por poder contar no CS com os materiais precisos, tais como fita métrica e balanças.

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

Indicador 7 - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Em relação a vacinação em dia para a idade, nossa equipe no primeiro mês avaliou 30 crianças e dessas 28 estavam com as vacinas em dia representando 93,3% e só tivemos dificuldade com duas crianças, uma por prematuridade e que não tinha o peso acima de 2500 gramas e outra por encontrar-se com gripe quando correspondia a vacina, estas duas crianças já no terceiro mês de estudo tinham recuperado as vacinas. No segundo mês, foram identificadas duas crianças com as vacinas desatualizadas, uma porque não tem cartão de vacina e foi encaminhada para a sala de vacina para fazer o cartão pela ficha espelho do departamento e outra que a mãe refere que as crianças receberam as vacinas, mas não está registrado no cartão da criança. Essas são as mesmas crianças que ainda no terceiro mês continuam com esquema de vacina desatualizado. Elas foram visitadas na sua casa para conhecer o estado das vacinas, mas a situação ainda não foi resolvida.

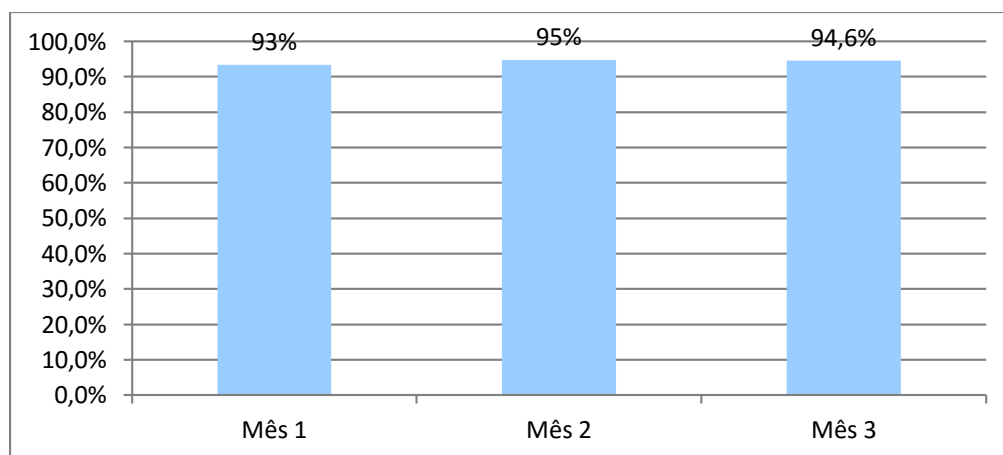


Figura 12: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Esta meta foi alcançada pela contribuição das mães das crianças que foram encaminhadas para o departamento de vacina e pela contribuição do departamento em atualizar o esquema nessa hora ou agendar o dia para vacinar.

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

Em relação à suplementação de ferro, todas as crianças avaliadas na faixa etária de 6 a 24 meses de idade se encontram com suplemento de ferro, ou seja, 100% das crianças, sendo 11 no primeiro mês, 16 no segundo e 36 no terceiro mês. Uns deles já estavam com suplemento de ferro prescrito em consultas anteriores e outros que começaram a tomar a partir da primeira consulta do estudo por ser a primeira consulta, o 100% das crianças com suplemento de ferro foi possível pela estratégia da equipe de visitar a farmácia antes de começar o estudo e avaliar a quantidade de ferro necessária para oferecer a 100% das crianças e a farmácia contava com essa quantidade.

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

No primeiro mês do estudo todas as crianças tiveram triagem auditiva feita, ou seja, 30 crianças, no segundo mês das 77 crianças avaliadas duas delas não tinham feita a triagem auditiva encontrando-se o estudo em um 97,4% e no terceiro mês das 3112 crianças avaliadas, 110 tem feita a triagem auditiva, fechando a intervenção com 98,2%.

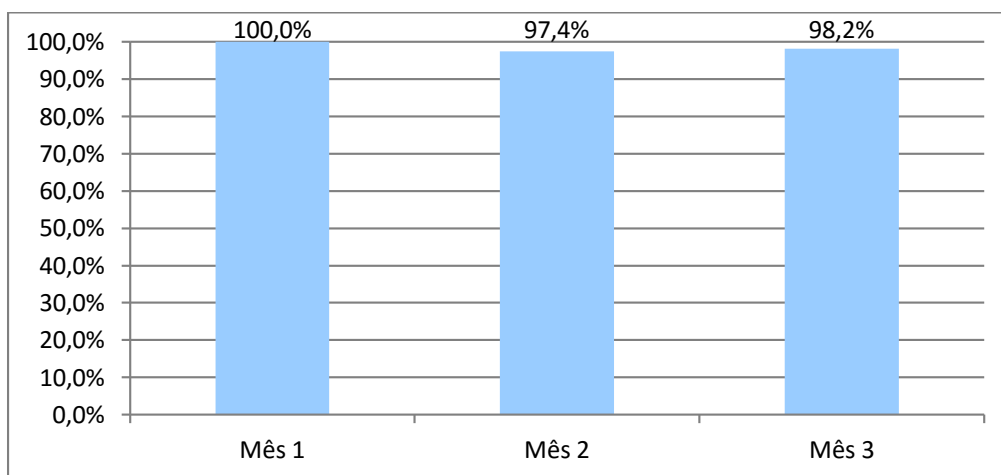


Figura 13: Proporção de crianças com triagem auditiva

Em relação ao número de crianças com triagem auditiva, a equipe detectou duas crianças que não tem a triagem auditiva feita, as mães referem que não tem conhecimento se foi feita a triagem e não tem resultados na caderneta pelo que não temos como confirmar se foi feita ou não a triagem auditiva, pelo que só temos um 98,2% das crianças avaliadas com a triagem auditiva feita.

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

No primeiro mês do estudo todas as crianças avaliadas tinham o teste do pezinho realizado, ou seja, 30 crianças, no segundo mês de 77 crianças avaliadas 2 delas não tinham feito o teste do pezinho tendo 97,4% das crianças com o teste feito e no terceiro mês do estudo de 112 crianças avaliadas, 110 tinham feito o teste, concluindo a intervenção com 98,2%.

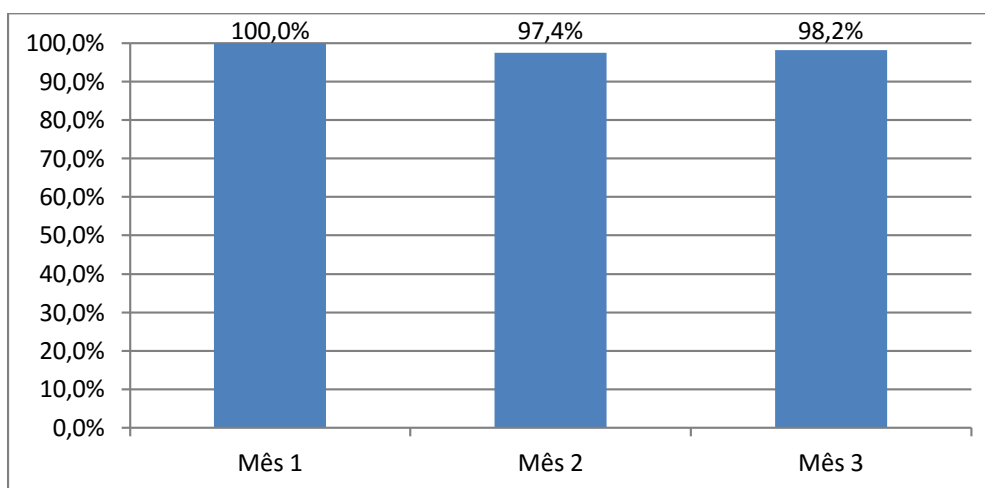


Figura 14: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Em relação ao teste do pezinho temos duas crianças que não tem feito o teste, essas duas crianças foram avaliadas no segundo mês do estudo, uma delas porque foi adotada e na caderneta da criança não tem o resultado do teste e a mãe adotiva não tem conhecimento se foi feito ou não, pois nas cadernetas das crianças estão faltando informações e esse foi um dos problemas identificados no projeto. A outra criança, a mãe refere que quando foi, em várias ocasiões, fazer o teste e lhe falaram que não tinha material para fazer o exame, por isso alcançamos só 98.2% de crianças com o teste do pezinho feito.

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

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi feita pelo médico da equipe e pelo odontólogo nas ações de saúde realizadas em nosso CS e nas escolas, foram avaliadas 88 crianças na faixa etária de 6-72 meses de idade, ou

seja, a cada mês da intervenção 100% das crianças receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Esta porcentagem foi atingida pela boa contribuição das mães nas consultas e pela contribuição do odontólogo que em conjunto com a equipe está acompanhando o projeto.

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

Durante o estudo, um dos problemas identificados pela equipe foi a dificuldade para realizar a primeira consulta de atendimento odontológico, por isso foi traçado uma estratégia para aumentar o número de crianças avaliadas pelo odontólogo. Assim, no primeiro mês não tivemos crianças que receberam consulta odontológica, no segundo mês de estudo tivemos só uma criança consultada, representando 1,7% e no terceiro mês alcançamos 31,8% das crianças com a primeira consulta, ou seja, das 28 crianças tiveram consulta odontológica.

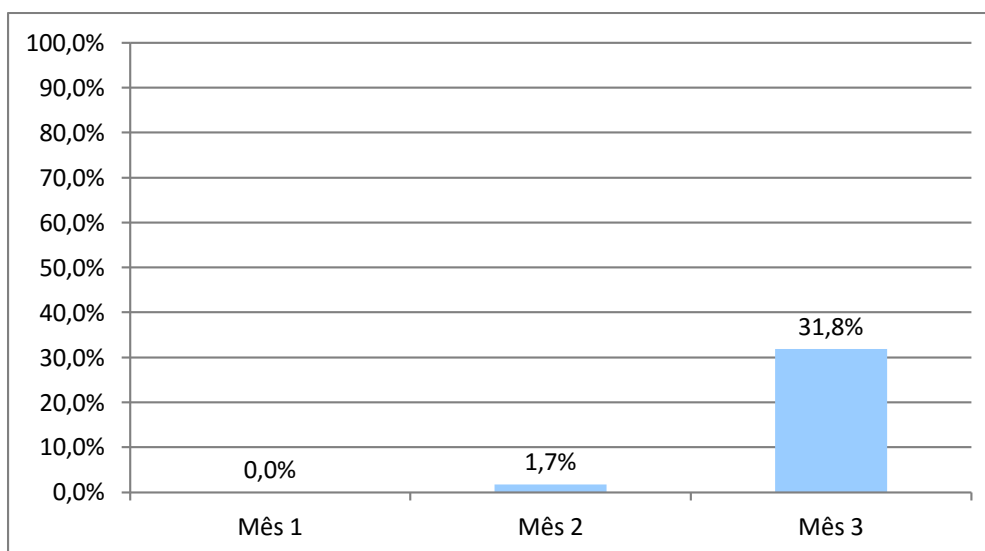


Figura 15: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Esta porcentagem de crianças com primeira consulta odontológica foi possível a partir do segundo mês do estudo porque em nosso CS não temos odontólogo nas equipes de saúde o que dificultou o atendimento desde o início do estudo. Porém, foi feita uma estratégia com o gestor da unidade de marcar um dia

da semana para a equipe agendar consultas para todas aquelas crianças compreendidas na faixa etária de 6-72 meses e receberam a primeira consulta de odontologia o que facilitou alcançar essa meta além do compromisso da equipe em conjunto com o odontólogo.

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

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

Em relação a busca ativa às crianças faltosas, a equipe realizou um bom trabalho e foi feita ao 100%. No primeiro mês a equipe teve 4 crianças faltosas, no segundo mês 9 crianças e no terceiro mês 5 crianças, foi feita busca ativa para todas essas crianças. Não houve dificuldade para alcançar essa meta, pois as visitas domiciliares dos ACS, médico e enfermeira tiveram êxito na busca ativa destas crianças faltosas tendo em conta que não compareceram a consulta pelo clima e a equipe decidiu fazer essas visitas domiciliares.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

Todas as crianças avaliadas (112 crianças) se encontram com o registro atualizado, alcançando 100% desta meta a cada mês. Isto foi possível pelo esforço da equipe, pois foi feita capacitação em relação ao preenchimento das fichas espelhos e todos compreenderam a importância do registro e o realizaram adequadamente.

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.

Das 112 crianças avaliadas no estudo, 100% foram avaliadas em relação ao risco, em todos os meses. A partir dessa análise identificamos alguns riscos como prematuridade, déficit de peso, excesso de peso e não aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade. O alcance desta meta foi possível pela contribuição das mães que compareceram a consulta e pelas informações que elas aportaram.

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

As mães das 112 crianças, receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância e alguns dos pais também, em ações feitas pela equipe em nosso CS antes e durante as consultas e em atividades feitas em escolas representando um 100%.

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

Durante o estudo todas as 112 crianças avaliadas foram colocadas para mamar durante a primeira consulta, ou seja, alcançamos 100% de cobertura dessa meta em todos os meses da intervenção. Algumas crianças foram colocadas para mamar na consulta feita pela equipe e outras as mães referiram que foram colocadas porque não temos registro disso na caderneta.

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

Todas as mães das 112 crianças, ou seja, 100%, avaliadas na intervenção receberam orientações nutricionais mediante as consultas, as ações de promoção em saúde em nosso CS e nas escolas da área de abrangência.

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

Todas as mães das crianças receberam orientações sobre higiene bucal e prevenção da cárie, em ações coordenadas por um dos odontólogos do CS e em atividades de promoção da saúde feitas pela equipe, além das orientações que são feitas nos atendimentos clínicos do médico e da enfermeira o que representa um 100%

4.2 Discussão

O CS Olenka foi beneficiado pelo programa Mais Médicos, com um médico em cada equipe, sendo que todos realizaram projetos de intervenção no mesmo período, permitindo que toda população fosse beneficiada com algum dos projetos, foram feitos estudos com foco de intervenção em saúde da criança, saúde da mulher e saúde dos hipertensos e diabéticos. A intervenção da minha equipe propiciou a ampliação da cobertura do programa de saúde das crianças de 0 a 72 meses de 54 crianças (37,5%) que tinham o acompanhamento em dia para 112 crianças (81,8%), a equipe continua trabalhando na pesquisa das crianças de 0-72 meses de idade para alcançar o 100%, que acreditamos vai ser atingido em um mês, pois não foi possível talvez pela redução das semanas de intervenção e por contar da ausência de ACS (temos apenas 3 ACS para 6 micro áreas). Para atingir esta meta nossa equipe trabalhou realizando ações de busca ativa das crianças, pois depois das consultas o médico informava para os ACS quais crianças estavam agendadas e não compareceram à consulta e nesse mesmo dia, pela tarde, a equipe saía para realizar uma visita domiciliar à essas crianças e cadastra-las no projeto. Outra estratégia que deu muito resultado foi a realização de ações de promoção nas comunidades, onde as mães das crianças foram informadas de nosso projeto e para que comparecessem à consulta no CS. Avançamos quanto a melhoria da qualidade do atendimento à criança e adesão ao programa de saúde da criança, foram aprimorados os registros das informações, mapeamos as crianças de risco da área de abrangência e promovemos a saúde das crianças cadastradas mediante ações educativas.

Com a ampliação da cobertura da intervenção conseguimos oferecer consultas às crianças maiores de dois anos que não tinham um adequado acompanhamento e cadastrar muitas crianças moradoras em micro áreas descobertas por ACS. Tivemos uma melhora na qualificação da atenção com destaque para a maioria dos indicadores deste objetivo como foram o monitoramento de crescimento, desenvolvimento e déficit ou excesso de peso monitoradas, a proporção de crianças vacinadas em dia para a idade alcançando 98,2%, por ter duas crianças com dificuldade no registro das vacinas na caderneta, mas já foi avaliada essa dificuldade pelo responsável das vacinas do CS e será resolvido, pois tem que atualizar a caderneta pela ficha-espelho do departamento de vacina.

A equipe teve dificuldade com a triagem auditiva, só atingiu 98,2% por ter duas crianças que não temos certeza se o exame foi feito, já que não consta na caderneta da criança e as mães referem que não tem conhecimento disso. A proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplemento de ferro foi atingida em 100%, assim como a proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Em relação a proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, a equipe continua trabalhando todas as semanas com agendamento das crianças para o odontólogo para atingir o 100% das crianças com necessidade de atendimento odontológico de 6-72 meses de idade, pois não foi possível atingir essa meta durante o estudo por ter começado o atendimento odontológico a partir do segundo mês do estudo.

Também não foi possível alcançar 100% das crianças com o teste do pezinho feito, por ter duas crianças que não tinham feito este exame, uma delas é uma criança adotada e a mãe adotiva não tem conhecimento se foi feito o exame e também não há registro na caderneta da criança, a outra criança sem teste de pezinho, a mãe refere que o serviço de saúde nunca tinham material para fazer o teste. Essa situação não vai acontecer mais porque em nosso CS estamos realizando o teste do pezinho e durante a primeira consulta o recém-nascido é encaminhado para o teste.

O trabalho organizado propiciou que não apresentássemos muitas crianças faltosas às consultas, as faltosas foram recuperadas graças à busca ativa e o trabalho contínuo da equipe, que também propiciou a ampliação da proporção de crianças com registro atualizado com correto preenchimento da ficha-espelho, prontuário clínico e planilha de coleta de dados.

A equipe atingiu a proporção da avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas todos os meses que durou a intervenção e foram oferecidas orientações nas atividades educativas realizadas no CS e nas escolas dirigidas, sobre nutrição, higiene bucal entre outros temas. Conseguimos colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, fundamentalmente naquelas que foram avaliadas nos primeiros 7 dias de vida.



Figura 16: Atividades com os pais das crianças.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acompanhamento da criança através dos cadernos de Atenção Básica de Saúde da Criança (BRASIL, 2012). Com as capacitações a equipe ficou mais preparada em relação ao protocolo de atendimento, cada um de nós consolidou conhecimentos sobre suas funções, promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, dos ACS e das integrantes da equipe odontológica.

Os ACS ficaram muito mais preparados como funcionários de saúde na abordagem das crianças na comunidade, no acolhimento no CS, apreenderam sobre a busca ativa das crianças sobretudo durante os primeiros 7 dias de vida, no registro das informações recolhidas na ficha-espelho, ficaram mais preparados quanto aos temas oferecidos nas ações educativas e para a participação durante as palestras. Os ACS e todos os integrantes da equipe ficaram mais capacitados para realizar o acolhimento. A técnica de enfermagem melhorou o conhecimento sobre esses temas fazendo que aumentasse seu conhecimento em saúde. Com as capacitações, o médico e a enfermeira reforçaram as relações entre profissional e a família das crianças, melhoraram a confiança no trabalho pelos resultados

alcançados, reforçaram os laços entre gestão e equipe e ficaram melhor preparados quanto aos conhecimentos para serem transmitidos durante ações educativas e orientações aos pais das crianças.

A intervenção acabou tendo um positivo impacto no serviço de odontologia, pois antes da intervenção eram poucas as crianças acompanhadas, desta maneira o serviço melhorou este tipo de atendimento.

Antes da intervenção não tínhamos tão organizadas as ações com crianças, o atendimento era maioritariamente de demanda espontânea, realizávamos puericultura mas somente de poucas crianças sem fazer um completo cadastramento da área na pesquisa de crianças que não eram atendidas pelo nosso serviço. Com a nossa intervenção ganhamos em organização desde a recepção, o acolhimento, a pré-consulta, as consultas do médico e da enfermeira até a pesquisa e cadastro de novas crianças. Trabalhamos desde o pré-natal com informações sobre a importância do comparecimento em consulta antes dos 7 dias de vida da criança. A equipe também ganhou em organização dos registros e preenchimento dos mesmos e melhorou o trabalho com a demanda espontânea. Atualmente, planejamos ações educativas que são organizadas com tempo, em dias fixos mensais e conseguimos dar continuidade ao atendimento odontológico com 10 crianças agendadas durante a semana.

Sobre a importância da intervenção para a comunidade, os impactos e resultados da mesma vêm sendo percebido por todos já que as mães das crianças demonstraram satisfação com o programa, pois estamos a cada dia com melhores resultados. A satisfação dos pais e o reconhecimento do nosso trabalho é demonstrado com o comparecimento contínuo deles ao nosso serviço. A população percebeu o trabalho mediante as atividades educativas com o grupo de crianças, que foi umas das ações que mais impactou e gerou amplos conhecimentos nos pais das crianças quanto aos temas oferecidos como foram aleitamento materno, acidentes na infância, saúde bucal, desenvolvimento da criança, doenças infecciosas, verminoses, entre outras.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas crianças sem cobertura, que serão incorporadas ao serviço em breve e assim, dar continuidade ao nosso trabalho. Se eu fosse a realizar agora a intervenção, primeiramente completaria a equipe de trabalho, pois foi muito difícil alcançar a meta só com 3 ACS tendo 6 micro áreas e outro aspecto seria identificar líderes

dentro do grupo de pais, a fim de ajudarem a organizar as ações de promoção em saúde junto com os ACS.

Com a intervenção foram aperfeiçoadas muitas ações, mas se fosse realizar a intervenção hoje tomaria algumas atitudes diferentes, tais como iria trabalhar na realização de atividades educativas na comunidade antes do início da intervenção para buscar uma melhor adesão das mães ao projeto e para não apresentar crianças faltosas e arrumaríamos a agenda odontológica desde o início da análise situacional para não sobrecarregar o serviço. Ampliaríamos a agenda de atendimento para cadastrar a todas as crianças em um menor tempo, começando o cadastramento antes da intervenção. Falaríamos com a comunidade com bastante tempo do início da intervenção para compreendermos quanto à prioridade da atenção as crianças.

Agora com a equipe unida, com um trabalho já realizado e com muitos logros temos decidido que vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço e estamos mais preparados para superar as dificuldades encontradas. A intervenção será incorporada a rotina do serviço, contando com o apoio dos gestores do CS, mantendo a pesquisa ativa das crianças de 0 a 72 meses de idade, o monitoramento e a avaliação as ações, o trabalho nas reuniões de equipe, as atividades educativas, a sistematicidade nas atividades de consulta e a promoção e prevenção de saúde direcionadas às crianças. Considero que devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção das crianças, em especial as de alto risco.

A equipe continuará trabalhando na ampliação da cobertura das crianças de zero a setenta e dois meses de idade para poder atingir o 100% deles, num segundo momento continuaremos trabalhando nos indicadores de qualidade, registro, adesão ao programa, avaliação de risco e promoção. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar no futuro o programa de atenção a hipertensão e diabetes e pré-natal e puerpério no CS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Boa Vista/RR

Tendo em conta a carência de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos, razão pela qual estou aqui, com o objetivo de melhorar o atendimento médico e o acesso às UBS. Uma das exigências deste Programa é a qualificação através de um curso de especialização oferecido pela UFPel. Durante o curso foi feito uma análise do serviço e das ações programáticas, que resultou em um projeto de intervenção com foco na saúde da criança.

O mais importante a ser destacado foi o trabalho desenvolvido por toda a equipe em conjunto, realizando o cadastramento das crianças entre 0 a 72 meses de idade e o desenvolvimento de atividades planejadas. Nosso trabalho abarcou toda a nossa área de abrangência, tendo em conta que temos 6 micro áreas e só três delas com ACS. Temos uma estimativa de 172 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses de idade e foram acompanhadas no projeto 112 crianças que foram cadastradas durante as 12 semanas do estudo como se pode observar no seguinte gráfico.

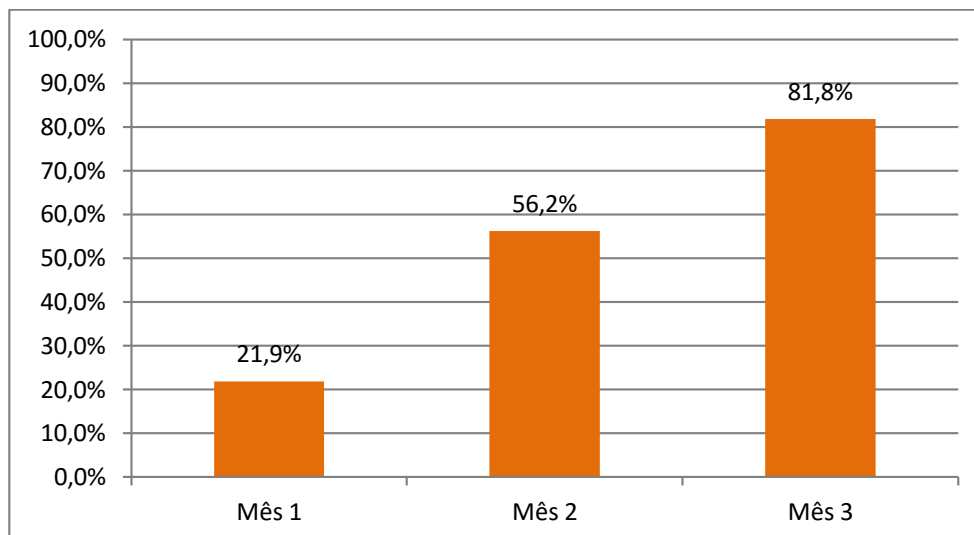


Figura 17: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Para este estudo foi feito um cronograma de atividades para qualificar a atenção oferecida às crianças de nossa área de abrangência. Essas atividades foram realizadas pela equipe em seu conjunto e foram feitas capacitações de modo que todos tivessem conhecimento de como desenvolver cada atividade. Dentre essas atividades, buscou-se garantir a realização da primeira consulta na primeira semana de vida, nesta meta atingimos 40,2%, pois não tínhamos registro nos prontuários das crianças maiores de 2 anos de idade e pelo desconhecimento das mães da importância da primeira consulta nos primeiros 7 dias de nascido.

Graças à boa participação das mães e aceitação do projeto, 100% das crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento, já que todas compareceram à consulta nos dias agendados. Também 100% das crianças de 6 a 24 meses recebiam suplementação de ferro.

Com déficit de peso foram monitoradas no início do estudo 5 crianças e terminamos o estudo só com 3 crianças, pois 2 delas alcançaram o peso normal. Foram tomadas todas as medidas e condutas com elas, foram encaminhadas para o CERNUTRI e avaliadas pelos especialistas. Além disso, a equipe teve ao final do estudo 4 crianças com excesso de peso onde também foram encaminhadas para o CERNUTRI, além da orientação às mães em relação a alimentação tendo em conta a idade da criança. Estas crianças vão continuar suas consultas e avaliação do peso normalmente depois do estudo.

Em relação a proporção de crianças com esquema vacinal em dia, podemos dizer que foi uma tarefa em equipe mesmo, pois os ACS quando identificavam alguma criança com as vacinas desatualizadas, encaminhavam direito à sala de vacina, sendo assim no dia da consulta a maioria das crianças já estavam com as vacinas em dia. Esta meta atingiu 98.2%, pois encontramos duas crianças que não deu tempo durante o estudo de identificar se foram ou não vacinadas pelo fato de não ter registro na caderneta das vacinas.

Também foi avaliado o indicador relacionado à triagem auditiva, em dois casos não tínhamos comprovação de que a criança tivesse feito a triagem auditiva e as mães não tem conhecimento se foi feito o exame. Neste indicador atingimos 98.2%.

Em relação ao teste do pezinho temos duas crianças que não fizeram o teste, uma delas porque foi adotada e na caderneta da criança não tem o resultado do teste e a mãe adotiva não tem conhecimento se foi feito. Nas cadernetas das crianças estão faltando informações e esse foi um dos problemas identificados no projeto. A outra criança, a mãe refere que quando foi, em várias ocasiões, fazer o teste lhe falaram que não tinha material para fazer o exame, por isso alcançamos 98.2% nesta meta.

Durante nossa intervenção, foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade e monitoradas aquelas que realizaram a primeira consulta odontológica. Foi uma ação bem sucedida, mas só conseguimos ter resultado nessa ação a partir do segundo mês da intervenção porque em nosso CS não temos odontólogo nas equipes de saúde, o que dificultou o atendimento desde o início do estudo. Porém, foi feita uma estratégia com o gestor do CS de marcar um dia da semana para a equipe agendar consultas para as crianças, o que facilitou alcançar essa meta. Além do compromisso da equipe em conjunto com o odontólogo. Atingimos 31.8% de crianças com a primeira consulta odontológica, esta ação continua sendo realizada todas as semanas em conjunto com o odontólogo para alcançar 100% das crianças nessa faixa etária.

Uma das ações importantes foi a busca ativa dos faltosos às consultas, 100% dos faltosos foram procurados e reagendadas as consultas deles no CS ou visitados em seus domicílios na mesma semana.

Em relação à coleta de dados, foram feitas as atualizações nos registros, avaliados os riscos individuais de cada uma das crianças e sua classificação certa.

A partir dessa análise identificamos alguns riscos como prematuridade, déficit e excesso de peso, não aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade. O alcance desta meta foi possível pela contribuição das mães que compareceram à consulta e pelas informações que elas aportaram. Foi determinante o treinamento adequado oferecido aos membros da ESF, pois assim eles compreenderam a importância de registrar todos os dados.

Através de palestras e orientações em nosso CS, escolas e nas consultas médicas, conseguimos informar à 100% das mães sobre a saúde bucal, recebemos ajuda do odontólogo que foi incorporado ao nosso estudo.

Com esta intervenção identificamos problemas que afetam a saúde das crianças e que temos que manter como rotina as principais ações desta intervenção, sendo fundamental o apoio da gestão para dar continuidade ao atendimento das crianças. Apoio este relacionado a manter o fornecimento de ferro na farmácia, continuar com os atendimentos odontológicos e buscar que sejam preenchidos todos os dados na caderneta das crianças no momento de seu nascimento. Durante o estudo, a equipe também contou com o apoio do gestor do CS na impressão das fichas espelhos e materiais usados nas ações de promoção em saúde com os pais das crianças, ajudou a manter a quantidade precisa de suplemento de ferro na farmácia e resolveu um dos principais problemas identificados no estudo em relação ao atendimento odontológico. Sendo assim, contamos com o apoio dos gestores para ampliar e manter a qualidade das atividades realizadas com as crianças acompanhadas neste CS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezadas lideranças e comunidade em geral.

O Programa Mais Médicos para o Brasil faz parte de um programa de melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Este Programa prevê levar médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, buscando melhorar a qualidade da saúde oferecida à essas populações. Durante o trabalho em nosso CS foi identificado problemas com o acompanhamento das crianças de 0-72 meses de idade, por isso o meu trabalho de especialização está dirigido à necessidade de melhorar a atenção em saúde da criança.

Hoje em dia nossa população conta com minha presença graças a esse programa que permitiu minha lotação na Unidade de Saúde Olenka Mecellaro Thome Vieira, oferecendo atendimento a um total de 3.452 pessoas. Durante nossa intervenção foram cadastradas 112 crianças na faixa etária de 0-72 meses de idade, no período de 3 meses. O projeto foi desenvolvido por toda a equipe de saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e melhorar a qualidade do atendimento à criança, mediante o cumprimento de um cronograma de atividades.

Com esse projeto conseguimos ampliar a cobertura para 112 crianças de 0-72 meses de idade, uma vez alcançado o cadastramento das crianças começamos avaliando nossos objetivos, inicialmente aquelas crianças que haviam recebido consulta na primeira semana de vida. Observamos que algumas das mães daquelas crianças acima dos 2 anos de idade, não lembravam se sua criança teve essa

consulta nem tínhamos o registro da primeira consulta no prontuário. Esse aspecto é muito importante, pois as mães devem procurar o médico quando ganham o seu bebê, assim a equipe realiza a primeira consulta e dá continuidade aos cuidados feitos desde a gestação, o que permite um melhor acompanhamento pela ESF e uma identificação precoce de algum problema na saúde da criança.

A equipe teve a oportunidade de avaliar o crescimento das 112 crianças, acompanhar aquelas crianças com déficit e excesso de peso, conseguindo durante o estudo a recuperação nutricional de algumas delas. Tudo isto foi possível pela boa participação das mães no estudo e pela aceitação das mesmas às nossas orientações.

Durante o estudo também foram avaliadas as vacinas das crianças e foi atualizada a vacinação de 98.2% delas, por ter 2 crianças com dificuldade na caderneta. Tendo em conta a prevenção de anemia, que pode ocasionar a aparição de doenças nas crianças, a equipe ofereceu suplementação de ferro às crianças de 6-24 meses de idade e foram oferecidas orientações àquelas mães que suas crianças ainda não estavam nessa faixa etária.

Também estivemos analisando a realização da Triagem Auditiva, que avalia a audição na criança, visando a identificação precoce de transtornos na audição. Este teste deve ser realizado nos hospitais e nas maternidades que recebem a criança no momento do nascimento. Também avaliamos o Teste do Pezinho, que deve ser feito na primeira semana de vida, daí a importância de comparecer nos primeiros sete dias de nascido o bebê a primeira consulta, pois nessa consulta é identificado se foi feito ou não esses exames. Felizmente, embora não atingíssemos aos 100% hoje na nossa área de abrangência não há nenhuma criança com morbidade decorrente da não realização desta prova.

Uma das conquistas durante o estudo esteve relacionado com a saúde odontológica, este ponto foi muito importante porque no início do estudo foi identificado o pouco conhecimento das mães do atendimento odontológico nas suas crianças a partir de 6 meses de idade. No início não tínhamos crianças com a primeira avaliação pelo odontólogo, mas foi feito um acordo com o gestor da unidade e ele facilitou para a equipe um odontólogo e a partir da terceira semana do estudo começamos a realizar a primeira consulta odontológica às crianças. As mães de todas as crianças foram orientadas sobre higiene bucal, escovação dos dentes e as principais causas de cáries, assim como preveni-las. A equipe não conseguiu atingir

o 100% das crianças, mas conseguiu que 31.8% das crianças tivessem a primeira consulta com o serviço de odontologia.

Foi avaliado o risco das crianças, às mães foram orientadas na prevenção de acidentes na infância, as crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta para explicar as mães as posições que devem ser adotadas para uma boa amamentação e foram feitas orientações nutricionais. Para conseguir todas estas orientações foram feitas atividades de promoção em saúde nas escolas de nossa área de abrangência com os pais das crianças e as crianças, atividades no CS antes de começar nossas consultas e durante as consultas onde foram tratados diferentes temas de interesse para manter uma boa saúde da criança. Foi feita busca ativa das crianças faltosas à consulta para que não ficassem fora do estudo e foram recuperadas suas consultas mediante visitas domiciliais.

Nossa equipe continua envolvida no desempenho de diferentes atividades e ações, encaminhadas a dar continuidade a nossa intervenção para contribuir com a saúde dessas crianças. Durante todo o estudo a equipe teve um bom apoio dos líderes da comunidade e eles participaram em algumas de nossas atividades e estiveram cientes de nossos resultados e dificuldades. Este apoio deve ser mantido para que consigamos manter a boa saúde dessas crianças. O estudo teve muita aceitação por parte das mães e familiares das crianças, por isso é importante que nosso estudo continue de igual forma com o mesmo apoio, que as mães continuem levando as crianças à consulta na unidade, tenham participação nas atividades de promoção em saúde e aqueles pais que estão faltando por levar suas crianças a nossa unidade por serem de áreas descobertas por ACS sejam convidados a comparecer ao nosso CS e formem parte deste trabalho pela saúde das crianças, que são nosso futuro.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Acredito em que todas as coisas que acontecem tem uma explicação, umas mais fáceis de enfrentar e outras mais difíceis, mas todas têm seu objetivo na vida, são desafios que são colocados em nosso caminho com metas a alcançar. Para enfrentar estes desafios é preciso dedicação, perseverança e a vontade de chegar até o final, para poder ver os ganhos de nossas conquistas que sempre estarão encaminhados a ver um sorriso nos lábios dos pacientes.

Todos estes desafios são só o começo de nossa perfeição e engrandecimento como profissionais, avaliando dia a dia nossos resultados nesta profissão que tem como premissa salvar vidas humanas, objetivo principal pelo que estou aqui no Brasil colocando minha responsabilidade como médico acima de tudo, pois a medicina é uma profissão que se leva no coração.

Com esta especialização tive a oportunidade de mergulhar em aspectos relacionados a saúde brasileira e conhecer qual a realidade da situação em saúde no Brasil, tendo em conta diferentes culturas e contextos sociais, que são diferentes para cada região do país, norte, sul, sudeste, nordeste e centro-oeste com características muito diferentes, mas tudo leva por um só caminho, o bem-estar dos pacientes.

Também tive a possibilidade de conhecer outros médicos lotados em outras regiões do Brasil, interagir com eles e conhecer aspectos da saúde de suas regiões, conhecer ações que eles estavam desenvolvendo e trocar ideias para entre todos e melhorar o trabalho inserindo experiências de outros colegas, tendo em conta os resultados positivos alcançados. Além disso, a troca com médicos e médicas do Brasil, Cuba e outros países envolvidos me permitiu observar diferentes pontos de

vista de uma realidade em saúde que em muitos aspetos desconhecia. Me permitiu resolver muitos problemas de saúde, e hoje em dia posso dizer que como profissional me sinto crescido e todos os meus conhecimentos são para o benefício da população, principalmente para as crianças que foram o objeto de estudo, graças à UFPel que através do curso de Especialização em Saúde da Família me possibilitou estudar um grupo de crianças na faixa etária de 0-72 meses de idade e avaliar diferentes indicadores em saúde, com o objetivo de melhorar o atendimento e modificar tudo aquilo que poderia ser modificável.

Tenho a certeza que ainda tenho muito caminho por recorrer em minha atuação como médico, a medicina é uma profissão que não permite descanso, temos que aumentar a cada dia mais nossos conhecimentos para poder oferecer o melhor de nós a essas pessoas que chegam as consultas, procurando escuta-las e oferecer um sorriso para que fiquem satisfeitas e felizes com o nosso atendimento.

Agradeço a este curso pela possibilidade de ampliar meus horizontes na medicina, meus conhecimentos em doenças próprias de países como Brasil e tenho a certeza que programas como este devem continuar sendo implementados para melhorar a política de saúde, onde os mais beneficiados em tudo serão os pacientes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança. Materiais informativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf>. Acesso em: 02 nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

CAMPOS, R. M. C; RIBEIRO, C. A; SILVA, C. V. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, n. 45, v. 3, p.566-74, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 02 nov 2014.

IBGE. **Censo 2010 - População por domicílio**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 27 set. 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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 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