

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC
20, Uruguaiana/RS**

Vivas Natividade Lourdes

Pelotas, 2015

Vivas Natividade Lourdes

**Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC
20, Uruguaiana/RS**

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

Orientador: Niviane Genz

Co-orientadora: Patrícia Germânia da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L892m Lourdes, Vivas Natividade

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança Entre Zero e 72 Meses na ESF Caic 20, Uruguaiana/RS / Vivas Natividade Lourdes; Niviane Genz, orientador(a); Patricia Germania, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Genz, Niviane, orient. II. Germania, Patricia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à todas as crianças
pertencentes à UBS/ESF CAIC 20 de
Uruguaiiana/RS.

Agradecimentos

À toda a equipe de saúde da UBS ESF 20 que participou de forma efetiva para a realização da intervenção para qualificar a atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à UBS ESF CAIC 20 de Uruguaiana/RS;

Às todas às mães e/ou responsáveis que depositaram a sua confiança no trabalho realizado por mim e pela minha equipe de saúde da Unidade de ESF CAIC 20 de Uruguaiana/RS;

À todos os colegas pelas experiências compartilhadas ao longo do curso por meio de diálogo nos fóruns;

À UFPel pela oportunidade de realizar este curso de especialização e aprofundar os meus conhecimentos acerca da Atenção Básica no Brasil.

Resumo

LOURDES, Vivas Natividade. **Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC 20, Uruguaiana/RS.** 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança sob aspectos biológicos, afetivos, psíquicos e sociais. Diante disso, é preciso uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de forma geral, inclusive como condição para que possamos garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis. Assim, buscando garantir que a população entre zero e 72 meses pudesse ter uma assistência de qualidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde desenvolvemos uma intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à saúde da criança na Unidade de Estratégia de Saúde da Família CAIC 20, em Uruguaiana/RS. Para esta intervenção foi necessária a capacitação da equipe, o cadastramento da população alvo, a monitorização de indicadores de qualidade da assistência realizada, estímulo à participação da população, garantia do acesso facilitado ao atendimento e a prática diária. Foram levantadas as necessidades da unidade por meio de uma análise situacional e a partir disso foi estabelecido um conjunto de ações que deveriam ser desenvolvidas durante o período de 12 semanas, entre os meses de junho a setembro de 2015, garantindo a melhoria na atenção à saúde das crianças sob os eixos de monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, engajamento público e organização da gestão do serviço. Dentre os resultados mais relevantes destacamos que 47,3% (142) do total de 300 crianças foram cadastradas durante a intervenção e que se manterão em acompanhamento, houve qualificação da equipe para o atendimento à população alvo baseada no protocolo do Ministério da Saúde, houve também implementação da ficha-espelho para monitoramento de todas as crianças cadastradas e a participação da comunidade de forma tímida nas ações desenvolvidas. Ainda, outros indicadores quanto ao monitoramento do crescimento, do desenvolvimento, monitoramento das crianças com déficit de peso, das crianças com excesso de peso, atualização da carteira de vacinas, orientações de saúde e de higiene bucal, suplementação de ferro, manutenção dos registros atualizados, alimentação de acordo com a faixa etária, prevenção de acidentes na infância não foram passíveis de alcance em 100% das crianças cadastradas. No entanto, a busca ativa de crianças faltosas às consultas foi realizada a 100%, mas nem todas comparecem à nova consulta agendada. Assim, o trabalho iniciado com a intervenção será mantido na rotina do serviço para dar continuidade a qualificação da atenção à saúde da criança a fim de possibilitarmos um desenvolvimento e crescimento saudável a todas as crianças pertencentes à área de cobertura da unidade objetivando alcançar 100% de cobertura.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	61
Figura 2	Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	63
Figura 3	Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de crescimento na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	64
Figura 4	Gráfico da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	65
Figura 5	Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	66
Figura 6	Gráfico da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	68
Figura 7	Gráfico da Proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	69
Figura 8	Gráfico da proporção de crianças que realizaram triagem auditiva na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	70
Figura 9	Gráfico da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	71
Figura 10	Gráfico da proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	72
Figura 11	Gráfico da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	73
Figura 12	Gráfico da proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	75
Figura 13	Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	76
Figura 14	Gráfico da proporção de crianças com avaliação de risco na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	77
Figura 15	Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	78
Figura 16	Gráfico do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.	79
Figura 17	Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na	80

unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

- Figura 18 Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries de acordo com a faixa etária na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015. 72
- Figura 19 Fotografia da equipe da ESF CAIC 20 de Uruguaiana, RS, no dia da Prefeitura no Bairro, 2015. 90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIC	Centro de Atendimento de Integração à Criança
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DANTs	Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PROVAB	Programa de Valoração da Atenção Básica
RN	Recém-Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores.....	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
Referências	91
Anexos	93

Apresentação

O presente trabalho apresenta a intervenção realizada na Unidade de Saúde de ESF CAIC 20 do município de Uruguaiana/RS que teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses pertencentes à área de cobertura da referida unidade como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade com descrição da mesma e uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção e o cronograma que foi seguido para a realização da intervenção.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados e no quinto e sexto capítulos serão apresentados os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E, após as referências utilizadas para o projeto e, ao

final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Quando iniciou o curso de Especialização em Saúde da Família eu ainda não estava trabalhando na Unidade CAIC 20 do município de Uruguaiana/RS por problemas em minha matrícula, mas já tinha conhecimento de que na unidade em que atuaria havia uma equipe de Saúde de Estratégia de Família (ESF). Esta equipe está composta por 1 médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e será acrescida por mim que sou médica pelo Programa mais Médicos para o Brasil (PMMB) e um médico com especialidade em pneumologia e atua na Unidade como médico de saúde da família sem vínculo com a ESF. Conta ainda com 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, um odontólogo, 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um burocrata, uma higienizadora.

A Unidade de ESF CAIC 20 está localizada em uma área muito carente do município em um espaço construído para ser uma Unidade de Saúde junto à uma creche e à uma escola – Centro de Atendimento de Integração à Criança (CAIC).

A estrutura física da Unidade possui uma sala de recepção, uma sala de espera, uma sala de vacinação, uma sala de curativos, uma sala do enfermeiro, uma sala de triagem, uma sala de esterilizações, um consultório odontológico equipado adequadamente, uma cozinha, sanitários para os usuários, dois consultórios médicos, uma farmácia, mas que neste momento não está em funcionamento por que não entregamos medicamentos pela falta do farmacêutico e/ou auxiliar na Unidade.

Na Unidade temos em funcionamento o Projeto “Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis” (DANTs), temos grupo HiperDia (Hipertensos e

Diabéticos) e grupo de gestantes. Estamos adquirindo computadores para manter um controle adequado de todos os dados e informatizar o serviço conforme projeto do Ministério da Saúde (MS) para um Sistema Único de Saúde (SUS) mais organizado e efetivo. Deveremos ampliar a realização de exames preventivos, ofertar vacinas conforme preconizado pelo MS, realizar curativos e qualificar o acolhimento e atendimento à demanda espontânea bem como realizar visitas domiciliares.

Assim que chegarmos à Unidade já temos conhecimento de que teremos que realizar algumas mudanças na distribuição das micro-áreas junto à área de abrangência da unidade, pois estes bairros são muito carentes e necessitam de um atendimento personalizado. Estaremos realizando o nosso trabalho de forma responsável procurando sempre sermos resolutivos, eficazes e equânimes na tentativa de que todos sejam ouvidos e que as suas necessidades sejam satisfeitas na medida do possível.

A equipe de ESF que atua na unidade necessita organizar o processo de trabalho, pois ainda não realizam momentos de reuniões de equipe e ainda há necessidade que a equipe seja completada, pois necessitamos de mais ACS. Espero cumprir da melhor maneira que puder para que a minha equipe de ESF possa ajudar a resolver as necessidades de saúde da população, avaliar os grupos de risco e contribuir com as atividades da equipe para que possamos melhorar a qualidade de vida da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Uruguaiana está localizada no Estado do Rio Grande do Sul, faz fronteira com a Argentina e possui aproximadamente 120 mil habitantes. O sistema de saúde está composto por 20 Unidades de Saúde e outras estão em formação, das quais 4 são ESF. Não dispomos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município, mas temos atenção especializada, na policlínica, onde se realizam exames complementares, algumas ultrassonografias, também se realiza a atenção de puericultura e atendimento pediátrico, ginecológico, infectologia, dermatologia, urologia, cardiologia, pneumologia, saúde mental e onde funciona também a farmácia. O município também possui um hospital que é a Santa Casa de saúde de Uruguaiana, onde há especialistas com atendimentos

de maior complexidade, cirurgias, internação em neonatologia, neurologia, traumatologia, ginecologia e obstetrícia que atende a todo município de forma satisfatória. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que faz o traslado de pacientes ao hospital conforme a gravidade do caso.

NA Unidade de ESF – 20 – CAIC está localizada na área urbana em um bairro bastante carente com uma população de aproximadamente de 4.000 pessoas na área de abrangência da Unidade. Ainda estamos atualizando o cadastramento da área de abrangência, pois houve mudanças quanto à distribuição da área com criação de outras equipes de ESF em outra UBS. O serviço possui vinculação ao SUS e estamos implementando prontuários eletrônicos do sistema e-SUS (a três semanas) e nos adaptando para trabalhar no SUS. Estamos planejando realizar discussão de casos utilizando o Tele-Saúde nas reuniões de equipe.

O atendimento à demanda é realizada por uma equipe que está formada por um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, uma médica do Programa PROVAB, uma médica do PMMB (eu), uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, seis ACS, uma recepcionista, uma higienizadora, um médico com especialidade em pneumologia que não pertence a ESF.

Em relação à estrutura física, a UBS 20 foi construída a mais de 10 anos, é uma unidade com ESF, está ao lado da escola do CAIC, possui salas de recepção, de espera, de triagem, de vacinas, de curativos, de dispensação de medicamentos, de esterilização, de enfermagem onde também são realizados os exames preventivos, um consultório odontológico e dois consultórios médicos, uma copa, sanitários para os funcionários e um para os usuários e um almoxarifado.

Em relação às atividades desenvolvidas pelas equipes, destacamos que o trabalho realizado com as gestantes deve melhorar, pois há necessidade de captarmos mais gestantes precocemente pertencentes à área de abrangência da unidade bem como melhorar o controle das puérperas. Com a incorporação das ACS poderemos completar as áreas que não possuem cadastro atualizado e qualificar também o atendimento aos idosos, hipertensos e diabéticos bem como ampliar a realização de visitas domiciliares que estamos começando a realizá-las

na tentativa de resgatar aqueles usuários faltosos às consultas e aos que tem dificuldades de locomoção para comparecerem ao serviço de saúde.

Em relação à população da área adstrita, temos em torno de 4.000 usuários. Trata-se de um bairro periférico com população bastante carente, recicladores de lixo, com criadouros de porcos e estamos em uma área limite com a zona rural. A população é composta por muitos jovens, adolescentes e, especialmente crianças. Junto à unidade temos uma creche e também uma escola e muitas destas crianças e adolescentes não pertencem à nossa área de abrangência. Acontecem muito atos de delinquência, muito característico de uma população com menores recursos e de baixa escolaridade. Na própria unidade já tivemos incidentes desse tipo. Quanto à distribuição por sexo, temos mais do sexo feminino do que masculino. Temos poucos idosos e ainda com baixa assiduidade ao serviço.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado pela equipe com equidade e qualidade na realização da escuta da demanda sempre avaliando o risco e a vulnerabilidade desses usuários e encaminhando-os para uma triagem da equipe de enfermagem, atendimento médico e/ou odontológico. A dificuldade consiste no excesso de demanda e ainda na necessidade dos usuários formarem filas de madrugada para conseguirem uma ficha para atendimento. Para mudar esta realidade a equipe está avaliando como ofertar o atendimento por agendamento não somente para idosos e gestantes, mas para todos os usuários atendendo por demanda espontânea somente os casos de urgência e/ou emergência.

Ainda enfrentamos dificuldades para implementar esta forma de atendimento, pois algumas pessoas não estão de acordo e precisamos ir adequando aos poucos para que os usuários não se sintam descontentes com o serviço ofertado. Precisamos aumentar o número de visitas domiciliares e alterar a rotina do serviço para que a unidade não fique sem o profissional médico no momento de realização de visitas domiciliares, pois os outros médicos não cumprem a carga horária total de funcionamento da unidade. No entanto, já aproveitamos os momentos em que eles estão na unidade para realizar algumas visitas e palestras educativas na escola que fica junto ao prédio da Unidade.

Na atenção à saúde da criança priorizamos o atendimento de casos agudos, resfriados, diarreias, alergias que são atendidas pelo médico pneumologista que também atua na unidade por algumas horas durante a semana e pela médica especializanda na ausência dele. Entretanto, o acompanhamento dos recém-nascidos ainda é realizado na policlínica por um especialista pediatra brasileiro e para preencher os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) tivemos que buscar junto à ele os dados. Na Unidade realizamos acompanhamento do crescimento verificando peso, medida do comprimento do perímetro cefálico e torácico, controlamos o calendário vacinal das crianças a fim de mantê-las em dia. Não há um trabalho organizado neste sentido, pois apenas ofertamos aquilo que é solicitado pelo usuário no momento. Precisamos adequar este atendimento a fim de qualificá-lo.

A estimativa do CAP é de 48 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 71% (34). Destas, 15% (5) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e estão com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta realizado, 59% (20) das crianças está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 44% (15) realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 88% (30) está com as vacinas em dia e realizou o teste do pezinho. Um total de 47% (16) foram avaliadas quanto à saúde bucal, 74% (25) das mães e/ou responsáveis foram orientados quanto ao aleitamento materno exclusivo e 6% (2) para prevenção de acidentes e 9% (3) realizaram triagem auditiva.

Quanto à atenção ao pré-natal realizamos o acompanhamento das gestantes, realizamos ações de promoção à saúde para a gestante e para o bebê por meio de palestras educativas sobre os cuidados necessários com os recém-nascidos, enfatizamos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, sobre a importância da manutenção em dia das imunizações, da realização do teste do pezinho e da orelhinha. Mantemos registro das ações realizadas em prontuário da gestante bem como em sua carteira. A adesão da população é boa, mas poderia ser maior. Realizamos visitas domiciliares às gestantes faltosas às consultas.

Acompanhamos um total de 23 (58%) gestantes da estimativa de 40 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 23 gestantes acompanhadas 87% (20) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foi prescrito sulfato ferroso, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo, a 87% (20) foi solicitado na 1º consulta os exames laboratoriais preconizados, foram avaliadas quanto à saúde bucal; receberam a dose da vacina Hepatite B a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 31% (15) do total de 48 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 67% (10) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro da consulta realizada, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido e sobre aleitamento materno exclusivo, também realizaram exame ginecológico, exame das mamas e do abdome. No entanto, dentre as acompanhadas, não há registros nos prontuários quanto à oferta de orientações sobre planejamento familiar, avaliação quanto ao estado psíquico e sobre intercorrências.

Em relação às ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero, os registros são escassos e desatualizados. Iniciamos recentemente com a realização dos exames preventivos, pois estes não eram realizados na unidade e as mulheres tinham que realizá-los em outra unidade e não tínhamos contra-referência do serviço e o mesmo acontece quanto às ações de prevenção do câncer de mama.

Temos um total de 1.101 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos a 2% (25) das mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas, 36% (9) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, não encontramos informações em prontuários sobre exames alterados, quanto à amostras satisfatórias e nem sobre a presença de células representativas da junção escamocolumnar na amostra coletada. Dentre as acompanhadas, 80% (20) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, 100% (713) receberam orientações sobre prevenção do câncer de colo e sobre doenças

sexualmente transmissíveis, 40% (10) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero; 60% (15) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso.

Quanto à prevenção do câncer de mama, do total de 413 mulheres entre 50 e 69 anos pertencentes à área de abrangência da unidade, acompanhamos 7% (30) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 33% (10) das mulheres está com mamografia em dia e foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama; 50% (15) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% (30) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Para o acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes seguimos os protocolos do Ministério da Saúde. Trabalhamos em grupos com ações educativas sobre alimentação saudável, sobre os benefícios da realização de atividade física de forma regular e os riscos e malefícios causados pelo tabagismo. Recomendamos que todos façam parte do grupo do projeto DANTs que inclui pessoas de todas as faixas etárias e eles realizam práticas de atividades físicas coordenadas por educadores físicos capacitados para isso.

Temos um total estimado de 894 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 20 anos ou mais segundo o CAP. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 67% (600) das pessoas com hipertensão residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 17% (100) das pessoas com hipertensão acompanhadas e 25% (150) estão com os exames complementares periódicos em dia. Um total de 750% (450) receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável e orientações sobre a importância da prática de atividade física regular; 58% (350) receberam avaliação de saúde bucal e não identificamos os usuários que estão em atraso com as consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes Mellitus (DM) a cobertura está em 51% (130) do total estimado de 255 pessoas com diabetes para a área segundo o CAP. Um total de 77% (100) teve a estratificação de risco cardiovascular realizada, 74% (96) realizou os exames complementares periódicos em dia; 46% (60) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Um total de 60% (78) realizou exame físico dos pés nos últimos 3 meses, 23% (30) possui registro de realização

de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, 77% (100) possui medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, a 75% (98) foi ofertada orientação nutricional para alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular e 72% (94) receberam avaliação de saúde bucal.

Em relação à atenção à saúde dos idosos, nossa ação consiste em resgatar os faltosos às consultas programadas, conhecer quantos apresentam problemas de locomoção e/ou são acamados e trabalhar na conscientização da importância de manterem um acompanhamento regular para que possam usufruir de uma boa qualidade de vida.

Acompanhamos 170 idosos perfazendo 31% da estimativa de 546 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 40% (68) dos idosos são hipertensos e 32% (54) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade 35% (60) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa; 38% (65) possui Avaliação Multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade realizada; 21% (35) possui avaliação de saúde bucal; 41% (70) está com o acompanhamento em dia, 26% (45) possui investigação de indicadores de fragilização na velhice; 41% (70) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis; 18% (30) receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física.

Quanto à saúde bucal, o número de atendidos em primeira consulta programática temos: 4% (4) de pré-escolares entre zero a 4 anos; 10% (60) de escolares entre 5 a 14 anos; 5% (120) de outros atendimentos exceto gestantes; 10% (56) de idosos e 40% (16) das gestantes. No quesito atendimentos não programados temos: 25% (1) de pré-escolares entre zero a 4 anos; 20% (12) de escolares entre 5 a 14 anos; 10% (12) de outros atendimentos exceto gestantes; 21% (12) de idosos e 69% (11) das gestantes.

Quanto ao item tratamento inicial completado, temos: 100% (4) de pré-escolares entre zero a 4 anos; 20% (12) de escolares entre 5 a 14 anos; 10% (12) de outros atendimentos exceto gestantes; 9% (5) de idosos e 50% (8) das gestantes. E, quanto ao número de atendimentos sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas, temos: 100% (4) de pré-escolares entre zero a 4 anos; 100% (60) de escolares entre 5 a 14 anos; 100% (120) de outros atendimentos exceto gestantes; 100% (56) de idosos e 100% (16) das gestantes.

Mantemos uma média de 416 procedimentos clínicos por hab/mês, o que perfaz uma média de 1.2 procedimentos por hab/mês no serviço de saúde.

Buscamos conscientizar a população da importância de fazerem os exames preventivos, realizamos palestras educativas para informação e educação e em parceria com a escola realizamos ações educativas voltadas especialmente para a educação sexual. Temos muito para fazer pelo bairro, a equipe é muito entusiasta e tem vontade de trabalhar com a população a fim de reduzir as taxas de doenças promovendo por meio de um atendimento efetivo a qualidade de vida para todos.

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

Após a análise situacional realizada constatamos que os maiores desafios consistem em melhorar a atenção à saúde da criança desde o pré-natal, desenvolver ações para a prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama e realizar o acompanhamento de forma conjunta com os especialistas para que o cuidado possa ser ofertado de forma integral a todos.

Os recursos existem, precisamos apenas de um tempo para adequar o trabalho e conscientizar a população da importância do monitoramento regular pela equipe de saúde para podermos apresentar dados reais e consistentes do trabalho realizado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo país nas últimas décadas mesmo com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aumento da taxa de envelhecimento da população e do grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que possamos garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis. Na Atenção Primária à Saúde (APS) continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. A proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância (BRASIL, 2012).

O foco da intervenção foi escolhido pela equipe devido às necessidades de melhoria na organização do processo de trabalho, qualificação da equipe, integralidade da atenção e melhoria dos indicadores de saúde. A importância desta ação programática na melhoria da atenção à saúde da criança está relacionada na capacidade de prevenir doenças, promover saúde e aumentar a cobertura. Por exemplo, precisamos diminuir o índice de baixo peso, alcançar cobertura nas imunizações, orientações sobre cuidados da higiene dos bebês e prevenção de acidentes, realizar o teste do pezinho e da orelhinha. Ainda, incentivar o aleitamento materno, a alimentação saudável acompanhando e avaliando o desenvolvimento infantil para a redução da morbimortalidade infantil e potencialização do desenvolvimento das crianças.

A UBS CAIC 20 pertence à área urbana, mas está longe do centro da cidade de Uruguaiana Rio Grande do sul. Possui uma população de 4.000 usuários e, destes, em torno de 300 são crianças entre zero e 72 meses. Sabemos que o número de crianças apresenta-se super estimada para a população total, pois pelo VIGITEL, (2011) seria em torno de 200 crianças dentre uma população de 4 mil usuários, mas a realidade é diferente da estimada. A estrutura física é boa, pois possui salas de recepção, de espera, de triagem, de vacinas, de curativos, farmácia, dois consultórios médicos e um para o enfermeiro, um consultório odontológico e uma copa. A equipe está formada por 2 médicas da saúde da família, uma do PMMB e uma do PROVAB; 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, uma odontóloga, 6 ACS. Contamos com uma educadora física do Projeto DANTs, uma nutricionista e uma psicóloga. A população é de baixa renda mensal e muitos deles não são alfabetizados. As famílias possuem vários filhos, com pouca higiene, com pediculoses, escabioses, dermatites, pênfigo contagioso, patologias freqüentes de consulta. O baixo peso e a higiene bucal é também deficitária.

A intervenção é importante no contexto da Unidade porque a implementação da ação programática melhorará a saúde das crianças pertencentes à área, dado que profissional que realiza o pré-natal é o que geralmente seguirá acompanhando a família durante a puericultura. Sendo assim, é fundamental o vínculo entre equipe e a família do recém-nascido. A monitorização do desenvolvimento, avaliação das habilidades motoras, comunicação, interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde são de extrema importância.

A incorporação de hábitos de higiene bucal, controle da ingestão de açúcares para uma alimentação saudável deverá ser estimulada. A Equipe de Saúde deverá estar atenta a qualidade da atenção e a preocupação com a primeira semana de vida da criança. Espera-se garantir uma visita domiciliar do ACS ao binômio mãe/bebê no contexto da família para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e Recém nascido – (RN)), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno,

imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, entre outras ações. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersectoriais no território necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC 20, Uruguaina/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade de atenção em saúde das crianças.

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 cadastradas na UBS.

Meta 2.3: Monitorar o crescimento em 100% das crianças com déficit de peso que foram cadastradas na unidade.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso que consultaram na unidade.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças que estão cadastradas na UBS.

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

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

Meta 2.8: Realizar tiragem auditiva em 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até os sete dias de vida, que foram cadastradas na unidade.

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas na unidade.

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 na unidade.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e atenção à saúde da criança na Unidade de ESF CAIC 20, Uruguaiana/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção as 300 crianças entre zero e 72 meses estimadas para a área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde de ESF CAIC 20 para 80%.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: Apoiando-nos na equipe em reuniões semanais e com ajuda dos ACS, manteremos atualização do cadastramento das crianças para que nos permita monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura das crianças da área em acompanhamento na unidade.

Organização e gestão do serviço: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita e priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: É preciso realizar o cadastro de toda a população de crianças entre zero e 72 meses com ajuda dos ACS assim como manter um registro com todos os dados sobre todas as crianças da faixa etária. Dar prioridade ao atendimento da criança quando ela precisar em qualquer horário do atendimento. Garantir o acolhimento das crianças em qualquer momento no serviço por parte de todos os membros da equipe.

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

Detalhamento: Orientar e conseguir a participação da comunidade nas palestras, repassar a importância do acompanhamento periódico das crianças na unidade de saúde, pois com o comprometimento de todos poderemos trabalhar com as crianças dessa faixa etária. Criar um grupo de mães do Bairro, também um grupo de integrantes da comunidade para promoção da importância da consulta de puericultura. Estabelecer que por meio das palestras planejadas a comunidade conheça a existência do Programa de Saúde da Criança para que acreditem que a atenção primária é a porta de entrada do SUS e onde é capaz de trabalhar com programas de saúde com o objetivo de prevenir diferentes doenças.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; capacitar a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento: Planejar em reunião de equipe diferentes temas de atenção à saúde das crianças e oferecer às mesmas em forma de conversas e trocas de experiências. Oferecer aos ACS diferentes modos de atuação na busca ativa daquelas crianças que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

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.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Fazer um monitoramento das crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida ao menos uma vez por mês com acompanhamento na unidade, apoiando-nos na equipe em reuniões semanais.

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

Detalhamento: Garantir que toda a equipe, em especial os ACS para que trabalhem na busca de todas as crianças que não comparecerem ao serviço na primeira semana de vida, por meio da realização de visitas domiciliares e agendem uma nova consulta.

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

Detalhamento: Dar início a esta tarefa desde a atenção na consulta de Pré-natal, também nas palestras realizadas na comunidade com a ajuda de toda nossa equipe de trabalho.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde e capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe os protocolos que serão adotados pela UBS para o atendimento das crianças. Estabelecer a participação da equipe nas consultas das crianças com o objetivo de criar habilidades para a detecção pronta de qualquer alteração da criança.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Efetivar o exame físico adequado e avaliação da curva do crescimento a todas as crianças avaliadas na consulta para poder identificar os riscos de desnutrição que apresentarem e monitorá-las por meio dos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião da equipe do equipamento para realização de qualidade das medidas antropométricas para que não ocorra de ficarmos sem os mesmos, fazer solicitação à Secretaria de Saúde do

município para assim melhorarmos a qualidade da consulta de puericultura. Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e disponibilizar no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Promover conversa em reunião da equipe sobre o protocolo.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social; informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade e informar ao médico prontamente. Que toda a equipe conheça todas as medidas que deve ter a criança conforme a idade.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde; padronizar a equipe na realização das medidas; fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com déficit de peso e fazer avaliação em consulta junto com a nutricionista.

Organização e gestão do serviço: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).; ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário; criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião da equipe do equipamento para uma realização de qualidade das medidas antropométricas e fazer

solicitação à Secretaria de Saúde do município dos que estiverem danificados ou em falta para melhorarmos a qualidade da consulta de puericultura. Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e disponibilizá-la no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Fazer conversa em reunião da equipe sobre o protocolo.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social; informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade informar ao medico prontamente. Que toda a equipe conheça todas as medidas que deve ter a criança a cada idade.

Qualificação da Prática Clínica: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas; padronizar a equipe; fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com excesso de peso e fazer avaliação em consulta junto com a nutricionista.

Organização e gestão do serviço: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica); ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário; criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Fazer avaliação em reunião da equipe do equipamento para uma realização de qualidade das medidas antropométricas e fazer

solicitação à Secretaria de Saúde do município dos que estiverem danificados ou em falta para melhorarmos a qualidade da consulta de puericultura. Fazer impressão da versão atualizada do protocolo e disponibilizá-la no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Fazer conversa em reunião da equipe sobre o protocolo.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação antropométrica que esperamos encontrar na criança e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade e informar ao médico prontamente. Que toda a equipe conheça todas as medidas que deve ter a criança a cada idade.

Qualificação da Prática Clínica: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas; padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Fazer monitoramento de todas as crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo, treinar a equipe para monitorar.

Organização e gestão do serviço: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento e criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento: Com a realização de uma consulta de puericultura com qualidade onde se faz avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo poderíamos

garantir o encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. Garantir o encaminhamento junto ao gestor.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Detalhamento: Em cada consulta de puericultura explicar aos pais a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo que esperamos encontrar na criança e informar aos pais e/ou responsáveis sobre o correto desenvolvimento neuro-cognitivo identificando sinais de anormalidades e informar ao médico prontamente. Que toda a equipe conheça todo o desenvolvimento neuro-cognitivo que deve ter a criança para cada idade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Em reunião de equipe explicar como acontece o desenvolvimento da criança mês a mês. Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades o desenvolvimento de acordo com a idade da criança que vai acontecendo mês a mês. Em cada reunião da equipe explicar como deve ser o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas e o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento: Fazer avaliação do registro da criança mês a mês para identificação de crianças com vacinas atrasadas. Fazer monitoramento de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura com ajuda dos ACS e procurar a aplicação das mesmas.

Organização e gestão do serviço: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação; garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); realizar controle

da cadeia de frio; fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e realizar controle da data de vencimento do estoque

Detalhamento: O enfermeiro deverá garantir com a gestora a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação. Com ajuda da técnica de enfermagem que aplicará as vacinas garantir o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, realizar controle da cadeia de frio. Garantir adequado controle de estoque para evitar falta de vacina, realizar controle da data de vencimento do estoque, fazer revisão em reunião da equipe.

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

Detalhamento: Garantir em cada consulta aos pais e/ou responsáveis a explicação sobre a importância de vacinar as crianças na data que leva cada vacina, também orientar sobre a importância da prevenção das doenças que poderíamos prevenir com a administração de cada vacina em tempo.

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

Detalhamento: Em reunião de equipe capacitar para a leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha-espelho, da vacina administrada e seu aprazamento. Fazer visitas com toda nossa equipe às crianças com atraso de vacina, explicar sobre a importância da aplicação da vacina para prevenção de doenças transmissíveis.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: Fazer monitoramento com toda nossa equipe de todas as crianças que receberam suplementação de ferro entre 6 e 24 meses. Levar o registro de todas as crianças em uso de suplemento de ferro.

Organização e gestão do serviço: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: Garantir pelo Ministério junto à Secretaria de Saúde do Município que esse suplemento esteja disponível nas farmácias da UBS. Verificar o quadro básico de medicamentos da UBS junto à equipe.

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

Detalhamento: Garantir em cada consulta aos pais e/ou responsáveis a explicação sobre a importância de que a criança faça uso da suplementação de ferro como administrar de forma adequada à criança, também orientar sobre a importância da prevenção de doença, por exemplo; a anemia que poderíamos prevenir com a administração adequada do ferro.

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

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: Fazer um monitoramento com toda nossa equipe de todas as crianças que realizaram triagem auditiva, que os ACS ajudem a procurar pelas crianças que realizaram a triagem auditiva e as que a necessitam ainda realizar.

Organização e gestão do serviço: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

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

Engajamento Público: Orientar pais e/ou responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Detalhamento: Garantir em cada consulta aos pais e/ou responsáveis a explicação sobre a importância da realização da triagem auditiva na criança e assim poder detectar alterações e/ou doenças precocemente.

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

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento: Fazer com ajuda dos ACS o monitoramento de todas as crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida e garantir que seja colocada a data no registro da criança.

Organização e gestão do serviço: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: Trabalhar junto à toda a equipe para ser possível garantir que seja feito o teste do pezinho antes da saída da criança da maternidade.

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.

Detalhamento: Orientar a toda a comunidade em especial as gestantes sobre a importância da realização do teste de pezinho antes dos 7 dias de vida para a detecção pronta de doenças como Fenilcetonúria e Hipotireoidismo

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

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

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

Ações por eixo:

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

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

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde; cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade; oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Garantir um adequado acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus familiares na unidade de saúde para avaliação da saúde bucal, fazer um cadastro com toda nossa equipe de todas as crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, oferecer pelo odontólogo o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal e fazer uma organização da agenda para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

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

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de 6 a 72 meses de idade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico e 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.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

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.

Ações por eixo:

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

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

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde; cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade; oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Garantir um adequado acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde para avaliação da saúde bucal, fazer um cadastro por toda nossa equipe de todas as crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, oferecer pelo odontólogo o atendimento prioritário às crianças para avaliação da saúde bucal, e fazer uma organização da agenda para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

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

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal nas crianças de 6 a 72 meses de idade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de

acordo com protocolo; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico e 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.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, sobre o acolhimento das crianças, como fazer o encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Fazer monitoramento por toda nossa equipe do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e monitorar o número de crianças faltosas a consulta em cada reunião da equipe feita todas as semanas.

Organização e gestão do serviço: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: Planejar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, em conjunto com toda nossa equipe, fazer avaliação do fichário de puericultura, registro da criança e fazer um análise crítica da situação com os ACS que deverão agendar consultas para essas mães com crianças faltosas.

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade e explicar a importância do acompanhamento regular da criança, orientar as gestantes em consulta de Pré-natal sobre a importância da puericultura para avaliação do desenvolvimento da

criança, o peso, avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo, avaliação do risco, entre outras.

Qualificação da Prática Clínica: Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Detalhamento: Fazer o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, fazer avaliação da caderneta da criança, ficheiro de puericultura e registro da criança em reunião da equipe.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer monitoramento por toda a equipe de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, preencher no registro da criança.

Organização e gestão do serviço: Preencher Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e/ou folha de acompanhamento; implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança); pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

Detalhamento: Orientar à comunidade sobre seus direitos em relação ao preenchimento dos registros de saúde. Oferecer palestras sobre esse tema tão importante para que todos tenham conhecimento dos seus direitos.

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

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

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

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

Organização e gestão do serviço: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: Planejar as consultas do atendimento e dar prioridade no atendimento às crianças de alto risco e fazer o atendimento de qualidade e em consulta identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco assim como as mudanças que poderiam acontecer.

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

Detalhamento: Organizar palestras com a comunidade e destacar junto aos pais e/ou responsáveis sobre os fatores de risco para morbidades na infância, assim como nas consultas e vistas domiciliares para explicar nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

Detalhamento: Em reuniões de equipe oferecer capacitações para os profissionais para lograr a identificação oportuna e registro de fatores de risco para morbimortalidade das crianças.

Objetivo 6.- Promover a saúde das crianças.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Em consulta de puericultura monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes por meio do prontuário ou da ficha-espelho sob responsabilidade tanto da médica, enfermeiro bem como de outros integrantes da equipe.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento: Orientar a todos os integrantes da equipe que em consulta de puericultura, visitas domiciliares, visita a escolas é importante falar sobre a prevenção dos acidentes na infância.

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade, nas igrejas com o auxílio de toda a equipe sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto; monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando

na 1ª consulta e monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento: Fazer monitoramento pela equipe das atividades de educação em saúde sobre o assunto assim como observar as crianças sendo amamentadas na primeira consulta, investigar sobre a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos por parte de toda a equipe.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe devem conhecer a importância do aleitamento materno para a mãe e para a criança e assim fazer ações de promoção sobre esse tema tão importante.

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

Detalhamento: Orientar a mãe e a sua rede de apoio desde a consulta de Pré-natal sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o filho, para a saúde geral e também bucal. Fazer palestras sobre esse tema tão importante.

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

Detalhamento: Em reunião de equipe capacitar a todos os profissionais sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e para orientar quanto "pega" correta.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Fazer monitoramento pela equipe do registro das orientações em prontuário ou ficha-espelho, revisar em cada consulta esse registro mês a mês. Definir a quantidade de crianças com obesidade / desnutrição para ações de promoção e prevenção.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: Em reunião de equipe determinar ações a serem oferecidas pelos ACS com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

Detalhamento: Garantir à mãe e à sua rede de apoio a orientação nutricional sobre os hábitos alimentares saudáveis a todas as crianças e enfatizar a importância do aleitamento materno.

Qualificação da Prática Clínica: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento: Oferecer informações à equipe que ajudem na capacitação de todos os membros para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com a idade da criança. Planejar capacitações na reunião da equipe em temas como orientação nutricional específica para as crianças de 0 a 72 meses.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Fazer monitoramento pelo enfermeiro de todas as atividades educativas coletivas realizadas na UBS, escolas, outros sítios na comunidade e fazer registros dessas atividades.

Organização e gestão do serviço: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola; identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas; organizar todo material necessário para essas atividades e organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: Em reunião de equipe fazer planejamento e organização da agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, organizar todo material necessário para essas atividades e manter constância para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Engajamento Público: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar; promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças; promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

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

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade e capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: Planejar capacitações da equipe sobre a realização de ações de promoção em saúde de crianças entre 0 a 72 meses. A equipe será responsável para realizar capacitações aos responsáveis pelo cuidado da criança na creche com temas sobre prevenção de acidentes, alimentação saudável, saúde bucal, ente outros.

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 de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

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

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

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

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade de atenção em saúde das crianças.

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 2.7: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças cadastradas de 6 a 72 meses de idade.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta. **Indicador 6.2:** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança adotaremos o Protocolo de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, do ano de 2012. Utilizaremos também a Caderneta da criança e para acompanhamento dos resultados da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados ofertada pelo curso (Anexo B) e a ficha-espelho também disponibilizada pelo curso (Anexo C). Solicitaremos à secretaria municipal de saúde a impressão de todas as fichas-espelho para cadastramento e posterior monitoramento.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira com o auxílio das ACS será a responsável no início da intervenção de fazer um levantamento de todas as crianças entre zero e 72 meses em acompanhamento na UBS, além de solicitar aos ACS para que identifiquem em sua área de abrangência quantas são as crianças pertencentes à esta faixa etária e providenciem o pronto cadastramento para que possamos organizar uma agenda para avaliação destas crianças ao longo dos meses da intervenção.

Dentre as crianças já acompanhadas as informações constantes nos prontuários das crianças que compareceram nos últimos 3 meses deverão ser transcritas para a ficha-espelho com a realização de um primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos em atraso, teste do pezinho e da orelhinha em atraso, avaliação de saúde bucal e vacinas em atraso. Isso permitirá encontrar as crianças em atraso para sua atualização, garantindo manter o controle das mesmas, além de ajudar posteriormente no monitoramento e avaliação da intervenção.

Quanto à qualificação da prática clínica a análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS por ocasião da construção da justificativa para o projeto de intervenção. Assim, a intervenção terá início com a capacitação sobre o Manual Técnico de Atenção a Saúde da Criança do MS de 2012 para que toda a equipe utilize esta referência como base na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, sendo preciso somente o manual impresso, o qual será solicitado ao gestor municipal. Solicitaremos que cada membro da equipe estude uma parte do manual para expor o conteúdo aos outros membros da equipe. Isto viabilizará a ação de capacitar a equipe na utilização do protocolo. Em outro momento, também em reunião da equipe a enfermeira da equipe será responsável para capacitar a todos os técnicos em enfermagem quanto aos procedimentos a serem realizados com as crianças como medidas antropométricas, teste do pezinho, vacinação e preenchimento de dados bem como a médica especializanda capacitará logo em seguida a toda a equipe sobre como realizar uma adequada consulta de puericultura, reconhecer alterações das curvas de crescimento e desenvolvimento da criança além de reconhecer fatores de risco.

Para viabilizar a ação de acolhimento às crianças, responsabilizamos a técnica de enfermagem para a realização do mesmo a todas as crianças que compareceram à unidade sendo que estas terão prioridade de atendimento para o mesmo turno, não sendo necessário alterar a organização da agenda, já que existe mais de um médico na UBS e as consultas para problemas de saúde agudos serão atendidos imediatamente. As crianças provenientes da busca ativa serão agendadas para um momento específico conforme disponibilidade da mãe

e/ou responsável. O cadastramento será previamente realizado à consulta. Os médicos serão responsáveis de oferecer um atendimento clínico adequado às crianças segundo o protocolo de atendimento que inclua exame físico completo, vacinação, avaliação de atendimento odontológica, prescrição de suplementos de ferro até orientações de promoção e prevenção de saúde. As crianças sairão de consulta com a data da próxima consulta agendada.

Quanto ao engajamento público, a comunidade deverá ser sensibilizada com a implementação das ações pelo programa de saúde da criança e sobre os seus benefícios, para o qual a médica especializanda junto à um dos enfermeiros da equipe serão os responsáveis para fazer contato uma vez por mês com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e, no primeiro contato apresentar o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização do atendimento às crianças e, posteriormente será solicitado reforçado a solicitação de apoio da comunidade no sentido de ampliar o ingresso para controle das crianças entre zero e 72 meses.

A comunidade será esclarecida sobre a necessidade de priorização do atendimento desse grupo populacional. Ofereceremos palestras na própria UBS no horário de acolhimento dos usuários na sala de espera sobre os fatores de risco para morbidades na infância, importância da vacinação, importância do controle nesta idade além das facilidades oferecidas na unidade para que possam exercer o controle social. As palestras serão oferecidas pelos enfermeiros e médicos da unidade alternando um dia da semana cada um.

As atividades de grupo com as crianças cadastradas no programa serão realizadas todas as semanas na UBS e no local da comunidade sendo responsável a enfermeira. Essas atividades garantirão aos pais e/ou responsáveis o conhecimento adequado quanto aos cuidados que todos devem ter para com as crianças. Para estas atividades de sensibilização da comunidade e de esclarecimento dos responsáveis das crianças serão providenciado folders, cartazes, banner, bonecas, os quais serão confeccionados pela própria equipe, sendo responsável da tarefa a recepcionista da UBS.

Semanalmente, a enfermeira com auxílio das ACS examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, avaliação de saúde bucal, suplementação com ferro ou vacinas em

atraso. A mesma solicitará aos ACS para que entrem em contato com as crianças em atraso por meio da realização de visita domiciliar. Estimamos avaliar 15 crianças por semana totalizando 60 por mês, alcançando 240 ao final dos 4 meses (80%). Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Esperamos que com todo esse trabalho possamos obter os resultados desejados com a intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Entre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas durante a intervenção destaca-se inicialmente o cadastramento das crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da Unidade de ESF CAIC 20, do Município de Uruguaiana/RS. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência, a partir da implantação do Programa de Atenção à Saúde da Criança.

Destacamos que inicialmente a intervenção estava prevista para ser realizada em 16 semanas, mas devido à necessidade de ajustar a finalização da mesma ao calendário das defesas proposto pelo curso houve necessidade de reduzir o tempo para 12 semanas. Apesar de não conseguirmos alcançar as metas conforme previstas, não houve prejuízo para a comunidade, pois prosseguimos com o trabalho.

No início da intervenção enfrentamos algumas dificuldades como o meu adoecimento por pneumonia havendo um pequeno atraso para início da mesma. A meta inicialmente proposta parecia estar muito distante de ser alcançada, mas com o engajamento por parte dos demais membros da equipe fomos pouco a pouco aumentando o percentual de crianças entre zero e 72 meses acompanhadas pelo serviço de saúde. Estabelecemos como meta a ampliação da cobertura para 80%, mas apenas conseguimos alcançar 43,7% (142) do total de 300 crianças estimadas para a área de cobertura da unidade segundo cadastro que temos em nosso serviço.

Inicialmente a intervenção foi divulgada na comunidade pelos ACS e que também foram os responsáveis pelo recadastramento da população alvo. Hoje, o atendimento às crianças na unidade é uma prioridade tanto por demanda

espontânea quanto por agendamento. Enfrentamos um pouco de resistência por parte de mães e/ou responsáveis em trazer as crianças para acompanhamento na unidade, pois este era realizado na Policlínica da cidade.

A equipe da unidade foi capacitada para a realização do acolhimento a todas as crianças entre zero e 72 meses que comparecessem ao serviço. Também foi orientada quanto às informações que deveriam ser repassadas para as mães e/ou responsáveis das crianças sobre a importância de um acompanhamento regular das mesmas para o adequado desenvolvimento e crescimento. Ainda, realizamos ações de conscientização à comunidade de forma geral quanto aos benefícios provenientes do acompanhamento monitorado por uma equipe de saúde capacitada para tal.

Realizamos testes do pezinho na primeira semana de vida, avaliamos curva de crescimento e desenvolvimento das crianças com atenção especial às crianças com déficit ou excesso de peso. Ainda, avaliamos desenvolvimento neuro-cognitivo, revisamos a carteira de vacinação para mantê-la atualizada, recomendamos suplementação de ferro, avaliamos a necessidade de avaliação odontológica e encaminhamos as crianças entre 6 e 72 meses para a primeira consulta odontológica programada. As crianças também se mantiveram realizando triagem auditiva na Policlínica, no centro da cidade.

Foi realizada capacitação geral da equipe sobre o Programa, de atenção à saúde da criança baseado no protocolo do Ministério da Saúde bem como a equipe foi capacitada para o preenchimento da ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Enfermeiras, técnicos de enfermagem, ACS e recepcionista foram capacitadas para identificar e realizar a busca ativa de todas as crianças recém-nascidas antes de completarem sete dias de vida, tendo como parâmetro inicial a data provável do parto. A busca destes dados era realizada nas fichas de pré-natal.

Para garantir os insumos necessários para a intervenção solicitamos à Secretaria de Saúde todo o material para as mensurações, a impressão do protocolo de atendimento bem como o disponibilizamos em formato digital nos computadores da Unidade de saúde. Todas as vacinas foram garantidas, assim como as seringas para a sua aplicação. Solicitamos também a suplementação de

sulfato ferroso, o qual foi disponibilizado em quantidade suficiente para atender a demanda da unidade.

As crianças com alterações no desenvolvimento foram avaliadas pela médica especializanda e encaminhadas para o pediatra de referência da unidade, quando considerado necessário. A equipe de enfermagem foi capacitada para realizar o teste do pezinho a todas as crianças na idade recomendada para a realização do mesmo. Já a triagem auditiva, foi realizada na policlínica. As mães e/ou responsáveis bem como a comunidade em geral tomaram conhecimento da importância de realizar estes testes, pois os mesmos são de extrema importância para a saúde da criança quanto a identificação precoce de alguma alteração.

Quanto às metas de qualidade prevíamos alcançar 100% para a primeira consulta na primeira semana de vida, realização de triagem auditiva, teste do pezinho nos primeiros sete dias após o nascimento, crianças colocadas a mamar durante a primeira consulta, crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica. No entanto, não alcançamos 100% em nenhuma delas. Entretanto, a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva e colocar as crianças para mamar na primeira consulta que não foi realizada no período que deveria ter sido realizada, não temos mais como realizar e por isso, estes indicadores não irão alcançar 100% de cobertura conforme previsto inicialmente.

Organizamos todo o processo de trabalho da unidade de modo que a criança, ao comparecer à unidade por agendamento, passasse por consulta médica, odontológica (enquanto o odontólogo permaneceu na unidade) e tivesse a carteira vacinal atualizada pela técnica de enfermagem. No entanto, poucas crianças entre 6 e 72 meses foram avaliadas em consulta odontológica. Ainda precisamos melhorar este indicador, mas enfrentamos algumas dificuldades como a ausência do odontólogo na unidade, pois o mesmo não está mais conosco e as crianças tiveram que ser encaminhadas para outra unidade e a maioria não realizou a consulta. É grande a demanda de crianças para consulta odontológica e poucas crianças foram agendadas até o momento.

Quanto ao eixo de engajamento público foram oferecidas orientações e informações às mães e/ou responsáveis e à comunidade em geral sobre o Programa de Atenção à Saúde da Criança, bem como salientado a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças a fim de

conscientizá-los para que exerçam controle social. Em visitas domiciliares, durante a consulta individual da criança foi utilizado para atividades de educação em saúde. Aproveitamos também o espaço da sala de recepção para essas atividades coletivas.

Além disso, houve o compartilhamento, com pais e/ou responsáveis, de informações a respeito do estado de saúde das crianças, alertando sobre sinais de alarme, fatores de risco, o esperado em cada etapa do desenvolvimento para que possam ficar alertas e informar ao profissional da área da saúde antes de qualquer anormalidade surgir. Ainda, temas como leitura da curva de crescimento, importância da suplementação do ferro, manutenção da carteira vacinal atualizada, realização do teste do pezinho e triagem auditiva, além do acompanhamento odontológico foram abordados, também a importância da responsabilidade e cuidados compartilhados, extensamente abordados durante as consultas médicas.

A ficha-espelho foi implantada para melhorar o registro das informações, utilizamos a ficha disponibilizada pelo curso de especialização, pois a mesma correspondia aos dados solicitados pela intervenção. A impressão desta foi solicitada ao gestor que não atendeu ao nosso pedido de forma esperada. As fichas-espelho facilitaram o monitoramento e o acompanhamento de todas as crianças participantes do Programa, sendo imprescindível a partir de agora a constante atualização das informações nas mesmas.

Em relação ao monitoramento da intervenção, a médica, a enfermeira e os ACS estão mantendo o controle da mesma por meio de avaliação dos dados registrados na ficha-espelho. O odontólogo deveria ser o responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal, mas no momento encontra-se ausente da equipe e a técnica de enfermagem continua responsável pela atualização das informações referentes à vacinação. Assim, todos estes são co-responsáveis pelo monitoramento dos registros, sendo médica e enfermeira responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa. Assim, manteremos o monitoramento e avaliação periódica do acompanhamento de crianças faltosas, atualização da vacinação, suplementação férrica, avaliação de risco, crescimento e desenvolvimento, retornos regulares conforme previsto no protocolo, entre outros.

As mães e/ou responsáveis estão sendo orientados quanto ao direito e importância de manter os registros de seus filhos atualizados.

A adesão ao Programa de atenção à saúde da criança está sendo monitorado regularmente quanto ao cumprimento da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo do Ministério da Saúde. As crianças participantes do Programa foram avaliadas quanto à presença de fatores de risco, anormalidades no desenvolvimento. As crianças classificadas como de alto risco foram identificadas nas fichas-espelho, sendo estas monitoradas com maior atenção quanto a atrasos nas consultas e prioridade de atendimento. Principalmente em consultas e atividades de grupo, foram fornecidas orientações às mães e/ou responsáveis e à comunidade em geral a respeito de situações ou condições que possam representar fatores de risco para a saúde da criança.

Em relação à promoção da saúde da criança, as orientações de prevenção de acidentes e todas as demais ações referentes ao acompanhamento foram fornecidas durante as consultas médicas de forma individualizada com registro nas fichas-espelho da ação realizada. Infelizmente não conseguimos atingir a todos com estas orientações. Nas atividades de grupo de mães falamos sobre a importância do aleitamento materno e da técnica correta da “pega”, prevenção de acidentes, orientações nutricionais e saúde bucal, importância da suplementação de ferro e importância do controle para diminuir risco de morbimortalidade, mas nem todas participaram ativamente dos grupos.

Quanto à qualificação da prática clínica a equipe de saúde foi instruída baseada no Manual Técnico de Atenção a Saúde da Criança para que todos utilizassem esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorreu na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudou uma parte do manual técnico e expôs o conteúdo aos demais membros da equipe. Isto viabilizou a ação de capacitar a equipe quanto a utilização do protocolo. Foram realizadas todas as atividades de capacitação previstas no cronograma.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista no projeto deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme planejadas. Foi difícil

desenvolver algumas ações como a realização da primeira consulta odontológica, pois ficamos sem o profissional na unidade e tínhamos que encaminhar as crianças para outra unidade, o que inviabilizou o atendimento. Também a avaliação do desenvolvimento e do crescimento não foi realizada em todas as crianças porque nem todas as crianças que cadastramos previamente à intervenção compareceram no dia da consulta agendada apesar de termos realizado busca ativa de todas. Também não conseguimos fornecer orientações a todas as mães porque pensávamos que apenas as poderíamos contabilizar por ocasião da participação no grupo de mães. Também, inicialmente, algumas crianças foram avaliadas pela colega médica da unidade, mas os seus registros não foram efetuados por completo e optamos em contabilizar como não realizada. O teste do pezinho e da orelhinha, muitos já não estavam mais na idade de os realizarem e algumas mães quando questionadas acerca dos mesmos não tinham certeza sobre a realização ou não e assim optamos em contabilizar como não realizada. Outra meta não alcançada foi a proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta. Muitas mães não lembravam deste detalhe e também contabilizamos como não realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades que apresentamos na coleta de dados foram relacionadas com o adequado preenchimento da ficha-espelho por todos os membros da equipe, pois alguns não preenchiam todos os dados conforme o necessário para obtenção dos dados a serem lançados na planilha eletrônica de dados disponibilizada pelo curso.

A coleta e sistematização dos dados e as planilhas disponibilizadas para a intervenção são de fácil utilização, mas o preenchimento das mesmas de forma inadequada inviabilizou o alcance de 100% de muitas metas de qualidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações previstas no projeto de intervenção estão sendo incorporadas ao serviço e apresentam grande viabilidade para tornarem-se parte da rotina. No entanto, é preciso que a equipe seja novamente capacitada para o adequado preenchimento das planilhas para que o controle possa realmente ser

efetivo. Assim, o empenho e envolvimento de todos são essenciais para o bom funcionamento das ações.

No início a intervenção foi mais complicada, mas já agora já estamos mais adaptados, uma vez que quando a criança chega já é mesurada pela enfermeira, é visto a carteira de vacinação para verificar atrasos, e se realiza a consulta médica e preenchimento da ficha-espelho. Ainda precisamos organizar o atendimento odontológico solicitando ao gestor o envio de um profissional para atuar na nossa área.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada entre os meses de junho a setembro de 2015 teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família CAIC 20 do município de Uruguaia/RS. Para tanto, definimos e coletamos dados de indicadores para que fosse possível realizar uma avaliação da intervenção e, com isso, organizar e melhorar o serviço oferecido pela unidade à população alvo da intervenção.

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

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

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

O primeiro indicador analisado é a cobertura da ação. Foi estabelecida a meta de cobertura de 80%. Na área de abrangência, segundo dados de registros na própria Unidade temos um total de 300 crianças de zero a 72 meses. Deste total, 142 crianças foram cadastradas para participarem efetivamente da intervenção, ou seja, foi atingida uma cobertura de 47,3% de cadastramento. No primeiro mês de intervenção, conforme a Figura 1, um total de 31 crianças (10,3%) foram cadastradas e 60 (20,0%) no segundo mês. E, um total de 142 crianças (47,3%) foram cadastradas no último mês de intervenção, refletindo uma maior adequação e inserção do acompanhamento na rotina de trabalho da equipe de saúde.

Dessa forma, pode-se dizer que a meta de cobertura estabelecida no projeto de intervenção não foi alcançada. No entanto, o mais importante é que a cobertura continue progressivamente sendo ampliada até que todas as crianças entre zero e 72 meses da área adstrita sejam cadastradas e acompanhadas. Acreditamos que com a organização do atendimento diário, seja possível cadastrar mais crianças que comparecerão por demanda espontânea bem como pelas buscas realizadas pelos ACS priorizando o atendimento a estas no dia-a-dia.

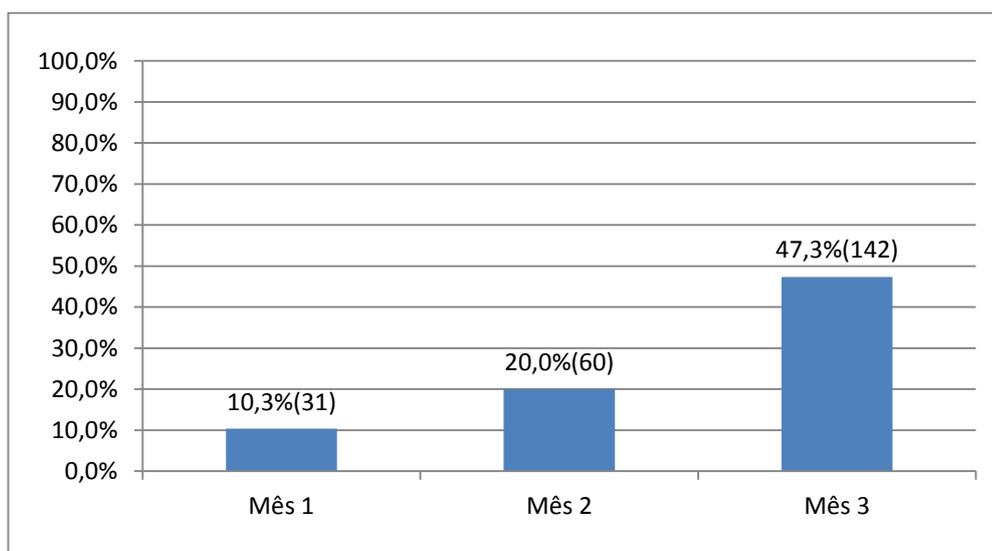


Figura 1 – Cobertura de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

A Figura 2 apresenta a evolução deste indicador. Infelizmente, as taxas se mantiveram baixas (em torno de 60%), ou seja, do total de 142 crianças cadastradas durante o período da intervenção, apenas 20 crianças tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida. O índice baixo (64,5%) já no início da intervenção indica um aspecto importante e deficitário na atenção à saúde desta população em nosso município. Grande parcela das crianças cadastradas não teve a primeira consulta na primeira semana de vida.

Em regra, as crianças saem da maternidade com a primeira consulta agendada com o pediatra, sendo que tal medida passou a ser determinada pela gestão de saúde. Tanto que as crianças mais velhas não foram contempladas por tal medida, sendo registrada a não realização da consulta em sua primeira semana de vida. No entanto, não significa que, hoje, rigorosamente todas as mães compareçam às unidades de saúde para a consulta na primeira semana de vida de seus filhos, apesar de agendada e/ou convocada pelo ACS. Acrescido a este fato, apesar da Unidade de ESF CAIC 20 ter sido inaugurada há mais de 10 anos, as crianças mais velhas não tiveram acompanhamento desde a primeira semana de vida.

Das crianças cadastradas durante o período de intervenção, 50 iniciaram o acompanhamento na primeira semana de vida com a nossa equipe de saúde. Os ACS realizavam visitas domiciliares e orientavam as gestantes a levarem seus filhos na primeira semana de vida à unidade de saúde. Por vezes, sabemos que as mães podem se recusar a levar seu filho para o acompanhamento, pois podem ter plano de saúde pelo seu trabalho e, em outras ocasiões as gestantes acompanhadas podem ser de outras localidades, o que dificulta o acompanhamento. Dessa forma, vê-se a necessidade de acompanhar mais de perto as gestantes da área de abrangência, acolher e fazer com que haja seguimento do acompanhamento de suas crianças também. Com isso, as taxas deste indicador tão importante tende a se elevar, facilitando a prevenção de várias situações que possam representar risco à saúde da criança, bem como estimular e fortalecer o aleitamento materno exclusivo dentre outros aspectos essenciais ao crescimento e desenvolvimento de nossas crianças.

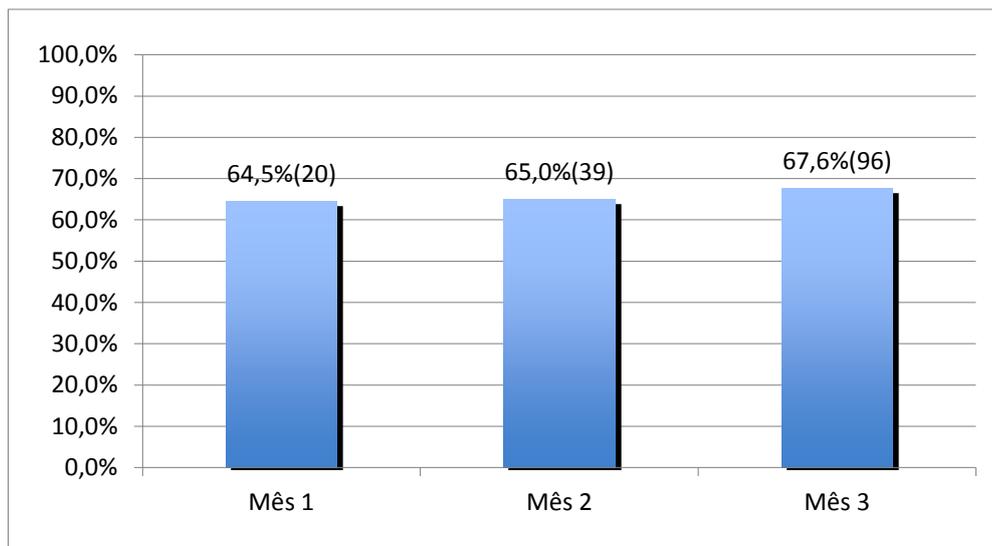


Figura 2 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na unidade de saúde CAIC 20, Uruguiana, RS, 2015.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Outro indicador coletado visando à melhoria na qualidade do atendimento foi a proporção de crianças com monitoramento do crescimento. No início da intervenção, este indicador se manteve um pouco mais elevado, apresentando quedas nos meses seguintes. No primeiro mês, a taxa foi de 87,1% (27), reduzindo para 70,0% (42) no segundo mês e caindo ainda mais no último mês de intervenção chegando a 67,6% (96) conforme podemos observar na Figura 3. Assim, de 142 crianças cadastradas, 96 tiveram o seu crescimento monitorado. Houve crianças faltosas às consultas e que não compareceram à unidade apesar de ter sido realizada a busca ativa de todas elas, logo não sendo monitorado seu crescimento.

Sabemos da importância do monitoramento do crescimento e insistimos na busca ativa de todas as crianças cadastradas. É muito difícil fazer com que todas as crianças agendadas compareçam à unidade para o acompanhamento. No decorrer da intervenção, as crianças que não se apresentavam no dia da consulta, solicitávamos que os ACS as buscassem e insistissem na importância do acompanhamento e várias crianças foram convidadas mais de uma vez para comparecerem ao serviço e não compareceram. Os ACS desempenharam um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto são essenciais no desenvolvimento de ações na comunidade.

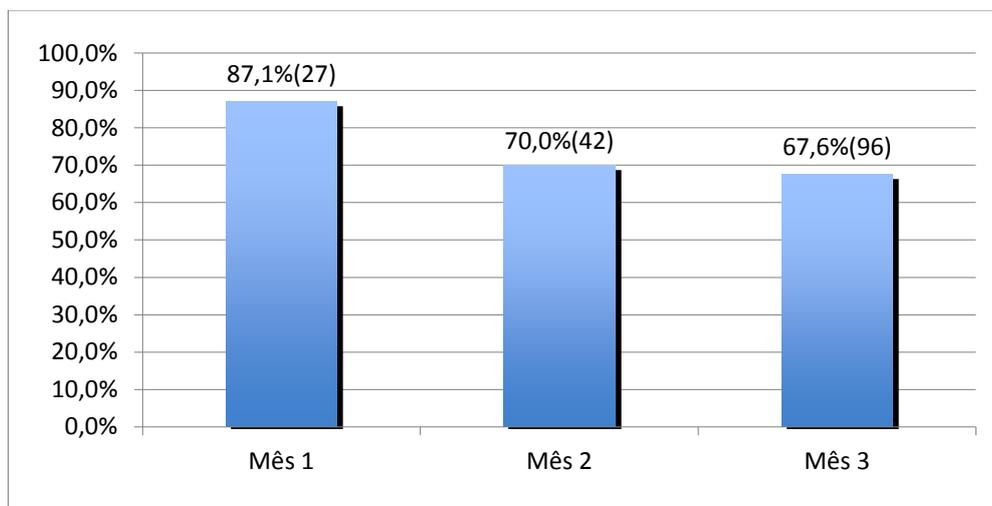


Figura 3 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Em relação à proporção de crianças com déficit de peso, nenhuma foi cadastrada no primeiro mês, sete no segundo passando para 28 crianças incluídas na planilha de monitoramento no último mês da intervenção. Dessa forma, as 28 crianças cadastradas com déficit de peso representam 100% do total de crianças que foram cadastradas durante a intervenção para participarem do programa (142 crianças), sendo que todas elas se mantêm em acompanhamento.

Uma ação que facilitou muito a obtenção destes resultados foi a adoção da ficha-espelho de acompanhamento, a qual possui vários aspectos a serem abordados durante a consulta de puericultura, funcionando como um “*check-list*” que auxilia no cumprimento de todas as ações.

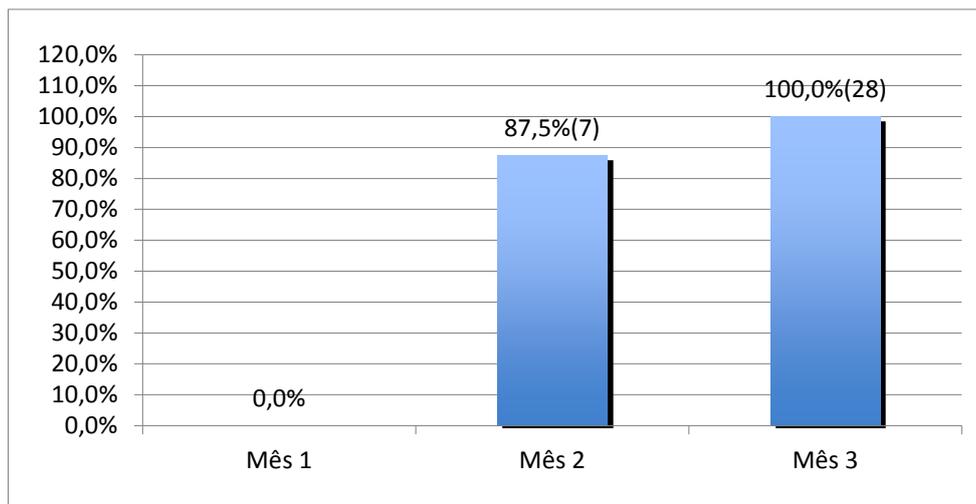


Figura 4 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Outro indicador coletado para a melhoria da qualidade no atendimento foi a proporção de crianças com excesso de peso que devem ser monitoradas. Para este indicador, as taxas alcançadas foram de 100% durante todo o período da intervenção, não havendo oscilações dos respectivos índices.

Em relação à proporção de crianças com excesso de peso, 3 crianças foram cadastradas no primeiro mês, mantendo as mesmas no segundo mês, representando um percentual de 100% (3) em ambos os meses, de um total de 142 crianças cadastradas. No último mês de intervenção cadastramos mais 3 crianças alcançando um total de 6 crianças com excesso de peso monitoradas. Dessa forma, o monitoramento de crianças cadastradas e participantes do programa com excesso de peso é de 100%, ou seja, todas acompanhadas.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Outro indicador a ser analisado quanto à qualidade do atendimento, é a proporção de crianças com o monitoramento de desenvolvimento. No decorrer da intervenção, a taxa de monitoramento do desenvolvimento das crianças cadastradas foi de 71,0% (22), reduzindo para 60,0% (36) no segundo mês e, por fim, reduziu ainda mais caindo para 59,2% (84) no terceiro mês. A queda das

taxas do primeiro mês para o terceiro mês se justificam em decorrência dos períodos de fortes chuvas que ocorreram no período da intervenção, pois agendávamos a consulta para as crianças cadastradas e as mães não traziam seus filhos para a consulta. Além disso, ainda tivemos que alterar os horários de visita domiciliar para realizar a avaliação porque ninguém queria nos receber em suas casas antes das 9:30h.

Outro motivo foi devido a um erro na coleta de dados, uma vez que monitorei o desenvolvimento de todas as crianças, mas as que não foram atendidas por mim no consultório não consegui corrigir em minha planilha, pois não foi realizado o registro na ficha-espelho no momento da avaliação.

No início da intervenção, tive algumas dificuldades em relação à coleta de dados, pois algumas avaliações foram realizadas pela outra colega médica que não anotou os dados e tanto que acabei cometendo alguns erros mesmo que as planilhas são muito práticas e objetivas e, que o seu manejo torna-se fácil ao longo do tempo, mas é preciso estar atento a todos os dados inseridos na planilha, pois se lançarmos um dado inadequado poderemos obter resultados não adequados.

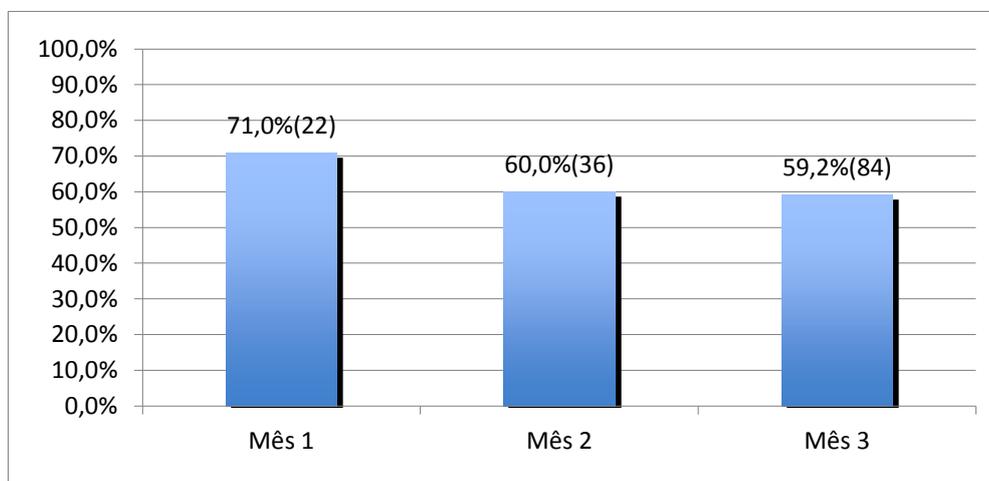


Figura 5 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Uma das metas do objetivo para melhoria da qualidade no atendimento é a proporção de crianças com a vacinação em dia conforme a idade. No primeiro mês foi constatado um índice de 96,8% das crianças cadastradas com vacinação

em dia para a idade. Tal índice reduziu no segundo mês para 90,0% e no terceiro mês se elevou para 90,8%, ou seja, no primeiro mês, das 142 crianças cadastradas, 30 estavam com o calendário vacinal em dia; no segundo mês um total de 54 crianças estavam com as vacinas em dias e, no último mês, 129 crianças estavam com as vacinas em dia. Dessa forma, apesar do percentual ter diminuído no primeiro e depois se mantido estável no decorrer da intervenção, a quantidade de crianças com calendário vacinal em dia aumentou, mas de forma proporcional ao aumento do número de crianças captadas pela intervenção.

Diante destas taxas, verifica-se a necessidade de se intensificar a vigilância da situação vacinal das crianças na área de abrangência. Por outro lado, a intervenção e a continuidade do acompanhamento possibilitarão a detecção de outras crianças com o calendário vacinal em atraso, sendo possível sua atualização de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

Das crianças cadastradas e junto as quais foi verificada uma situação inadequada foram encaminhadas para a sala de vacina e foram liberadas somente quando a técnica de enfermagem realizava a aplicação das vacinas. Nas consultas subsequentes, caso estivessem em situação adequada, o registro na planilha era atualizado, facilitando, dessa forma, o monitoramento destas crianças.

Constatamos que é extremamente necessário que atualizemos as fichas-espelho das crianças sempre que estas comparecem à unidade, ou para vacinação ou para consulta de rotina da puericultura. Na realidade, as consultas de puericultura devem ser organizadas de modo a coincidirem com o período de vacinação. Assim, favorece que todos os integrantes da equipe de saúde estejam atentos para o cumprimento das ações de atenção à saúde das crianças quanto ao calendário vacinal das mesmas.

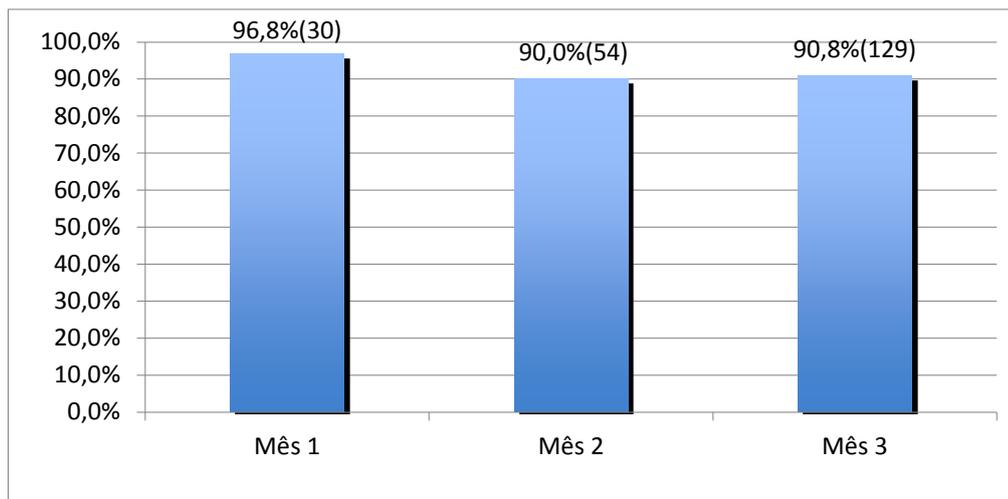


Figura 6 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

Indicador 2.7: Proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro

A proporção de crianças entre 6 e 24 meses com suplementação de ferro também foi observada para melhorar a qualidade no atendimento. Conforme a Figura 8, no primeiro mês de intervenção, a taxa de suplementação neste público-alvo foi de 77,8% (7), no segundo alcançamos a 93,8% (15) e, no terceiro mês conseguimos oferecer suplementação de ferro a 100% (38) das crianças entre 6 e 24 meses cadastradas no período da intervenção.

O motivo para esta falha foi uma desatenção na realização da suplementação de ferro em duas destas crianças no primeiro mês e 1 no segundo mês. Assim, ao final da intervenção, de 38 crianças no total, todas estavam recebendo a suplementação. É preciso que estejamos sempre atentos à necessidade de suplementação profilática de acordo com a idade e, caso necessário, deve ser realizada a busca ativa destas crianças para regularização de seu acompanhamento.

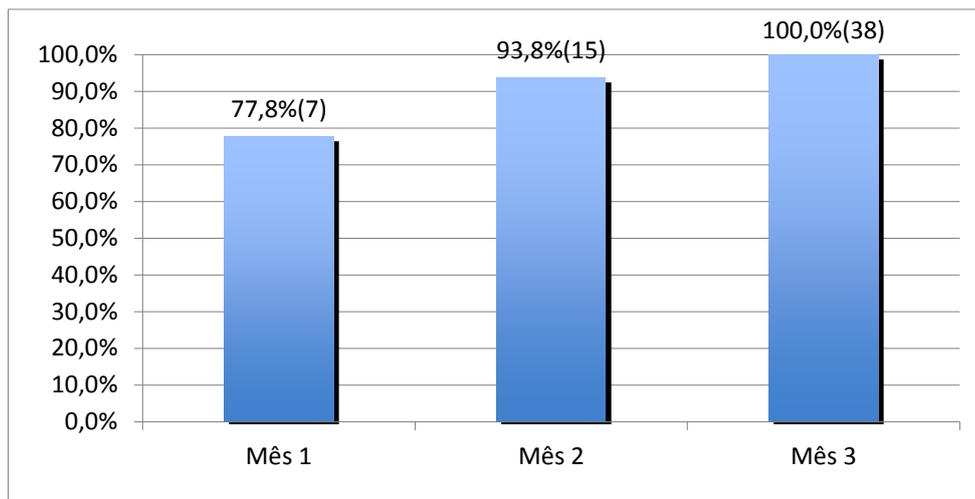


Figura 7 – Proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro na unidade de saúde CAIC 20, Uruguiana, RS, 2015.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Indicador 2.8: Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva

Mais um dos indicadores de qualidade no atendimento é a proporção de crianças que realizaram triagem auditiva. Podemos observar, conforme a Figura 9, que as taxas obtidas apresentam queda conforme o transcorrer da intervenção. Inicialmente, foi registrado índice de realização da triagem auditiva em 93,5% no primeiro mês, caindo para 85,0% no segundo mês e para 68,3% no último mês, ou seja, de 31 crianças no primeiro mês, um total de 29 crianças realizaram o teste da orelhinha. No segundo mês, de 60 crianças cadastradas, 51 realizaram o teste; e, no terceiro mês de intervenção, de 142 crianças cadastradas, apenas 97 haviam realizado a triagem até o quinto mês de vida.

A triagem auditiva é oferecida pelos serviços de saúde pública em Uruguiana desde o momento em foi recomendada pelo Ministério da Saúde, mas os índices de realização deste teste não alcançaram a meta proposta. A triagem auditiva é realizada na policlínica e fica longe do bairro e para chegar até lá as pessoas dependem de ônibus ou de carro, para os que podem, pois se trata de uma população muito carente.

Dessa forma, é necessária atenção a qualquer mudança quanto à este procedimento e intensificar a orientação das mães e/ou responsáveis quanto a esta ação de cuidado de seu filho, para que se possa garantir mais este benefício à saúde da criança.

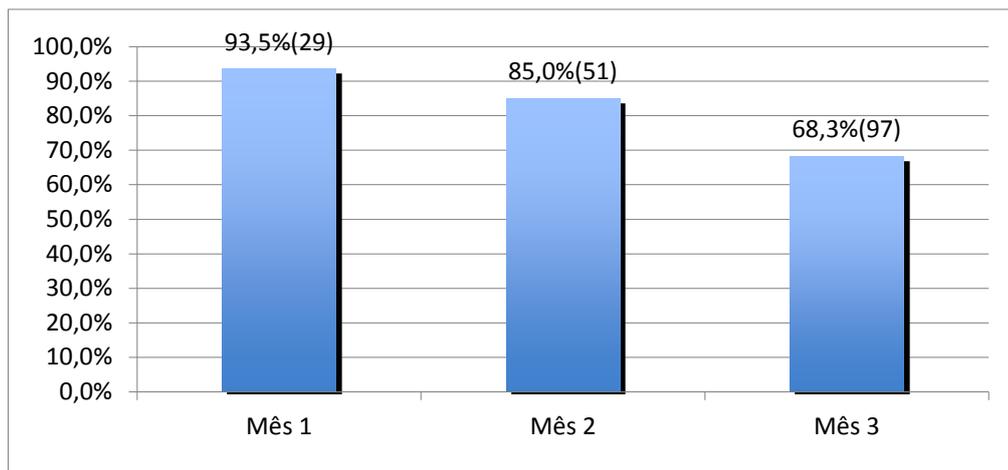


Figura 8 – Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva na unidade de saúde CAIC 20, Uruguiana, RS, 2015.

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

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

Bem como a triagem auditiva, a realização do teste do pezinho até o sétimo dia de vida também está incluída dentre as ações de melhoria na qualidade do atendimento. Assim, foi coletada a proporção de crianças atendidas durante a intervenção que assim procederam, conforme demonstrado na Figura 10 verificamos que no primeiro mês 96,8% das crianças cadastradas realizaram o teste, ou seja, de 31 crianças cadastradas apenas uma não realizou o teste do pezinho. No segundo mês, a taxa foi de 91,7%, ou seja, de um total 60 crianças 5 não realizaram o teste no período recomendado para realização do mesmo. E, no último mês de intervenção, foi registrada uma taxa de 81,0% sendo que do total de 142 crianças, 27 não realizaram o teste. Pode-se observar, então, que a taxa deste indicador de qualidade foi progressivamente diminuindo.

Um aspecto que influenciou negativamente a obtenção dos resultados foi o fato de que uma parcela das mães levar seu filho para realizar o teste do pezinho depois dos sete dias de vida e, em menor número, algumas crianças simplesmente não foram submetidas ao teste. Como estas últimas já não podiam realizar a triagem neonatal por estarem fora do período para a realização do teste, as mesmas não foram encaminhadas para realizá-lo. Dentre as crianças que iniciaram o atendimento na primeira semana de vida com a nossa equipe, todas

realizaram o teste. Outro aspecto negativo é a ausência do registro na caderneta da criança quanto à sua realização, nos restando acreditar quanto à veracidade do relato da mãe, já que muitas vezes ela já não possui mais o resultado do teste. Dessa forma, todas as oportunidades em que as mães ainda tinham em mãos o resultado do teste, foi anotado na caderneta da criança, ou quando não tinham consigo no momento da consulta solicitava para que a mãe trouxesse o resultado na próxima consulta para que fosse feita a sua verificação e registro adequado na caderneta de saúde da criança.

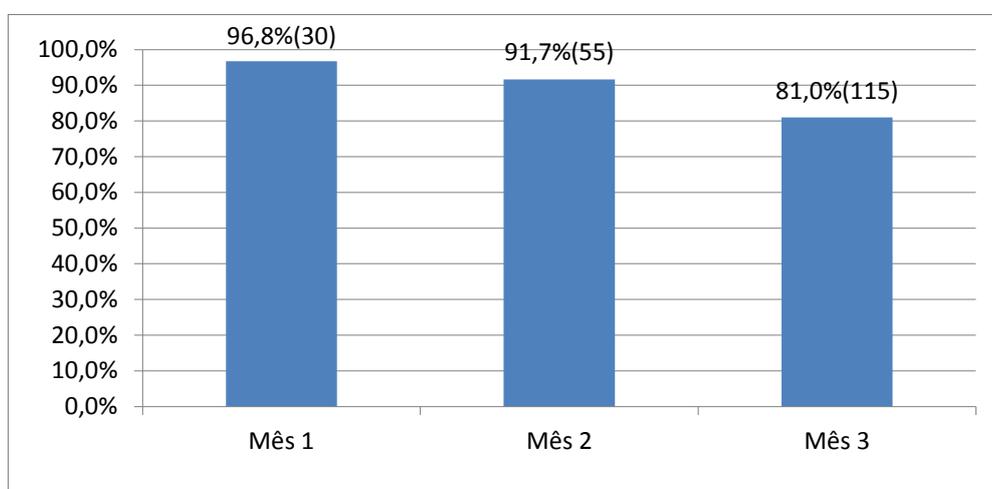


Figura 9 – Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na unidade de saúde CAIC 20, Uruguiana, RS, 2015.

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

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

A proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico também era de 115 crianças. Como pode ser observado na Figura 11, no primeiro mês da intervenção 63,2% (12) das 19 crianças atendidas passaram por esta avaliação. No segundo mês, 58,1%(25) das 43 cadastradas e no terceiro mês, 64,3% (74) das 115 crianças cadastradas pertencentes à faixa etária entre 6 e 72 meses. Houve uma pequena oscilação em que a taxa reduziu do primeiro para o segundo mês e, após, foi seguida por uma pequena elevação no terceiro mês, mas sem conseguirmos alcançar a meta proposta.

Entre o primeiro e o segundo mês de intervenção, apesar de ter havido uma queda na taxa, aumentou o número de crianças avaliadas e no terceiro mês, houve um aumento considerável quanto ao número de avaliações realizadas, mas mesmo assim não conseguimos avaliar a todas as crianças cadastradas em virtude da falta de odontólogo na unidade durante a intervenção.

No entanto, independente da conclusão desta avaliação, todas as crianças de 6 a 72 meses foram encaminhadas para atendimento odontológico, mas também não conseguiram ser avaliadas na totalidade pelo profissional odontólogo.

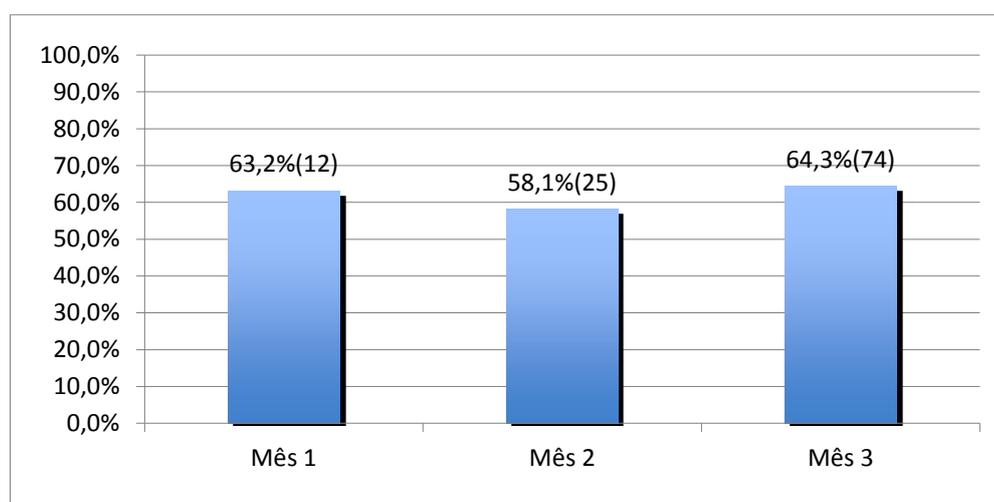


Figura 10 – Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Enfim, o último indicador do objetivo de melhoria na qualidade do atendimento é a realização da primeira consulta odontológica programática para crianças de 6 a 72 meses de idade. Foram obtidos índices muito baixos para este indicador. No primeiro mês, apenas 21,1% (4) das crianças cadastradas de 6 a 72 meses realizaram a primeira consulta odontológica, ou, seja, do total de 19 crianças cadastradas com esta faixa etária no primeiro mês, apenas 4 foram avaliadas pelo odontólogo. No segundo mês, como aumentou o número de crianças cadastradas diminui o percentual baixando para 18,6% (8) dentre as 43

crianças cadastradas e, no terceiro mês, um total de 21,7% (25) do total de 115 crianças cadastradas ao final da intervenção dentro desta faixa etária foram avaliadas pelo odontólogo. Dessa forma, além das taxas serem baixas, elas proporcionalmente não aumentaram no decorrer da intervenção. Isso ocorreu porque o denominador aumentou muito mais ao longo dos 3 meses do que o numerador.

Alguns fatores contribuíram para que este indicador obtivesse índices muito baixos e estáveis. Primeiro, houve falta de material necessário para o atendimento odontológico e, por isso, não foi disponibilizado o atendimento por este profissional em certo período durante a intervenção enquanto o profissional ainda estava na unidade. Depois, ficamos sem o profissional na unidade e todos os usuários necessitavam ser encaminhados para outra unidade próxima para receber o atendimento, o que dificultou ainda mais o atendimento,

Pensando em aumentar ao máximo a possibilidade de crianças realizarem a primeira consulta odontológica estabelecemos que as consultas de puericultura e as consultas odontológicas fossem disponibilizadas nos mesmos dias e turnos, mas como o profissional não ficou na unidade, não obtivemos êxito. As crianças que não ainda foram atendidas pelo odontólogo serão convocadas novamente por meio da busca ativa pelos ACS para que recebam a avaliação. Dessa forma, é esperado que na próxima consulta de puericultura, essas crianças possam realizar sua primeira consulta odontológica.

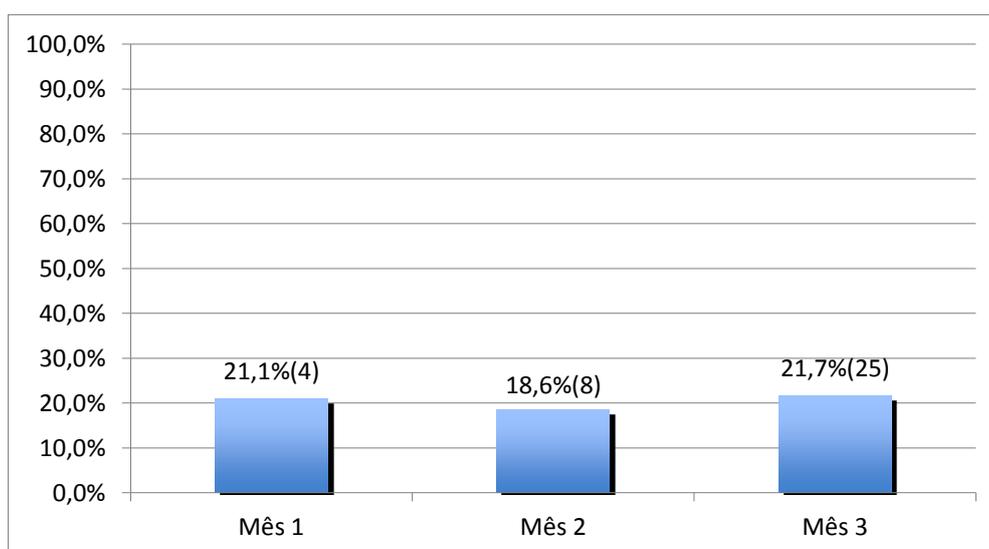


Figura 11 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

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

Com o objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança foi estabelecida como meta fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. Para tanto, foi observado o indicador que fornece a proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Assim, conforme a Figura 13 para as crianças faltosas durante todo o período de realização da intervenção foi realizada a busca ativa, mas não conseguimos alcançar 100% da meta no primeiro e segundo mês da intervenção.

O motivo para o resultado apresentado por este indicador foi a importância dada ao fato de que nenhuma criança da área de abrangência poderia ficar sem acompanhamento. Dessa forma, das 3 crianças faltosas no primeiro mês 66,7% (2) recebeu busca ativa, no segundo mês do total de 14 crianças faltosas 85,7% (12) receberam busca ativa e, no terceiro mês, um total de 100% (43) das faltosas foram buscadas.

A busca ativa destas crianças não consistia em apenas cumprir uma meta, mas sim a necessidade de conhecer os motivos do não comparecimento às consultas, o que poderia representar fatores de risco à saúde desta criança. Além disso, a busca ativa foi realizada por meio da visita domiciliar e essa foi mais uma oportunidade de fornecer orientações às famílias na tentativa de aproximação da família da criança com a equipe de saúde.

O monitoramento do acompanhamento através da ficha-espelho facilitou sobremaneira o cumprimento das consultas conforme estabelecido pelo protocolo do Ministério da Saúde adotado. As consultas previstas foram realizadas coincidindo com o momento em que a criança deve ser vacinada. Assim, tornou-se mais um artifício para minimizar o não comparecimento das crianças às consultas de puericultura, permitindo o acompanhamento contínuo e de qualidade.

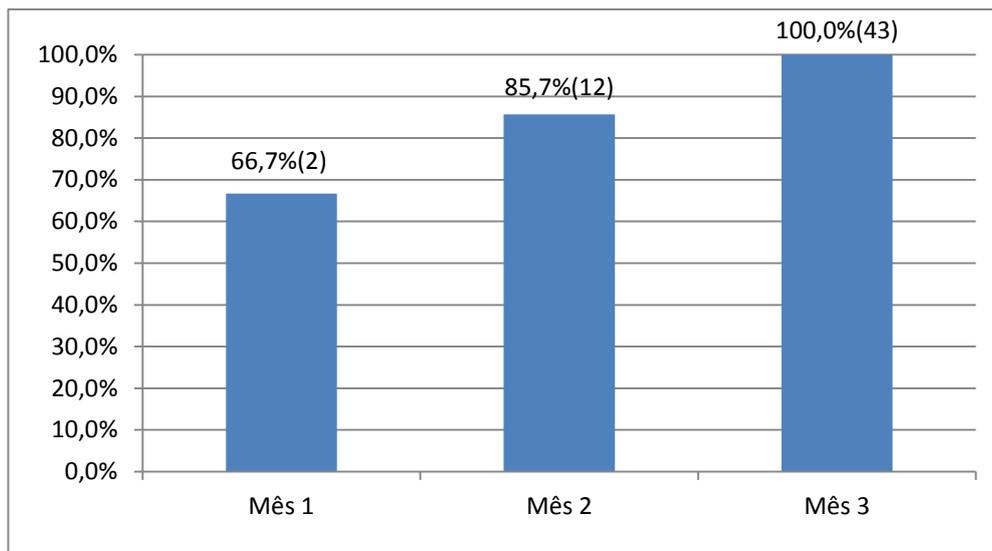


Figura 12 – Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiiana, RS, 2015.

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 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

A proporção de crianças com registro atualizado foi observado com o objetivo de melhorar o registro das informações. Conforme observamos na Figura 14, no primeiro mês um total de 100% (31) das crianças cadastradas apresentavam seu registro atualizado. No segundo mês, esse percentual apresentou uma queda mantendo apenas 95% (57) do total de 60 crianças cadastradas no período e, no terceiro mês, caiu mais um pouco apresentado 93% (132) do total de 142 crianças cadastradas com os registros atualizados. Pode-se perceber uma oscilação destes resultados, com diminuição dos índices com o transcorrer da intervenção. Isto é devido ao fato de que algumas fichas-espelho não foram preenchidas corretamente por outros integrantes da equipe no momento da avaliação que fizeram, pois pensavam que somente eu, a médica especializanda, que as deveria preencher.

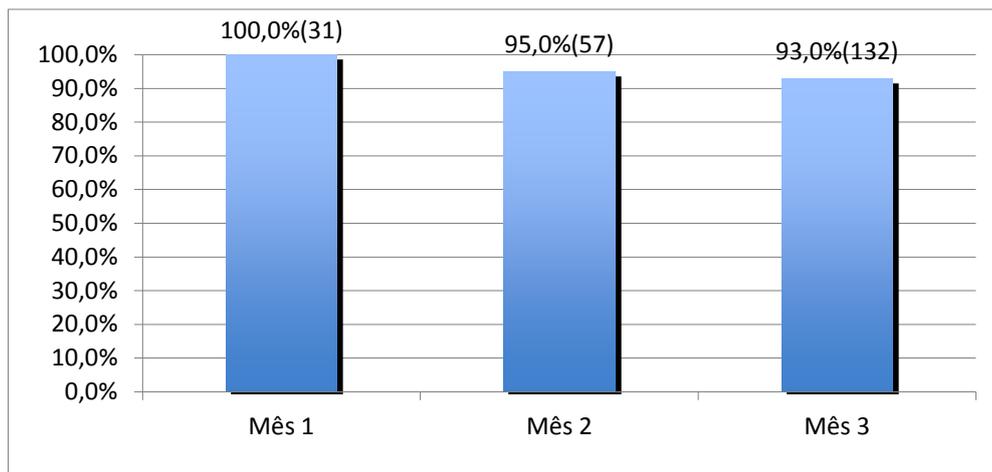


Figura 13 – Proporção de crianças com registro atualizado na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

O próximo indicador avaliado é a proporção de crianças com avaliação de risco. Sabemos que todas as crianças devem ser avaliadas quanto à presença de fatores de risco, a fim de mapearmos as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

De acordo com a Figura 15, no primeiro mês, a taxa foi de 100% (31), mantendo em 100% (60) no segundo e reduzindo no terceiro mês para 93%, pois apenas 132 das 142 crianças cadastradas foram avaliadas.

A meta de 100% não foi alcançada em função da falta de avaliação de 10 crianças que foram avaliadas pela minha colega médica e que não realizou o registro de todas as avaliações na ficha-espelho para repassarmos posteriormente à planilha de coleta de dados.

As fichas-espelho desempenham papel importante no cumprimento de todas as ações, permitindo alcançar resultados satisfatórios dos indicadores. Devemos sempre atentar para a presença de fatores de risco à saúde das crianças, pois a maioria dos fatores pode e deve ser afastado das crianças promovendo maior qualidade de vida e reduzindo possibilidade de agravos e/ou danos irreversíveis à saúde das mesmas.

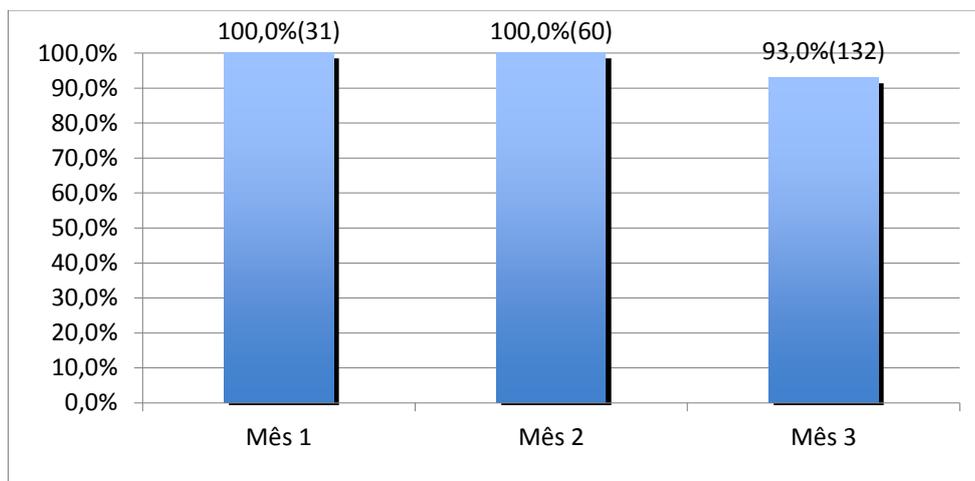


Figura 14 – Proporção de crianças com avaliação de risco na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

Com o objetivo de promover a saúde das crianças, foram observados alguns indicadores relacionados ao tema. O primeiro deles foi a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Pode-se observar na Figura 16 que no primeiro mês o índice alcançado para este indicador foi de 83,9%, reduzindo para 61,7% no segundo e caindo para 61,3% no terceiro mês de intervenção. Portanto, de um total de 142 crianças cadastradas até o final da intervenção, 87 mães e/ou responsáveis receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. As demais não as receberam, pois não compareceram ao grupo que promovemos para esse fim. Destacamos aqui que isto foi um erro de nossa parte em não orientarmos as mães e/ou responsáveis no momento da consulta individual, por pensarmos que esta orientação deveria ser fornecida em grupos.

As fichas-espelho mais uma vez desempenharam um papel importante, uma vez que permitiram a observação para cumprimento de todas as etapas do atendimento, possibilitando atingir resultados satisfatórios dos indicadores. Trata-

se de orientações de extrema relevância devido aos altos índices de acidentes potencialmente preveníveis envolvendo crianças.

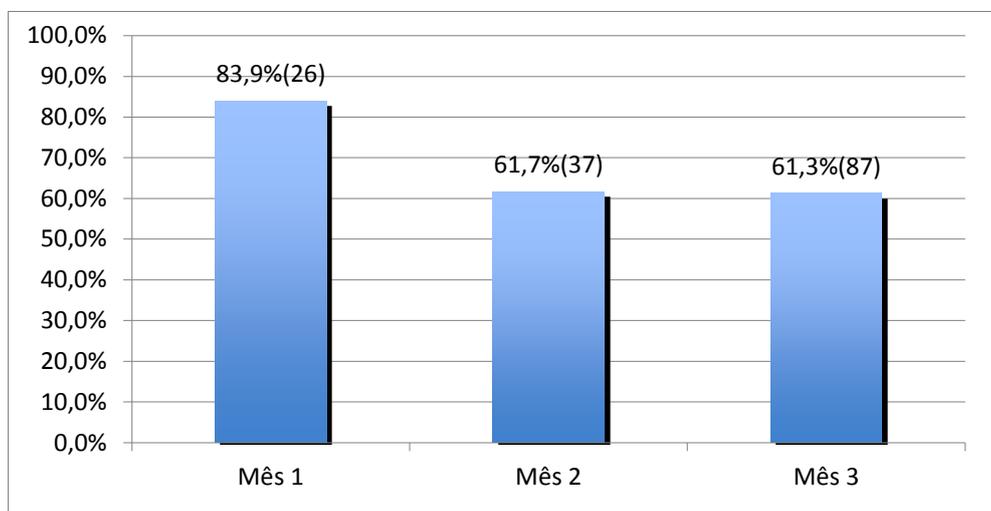


Figura 15 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

O segundo indicador de promoção da saúde da criança é o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Assim, como demonstrado na Figura 17, no primeiro mês de intervenção a taxa alcançada foi de 61,3%, ou seja, de 31 crianças atendidas neste primeiro período, apenas 19 das mães afirmaram que o seu bebê foi posto para mamar na primeira consulta de puericultura. No segundo mês, reduzimos o percentual para 56,7% totalizando 34 de 60 cadastradas no período e, no último mês, o indicador prosseguiu em queda atingindo apenas 52,8% perfazendo um total de 75 das 142 crianças cadastradas no período da intervenção.

Foram obtidos resultados muito baixos deste indicador em função da grande maioria das crianças não terem sido postas para amamentar na primeira consulta de puericultura realizada, incluindo a consulta na primeira semana de vida. No entanto, todas as crianças que ainda eram amamentadas foram colocadas para mamar nas consultas de acompanhamento durante a intervenção,

mas infelizmente esta não era a primeira consulta da grande maioria delas e não pode ser contabilizada.

Trata-se de um momento importante na consulta, uma vez que precisamos intensificar os índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida por ser este muito vantajoso tanto para a mãe quanto para o bebê, já que é um alimento completo para o bebê até seis meses além de ser gratuito ainda promove o fortalecimento do vínculo do binômio mãe/bebê entre vários outros benefícios. Para este indicador alcançar 100% é algo inviável, pois muitas mães não lembram deste detalhe por ocasião da primeira consulta de vida do seu bebê ainda antes dos 7 dias. No entanto, é um indicador interessante de ser observado a partir de agora.

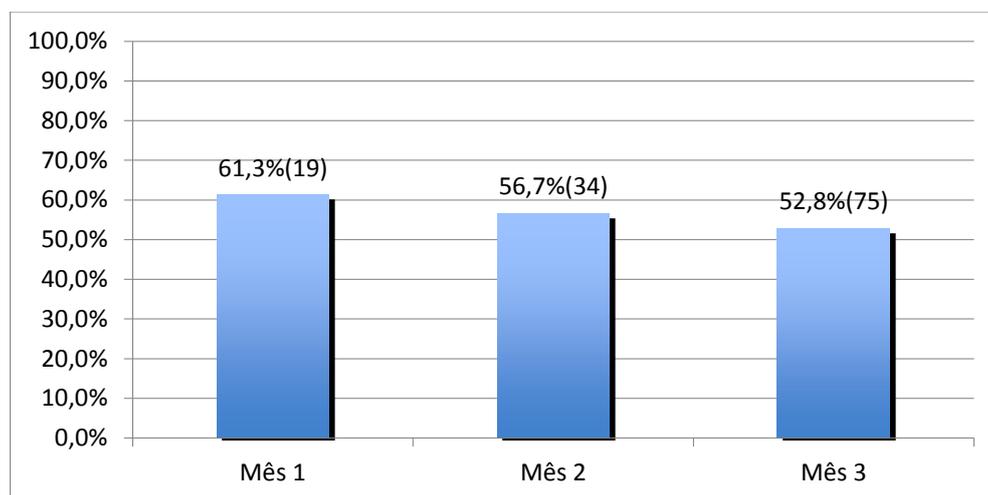


Figura 16 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

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

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

Ao longo da intervenção procuramos sempre ofertar orientações às mães e/ou responsáveis quanto à importância de observarem a alimentação conforme a faixa etária do seu bebê. Assim, conforme a Figura 18, no primeiro mês um total de 90,3% (28) das mães recebeu orientações nutricionais adequadas relacionadas à faixa etárias, no segundo mês esta orientações foram repassadas para 73,3% (44) e, no terceiro mês um total de 65,5% (93) das mães e/ou

responsáveis as receberam. Volto a destacar que houve um engano de minha parte neste sentido, pois pensava que apenas poderia contabilizar na planilha as mães que participassem dos grupos em que eram fornecidas estas orientações.

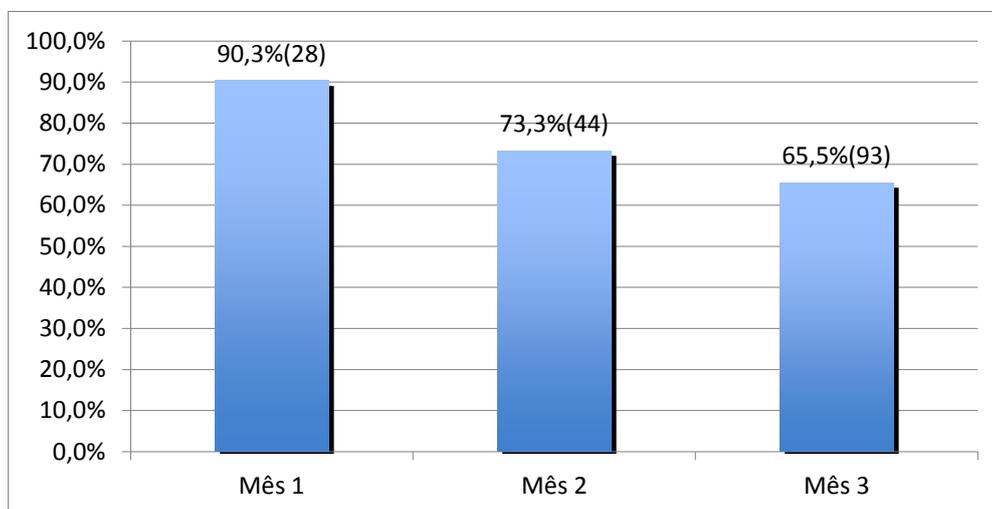


Figura 17 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na unidade de saúde CAIC 20, Uruguiana, RS, 2015.

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

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

Da mesma forma como para o fornecimento de orientações nutricionais também ofertamos orientações quanto à necessidade da manutenção de uma higiene bucal de qualidade, especialmente para a prevenção de cáries. Assim, conforme a Figura 19, no primeiro mês, 45,2% (14) mães e/ou responsáveis participaram do grupo em que fornecemos estas orientações, no segundo mês quando realizamos outro momento de grupo para trabalhar com estas orientações alcançamos a 36,7% (22) apresentando queda no percentual devido ao aumento do cadastro e, no terceiro mês aumentamos para 46,5% (66) das mães com orientações sobre higiene bucal.

Estas orientações são importantes uma vez que auxiliam na promoção da saúde da criança, pois manter uma alimentação e hábitos de vida saudáveis, incluindo medidas adequadas de higiene bucal, contribui para a melhoria da qualidade de vida da criança, reduzindo chances de comorbidades no futuro.

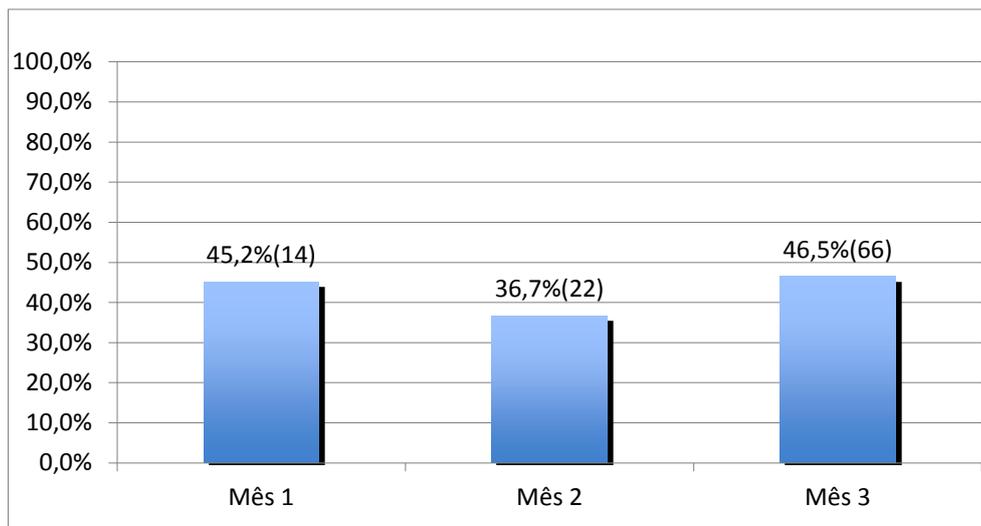


Figura 18 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries de acordo com a faixa etária na unidade de saúde CAIC 20, Uruguaiana, RS, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção realizada para qualificar a atenção à saúde da criança com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção a saúde da criança na UBS ESF 20 CAIC, propiciou a união de todos os profissionais para que houvesse a melhoria dos registros e a qualificação da atenção ao grupo alvo no serviço, ainda que o objetivo de ampliar a cobertura e a maioria das metas de qualidade não foi alcançado.

Diariamente, verificamos que os profissionais se preocuparam mais com o preenchimento das fichas-espelho introduzidas na intervenção e com a abordagem do tema durante as consultas ou na sala de espera. A disponibilidade de materiais de consulta rápida como o protocolo do Ministério da Saúde agilizou o serviço na tomada de decisões, de modo a não deixar médicos e equipe de enfermagem desamparados de informação no momento de dúvidas sobre o recomendado no acompanhamento das crianças.

Após reunião para exposição da intervenção e capacitação da equipe, percebeu-se, através dos indicadores, a ascensão da qualidade do serviço no que tange ao conhecimento teórico-prático e ao sistema organizacional para a realização das consultas. É gratificante saber que estamos recuperando as crianças para atualizar o calendário vacinal, acompanhar as que nasceram com baixo peso, ir em buscas das faltosas para que mantenham os controles em dia

bem como realizando a avaliação de risco para um adequado planejamento do cuidado.

Com o foco na equipe, verificou-se uma maior integração e organização do trabalho, após capacitação acerca das orientações regidas pelo Ministério da Saúde. Tal ação impactou, sobremaneira, no dia-a-dia dos profissionais, conferindo maior praticidade e fluidez ao serviço, embora que muitas ações não conseguiram ser cumpridas na totalidade. Coube ao recepcionista o primeiro contato com as crianças, de modo a acolhê-las e repassá-las para a triagem com a equipe de enfermagem para verificar peso, altura, perímetro cefálico, avaliação da carteira de vacina e, em seguida, serem encaminhadas para a avaliação com uma das médicas da unidade.

Previamente à intervenção, havia somente registro das vacinas administradas. Dados omissos foram freqüentes, pois muitos registros não foram realizados adequadamente na ficha-espelho por alguns membros das equipes. Não havia registro específico dos testes do pezinho e da orelhinha. A ficha-espelho organizou o serviço e agora mantém os registros de forma simples e prática, para acesso quando necessário por parte de todos os membros da equipe, mas ainda é necessário uma conscientização maior por parte de alguns quanto à importância de os realizar de forma completa.

A comunidade se beneficiou com a melhoria do serviço. A capacitação proveu conhecimento para o bom atendimento e tomada de decisões corretas. A agilidade do serviço impôs uma maior precisão nas consultas, o que resulta em mais crianças acompanhadas. Ainda precisamos manter constante vigília para que os registros sejam atualizados de forma adequada e completa para que possam servir de monitoramento. A presença constante dos ACS em busca das crianças faltosas contribuiu para a excelência da ação.

Apesar de todos os benefícios advindos com a intervenção, existem alguns percalços que merecem destaque para análise e tentativa de resolução. Sabidamente, um dos principais fatores foi a baixa adesão das mães à rotina das consultas mês a mês durante o primeiro ano de vida das crianças e de dois em dois meses no segundo ano, de fazerem a administração de sulfato ferroso conforme o recomendado bem como trazer os seus filhos para mantermos o acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento. Ações em sala de

espera, divulgação no momento da consulta com a equipe médica e de enfermagem ainda são necessárias bem como é inconcebível a existência de micro áreas desassistidas por ACS.

Se hoje fosse iniciar a intervenção divulgaria a mesma de forma mais intensa entre os membros da comunidade, buscaria a parceria com o pediatra da Policlínica para que pudéssemos ofertar atendimento a um maior número de crianças durante o mês. Além disso, penso que deveria ter realizado mais ações coletivas em âmbitos escolares, creches e associações de bairro para que um maior número de mães e/ou responsáveis pudesse tomar conhecimento do trabalho que seria realizado em nossa unidade e ter acompanhado de forma mais particularizada o atendimento ofertado inicialmente pela minha colega, pois muitos dados deixaram de ser coletados adequadamente pela falta de monitoramento de minha parte.

As ações já se encontram incorporadas à rotina do serviço, mas sabemos que é necessário rever junto à todos os membros da equipe para relembrar a todos sobre a importância de manterem registros completos para que possamos estabelecer um efetivo acompanhamento das crianças. Também ainda temos que ir em busca das crianças que não conseguimos avaliar durante o período da intervenção, pois o serviço está inserido em uma área muito carente e necessita de um acompanhamento efetivo e resolutivo por parte da equipe de saúde da unidade para que as crianças possam crescer e se desenvolver de forma saudável e adequada conforme preconizado pelo Ministério da Saúde antes de pensarmos em implementar qualificação para as demais ações programáticas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório tem por objetivo apresentar-lhes como ocorreu a implementação do Projeto de Intervenção “Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC 20, Uruguaiana/RS” sob responsabilidade da médica Vivas Natividad Lourdes do Programa Mais Médicos para o Brasil como parte das atividades da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS, o qual teve duração de 12 semanas.

Partindo da análise situacional da atenção às crianças atendidas nesta Unidade de Saúde, observou-se a necessidade de ampliar a cobertura da atenção às crianças, melhorar a qualidade das consultas de puericultura realizado na Unidade, melhorar a adesão e o registro das informações dos atendimentos realizados. Além disso, realizar avaliação de risco nas crianças entre zero e 72 meses garantindo a longitudinalidade da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos para que possamos efetivar o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas e, desta maneira, melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na UBS.

As ações ocorreram nos meses de junho a setembro de 2015, sendo planejadas e desenvolvidas conforme os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica.

Os resultados alcançados durante o período de três meses de intervenção após inserção da ação programática para a Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na Unidade de Estratégia de Saúde da Família CAIC 20, no município de Uruguaiana, no estado do Rio Grande do Sul, estão apresentados a seguir:

A intervenção cadastrou ao longo do período um total de 47,3% (142) das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área da abrangência da UBS do total estimado de 300 crianças. Estimávamos alcançar 80% das crianças no período de 4 meses (período inicialmente proposto para intervenção, mas que foi necessário reduzir para 3 meses para cumprimento do calendário de defesas previsto pelo curso) mas, a mesma não foi atingida conforme previsto. Temos consciência da importância de manter ativa esta ação para alcançar a 100% das crianças pertencentes à área. Destacamos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizaram bom trabalho para a captação das crianças

Tínhamos como meta captar 100% das crianças entre zero e 72 meses para a primeira consulta na primeira semana de vida na unidade de saúde, mas não atingimos a meta proposta, uma vez que muitas crianças já eram mais velhas e as mães não souberam precisar se as crianças haviam realizado a consulta na primeira semana e assim optamos em não contabilizar a informação. Os ACS darão continuidade das ações no sentido de conscientizar as mães e/ou responsáveis sobre a importância do acompanhamento precoce das crianças já a partir da primeira semana de vida.

A maioria das metas de qualidade não foram atingidas, pois como na meta anterior as mães não sabiam informar se as crianças haviam realizado o teste da orelhinha, o teste do pezinho, a continuidade do monitoramento de crescimento e desenvolvimento também não foi alcançado conforme previsto, pois muitas mães não traziam seus filhos para avaliação no dia da consulta agendada. Assim também as orientações não foram fornecidas a todas as mães e/ou responsáveis pelo fato que acreditávamos que deveríamos contabilizar apenas as mães que participavam dos grupos de educação em saúde, dos quais não obtivemos uma participação efetiva. Ainda, nem todos os colegas que avaliavam as crianças realizaram de forma efetiva o registro dos dados na ficha-espelho que adotamos para monitoramento e fora fornecida pelo curso. Agora todos já estão conscientes da importância de manter os registros adequados.

Em relação ao esquema vacinal conseguimos atualizar o calendário vacinal para 90,8%(129) das 142 crianças cadastradas e quanto a prescrição de sulfato ferroso conseguimos manter 100% (38) das crianças entre 6 e 24 meses em uso do suplemento. Já a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi

realizada a 64,3% (74) das crianças e a realização da primeira consulta odontológica a 21,7% (25) das crianças. Apresentamos grandes dificuldades para o alcance das metas, pois o odontólogo solicitou para sair da unidade e não houve o envio de outro profissional durante a intervenção.

A proporção de crianças faltosas às consultas foi baixa. Assim, durante a intervenção houve um total de 43 crianças faltosas, mas a todas foi realizada busca ativa e isto foi possível devido à presença e empenho dos ACS da UBS.

Em relação à proporção do registro na ficha-espelho e avaliação de risco durante a intervenção também não foi alcançada, pois realizamos registro adequado para 90,3% (132) das crianças avaliadas e, dessa forma a meta de 100% não foi atingida. A ficha-espelho disponibilizada pelo curso foi apresentada a equipe e bem aceita, o instrumento é simples, prático e completo e foi facilmente implementada na UBS, apenas inicialmente a mesma não foi preenchida pela colega médica que também avaliou algumas crianças e esta não retornaram durante a intervenção para atualizarmos os registros. Apenas gostaríamos de solicitar à gestão para que nos apoiasse com a impressão das mesmas para a realização de ações futuras, uma vez que facilita o registro e garante o monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Após finalizada a intervenção a equipe está bem mais preparada para dar continuidade às ações iniciadas bem como já conseguimos alcançar a totalidade de vários índices que não havíamos alcançado durante o período da intervenção. Pretendemos dar continuidade às ações para a melhoria da atenção à saúde das crianças até alcançarmos 100% de nossas crianças e ampliar as ações para os demais programas oferecidos na UBS ESF CAIC 20 de Uruguaiana/RS.

Nesse sentido, o apoio de nossos gestores é fundamental no sentido de suprir a demanda reprimida, garantir a composição adequada da equipe, melhorar o processo de trabalho, evitar a falta de medicamentos básicos na farmácia popular, garantir a realização de exames laboratoriais com entrega dos resultados em tempo hábil e apoiar as equipes de saúde no sentido de promover espaços de reuniões de equipe e reflexões das práticas clínicas em nosso ambiente de trabalho.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS de ESF CAIC 20, Uruguaiana, RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório vem apresentar para a comunidade como ocorreu o desenvolvimento do Projeto de Intervenção o qual visou a Melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na ESF CAIC 20, Uruguaiana/RS com duração de 12 semanas entre os meses de junho a setembro sob responsabilidade da médica Vivas Natividad Lourdes, do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Antes da intervenção já prestávamos uma atenção de qualidade às crianças entre zero e 72 meses e, além disso, acompanhávamos adequadamente as mães durante o pré-natal e na fase do puerpério. Assim, o foco da intervenção foram as crianças, mas como somos duas médicas na ESF as gestantes e/ou mães também continuaram sendo acompanhadas com a mesma qualidade.

As ações desenvolvidas ocorreram intensivamente pelo período da intervenção e continuaremos a mantê-las na mesma intensidade. Os resultados foram bons, mas sabemos que ainda temos muito para melhorar apesar de atingirmos quase na totalidade todas as metas propostas cujos objetivos eram melhoria da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses, melhoria da adesão e do registro das informações, realização da avaliação de risco nas crianças, entre outras direcionadas ao cuidado nesta fase.

Durante os meses da intervenção a equipe da UBS de ESF CAIC 20 acompanhou o grupo alvo da intervenção no sentido de atingir a um importante número de crianças. Ampliamos as atividades em grupos promovendo ações de forma contínua e organizada, garantindo a troca de experiências, para isso contamos com a participação da comunidade nos grupos de prevenção e promoção em saúde desenvolvidos na UBS, cuja participação foi de extrema

importância para os resultados obtidos, apenas gostaríamos de que a participação tivesse sido em maior número.

A equipe cadastrou e mantém a monitorização e acompanhamento das crianças de forma periódica por meio dos dados registrados. Melhoramos o registro das informações o que permitiu identificar crianças faltosas, atrasos em vacinas, manter controle adequado do desenvolvimento e avaliação do crescimento para aquelas que não estavam com a consulta em dia. Além de permitir uma avaliação da qualidade do nosso serviço.

A equipe engajou-se na intervenção e foi essencial para que as ações propostas fossem cumpridas, desde o acolhimento das crianças, o agendamento, consultas, prescrições, orientações, ações coletivas de educação em saúde e registro, apesar de não conseguirmos alcançar 100% dessas ações, mas conseguimos atualizá-las após a conclusão da intervenção.

Muitas ações já ocorriam na nossa unidade, porém puderam ser melhoradas a partir do início da intervenção, ocorrendo de maneira mais organizada, como o registro que não era adequado e uniformizado além de não utilizarmos um registro específico. Melhoramos também o acolhimento das crianças conseguimos cadastrar praticamente metade das crianças pertencente à área da abrangência da unidade de saúde ao longo dos 3 meses da intervenção e prosseguimos com o trabalho após a intervenção e já alcançamos um número maior de crianças com cadastro atualizado e avaliação realizada.

As ações de educação permanente para a equipe tornaram-se cada vez mais intensas na UBS. Seguimos discutindo casos e condutas, trabalhando as dificuldades, elaborando capacitações pontuais, referentes ao trabalho das ACS e técnicos de enfermagem e também dos clínicos.

Todas as ações previstas foram desenvolvidas, algumas com maiores dificuldades devido à instabilidade do tempo com períodos de chuvas intensas e muito frio. Podemos visualizar melhorias na organização do serviço e na qualidade da atenção. Neste momento os prontuários são digitalizados e a UBS passou a ter uma melhor organização, com ações planejadas, registradas e avaliadas por todos. A partir da intervenção todos os atendimentos e atividades passaram a serem registrados no prontuário eletrônico, na carteirinha da criança e na ficha-espelho, o que organizou o trabalho realizado na UBS.

Toda a equipe participou das atividades de promoção à saúde, havendo a partir deste trabalho integrado, melhoria nas orientações dadas às mães das crianças. O trabalho em equipe foi fundamental para a implantação das ações na unidade, pois houve apoio mútuo, comprometimento e satisfação da equipe. Infelizmente a adesão das mães e/ou responsáveis não foi a esperada.

Estaremos na UBS dispostos a ajudar e continuar melhorando a atenção à saúde das crianças e da comunidade. Nossa equipe agradece o apoio e interesse de todos e espera poder continuar trabalhando em conjunto e com apoio da comunidade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS de ESF CAIC 20, Uruguaiana, RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família possibilitou aprofundar-me no conhecimento sobre a área de saúde coletiva no Brasil, no local onde estou trabalhando neste momento e sobre o qual não tinha conhecimento por ser procedente de outro país.

Minhas expectativas no início do curso eram ampliar meus conhecimentos como médica e obter mais experiência e habilidade no desempenho das minhas funções para melhorar a qualidade de atenção da população adstrita à UBS onde trabalho. Além destas expectativas que foram atendidas, o curso também me ajudou a trabalhar em equipe bem como melhorar a formação da equipe com capacitações e, com isso formamos um vínculo mais estreito com a população assistida gerando mudanças importantes para a UBS, equipe e comunidade.

A participação nos fóruns ajudou-me ao refletir sobre a prática cotidiana, compartilhando conhecimentos e dúvidas clínicas com os colegas e, desta maneira, melhorei meu conhecimento e conduta frente a determinadas situações vivenciadas no cotidiano do serviço.

Com o trabalho realizado na UBS pude observar o que precisávamos melhorar referente à saúde coletiva e em relação à comunidade para qualificar a atenção prestada. Aprendi junto a equipe de saúde da UBS a compartilhar conhecimentos, estabelecendo um processo de educação permanente e de superação de algumas limitações que se apresentam no dia a dia.

Muitas vezes pensei em não concluir a intervenção, deixei por um momento de participar dos fóruns e enviar as tarefas em tempo hábil, porém, graças ao incansável apoio da minha orientadora Niviane Genz, com muito diálogo vencemos cada etapa, superamos as dificuldades e concluímos o cronograma proposto. Minha intervenção foi concluída de forma satisfatória

atingindo os objetivos propostos pelo projeto pedagógico, embora não tenha conseguido alcançar algumas metas durante o período da intervenção.

O curso me incentivou a planejar ações interdisciplinares de forma contínua. Levou-me a compreender e aprofundar meus conhecimentos acerca da atenção básica no Brasil. Reconhecer a importância do acolhimento não somente das crianças, mas também de todos os usuários que chegam a UBS, por demanda espontânea e/ou programada, do planejamento em saúde e da organização do processo de trabalho.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel contribuiu para a minha prática profissional ampliando meus conhecimentos acerca da saúde pública no Brasil, da ESF e promoveu mudança no meu processo de trabalho e da equipe, pois todos envolveram na busca pela melhoria da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses da UBS do CAIC ESF 20, do município de Uruguaiana/RS.



Figura 19 – Fotografia da equipe da ESF CAIC 20 de Uruguaiana, RS, no dia da Prefeitura no Bairro, 2015.

Referências

BRASIL. Manual Técnico de Atenção a Saúde da Criança, 2013. Saúde da Criança. Portal do departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php> Acesso em 15 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: **Controle dos Cânceres do Colo do útero e de Mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 124p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: **crescimento e desenvolvimento**. Brasília. Ministério da Saúde, 1ª Edição, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Relatório de Gestão 2003-2006: **política nacional de atenção integral a saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.128p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.108p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.192 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
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