

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do Programa de Saúde da Criança na Estratégia de Saúde da
Família do Km 06 – Natal, Rio Grande do Norte**

Jhonatan de Paula Araújo Ferreira

Pelotas, 2015

Jhonatan de Paula Araújo Ferreira

**Qualificação do Programa de Saúde da Criança na Estratégia de Saúde da
Família do Km 06 – Natal, Rio Grande do Norte**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em saúde da família
modalidade à distância UFPEL/UNASUS
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Betânia Rodrigues dos Santos

Pelotas, 2015

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

F383q Ferreira, Jhonatan de Paula Araújo

Qualificação do programa de saúde da criança na estratégia de saúde da família do Km 06 – Natal, Rio Grande do Norte / Jhonatan de Paula Araújo Ferreira; Betânia Rodrigues Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

61 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Santos, Betânia Rodrigues Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho a minha família que está sempre ao meu lado me apoiando. Aos meus pais Paulo e Eliene pelo amor, carinho e dedicação em todos os momentos da minha vida. Dedico ainda à minha orientadora Betânia Rodrigues dos Santos.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus.

À minha orientadora Betânia Rodrigues dos Santos, uma grande amiga e incentivadora, por ter me acolhido e ajudado com suas precisas pontuações e contribuições na construção deste trabalho.

À Universidade Federal de Pelotas e ao Departamento de Medicina Social, que através do curso propiciou a qualificação profissional.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, pelo apoio no desenvolvimento da intervenção.

Aos colegas da equipe da Estratégia de Saúde da Família Rural do Km 06 Natal/RN.

E a todas as outras pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com o sucesso deste trabalho.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	37
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	38
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento....	39
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	40
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.....	40
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	41
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	42
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.....	42
Figura 9	Proporção de crianças com triagem auditiva.....	43
Figura 10	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.....	44
Figura 11	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.....	45
Figura 12	Proporção de crianças com registro atualizado.....	45
Figura 13	Proporção de crianças com avaliação de risco.....	46
Figura 14	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	47
Figura 15	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	47
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	48
Figura 17	Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie.....	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

ESF: Estratégia da Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

HAB: Habitantes

Sumário

Apresentação	0
1. Análise Situacional	10
2. Análise Estratégica – Projeto de intervenção	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.3.1 Ações.....	22
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística	29
2.3.4 Cronograma.....	32
3. Relatório da Intervenção	33
4.1 Resultados	37
4.2 Discussão.....	49
4.3 Relatório da intervenção para gestores	51
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	52
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	54
Referências.....	56
Anexos.....	57

RESUMO

FERREIRA, Jhonatan de Paula Araújo. **Qualificação do programa de saúde da criança na estratégia de saúde da família do Km 06 – Natal, Rio Grande do Norte.** 2015 61f. Trabalho de conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho trata da implementação da intervenção em saúde da criança na estratégia Básica de Saúde da Família do Km 06, Natal, Rio Grande do Norte. Teve como objetivo melhorar a atenção à puericultura da área de cobertura. O projeto de intervenção tem como população alvo 180 crianças de 0 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência. Objetivamos melhorar a oferta de atendimento para esse grupo, já que existe um déficit na implementação do calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, no acompanhamento, na identificação de fatores de risco, processos patológicos presentes nas consultas, em ofertar orientações para os pais ou responsáveis, referentes à prevenção de agravos, doenças comuns na infância, em promoção do aleitamento materno, alimentação e nutrição saudável, em prevenção da violência infantil, visando a melhoria da qualidade de vida da criança. A intervenção promoveu o engajamento público através das orientações ofertadas para os pais sobre a importância dos atendimentos a saúde da criança. No eixo pedagógico da gestão e organização do serviço, foi realizada a atualização dos cadastros das crianças entre 0 e 72 meses do território de abrangência da equipe, e fornecido os insumos necessários para o desenvolvimento da intervenção e da assistência à saúde da população. O monitoramento das ações foi realizado durante a intervenção através das fichas-espelhos identificando as crianças faltosas no programa e fazendo desta forma a busca ativa. Compareceram para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil 40 crianças, representando 22,2% de cobertura do programa. Nos indicadores de qualidade alcançamos com êxito os 100% na maioria dos indicadores, não alcançando o mesmo naqueles que fugiam da nossa governabilidade, como o teste do pezinho e primeira consulta ainda na primeira semana de vida, pois muitas crianças foram cadastradas após esse período. A atividade desenvolvida propiciou aprimorar os conhecimentos teórico-práticos contemplando desta forma o eixo pedagógico da prática clínica, através das capacitações ofertadas para a equipe com o objetivo de ofertar os atendimentos em puericultura preconizados pelo Ministério da Saúde, ofertando desta forma um atendimento adequado e contribuindo com a melhoria dos serviços de atenção primária em saúde.

PALAVRA-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

Apresentação

Neste trabalho estão representadas as ações de qualificação da atenção à Saúde da criança na Unidade de Saúde da Família do Km 06, no município de Natal/RN.

A análise situacional realizada no serviço de saúde antes da intervenção relata a forma de organização da Atenção Primária em Saúde neste município, bem como os serviços ofertados.

É apresentado o projeto de intervenção proposto, as justificativas para a realização da intervenção, os objetivos e metas propostos. O projeto traz ainda a metodologia utilizada e as ações propostas, apresenta os indicadores referentes a cada meta, a logística descrevendo a organização do processo de trabalho e do serviço e o cronograma das atividades no período de quatro meses.

O relatório da intervenção analisa as ações que foram desenvolvidas e os dados obtidos a partir destas ações, também discute os resultados obtidos na intervenção, comparando-os com cada meta estipulada no projeto.

Foram realizados ainda os relatórios para o gestor e para a comunidade, nos quais se apresenta os resultados e os benefícios para o serviço e comunidade. Por fim, o presente volume traz ainda a reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem do profissional.

1. Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

A primeira impressão sobre a unidade de saúde em que trabalho foi um ambiente aconchegante, onde os pacientes são bem atendidos, apesar de não ser uma unidade grande em aspecto físico. Com o decorrer das semanas fomos notando seus aspectos positivos e negativos, os quais listarei abaixo.

A marcação das consultas é por ordem de chegada, isso deixa a desejar, pois não há uma triagem para os grupos de pacientes com maior risco de gravidade em relação aos com menor risco de gravidade. A unidade apresenta três estratégias de saúde da família, quando na realidade apenas comporta duas, pois só temos duas salas de atendimento médico, ficando o outro médico sem sala, tendo que improvisar com a enfermagem outra sala. Além disso, três enfermeiros atendem numa mesma sala, enfatizando mais ainda que a unidade é pequena para a demanda de profissionais.

Faltam cuidados de manutenção da unidade, sempre infiltrando água nas paredes quando chove. O crescimento e desenvolvimento (CD) é realizado apenas com a equipe da enfermagem, por mais que a equipe nos encaminhe os casos que considerem grave cada paciente deveria ter um número mínimo de consultas com o médico, pois algumas alterações podem passar despercebidas pela enfermagem. Notamos que a população é composta por um número maior de idosos e hipertensos, então vem a pergunta: a estratégia está intervindo de maneira eficaz na prevenção e controle da hipertensão? A prefeitura não disponibiliza transporte para as visitas domiciliares, apesar dos pacientes morarem próximo a unidade, mas em caso de urgência dificulta a chegada à tempo.

Outra preocupação é em relação à marcação de exames, devido à demora na marcação e conseqüentemente na realização do mesmo, impedindo diagnósticos mais rápidos e podendo interferir na intervenção mais precoce de uma doença de evolução rápida, como alguns tipos de câncer, por exemplo, o mesmo podemos falar

na demora para o encaminhamento para outras especialidades. Sendo assim, muitos preferem realizar exames e consultas particulares, às vezes retirando esse dinheiro de um salário mínimo que é usado para sustentar uma família inteira. Por último, geralmente está faltando medicamentos na farmácia, impedindo muitas vezes a continuidade do tratamento, o alívio dos sintomas da população, ficando muitos sem ter essa continuidade por não terem condições de comprar o medicamento, algo que é de direito do paciente. Enfim, essas são as percepções tendo dos pontos negativos da unidade, com o passar das semanas espero ter novas percepções.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual estou inserido se localiza na Unidade Federativa do Rio Grande do Norte, no município de Natal, com população de 817.590 habitantes, com 200 ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde, sendo apenas 111 implantadas, com uma estimativa de cobertura da população de 382.550 hab. A unidade em que atuo é a ESF do Km 6, tem como população alvo de abrangência 7.000 habitantes. A mesma apresenta como modelo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dispondo de três, porém só tem capacidade de comportar apenas duas. Sendo compostos por três médicos, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três dentistas, três auxiliares de saúde bucal e dez agentes comunitários de saúde. Localizada na área urbana, apresenta vínculo com o SUS em atenção primária de saúde, não existindo vínculo com instituição de ensino.

Em relação à estrutura física, a UBS é relativamente pequena, com uma sala de vacina, uma sala do diretor, três consultórios médicos, três consultórios odontológicos com consultórios 3,0 x 3,0m², birô do médico, cadeira para paciente e acompanhante, maca para exame físico separada por uma parede, com lençóis escassos, uma pia para lavagem de mãos, inexistindo, sala de reunião, consultórios com toalete, sala de nebulização, sala de descontaminação de material, sala de expurgo. As paredes evidenciam certo grau de desleixo por parte dos gestores, com as pinturas já antigas, infiltrando quando chove.

Diante do apresentado fica muito difícil para o médico poder reverter tal situação, pois são peculiaridades que dependem do gestor governamental, da prefeitura e eu como médico não tenho como interferir na contratação de profissionais e obras de infraestrutura. Muitas vezes para se realizar as obras,

depende de recursos que o município não pode arcar. Dessa forma, o médico fica de mãos atadas, porém não vamos desistir e devemos sempre exigir o melhor para a nossa população, principalmente nos meios de saúde, promovendo a sua conscientização e incentivando-os à lutar por melhores condições. Nesse ano de eleição, é nosso dever como médicos mostrar nossas carências e estimular a população a fazer uma boa escolha em prol de melhorias na saúde, conscientizar a própria equipe de profissionais, com propostas e soluções para assim sensibilizarmos os gestores.

Em relação às atribuições das equipes existem pontos positivos e negativo e um ponto positivo é o desejo de melhorar sempre, uma vez que são profissionais bastante qualificados, que conhecem as necessidades de sua população, estando sempre dispostos a ajudar mesmo com as deficiências de nossa estrutura, sempre atendem bem os pacientes, e são muito queridos pela população. Porém, existem falhas que uma boa organização pode resolver. Ao responder os relatórios da análise situacional, percebemos que existem falhas na organização e descrição dos casos. Pacientes com determinadas patologias devem ter cuidados especiais, como hipertensos, idosos, gestantes que estão realizando o pré-natal, mulheres no puerpério, crianças em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, patologias como câncer de mama e do colo do útero. Tivemos bastante trabalho ao buscar esses dados para responder as questões reflexivas, sendo assim, cremos que também fica mais difícil ter um controle dessa população.

Com isso, pacientes que deveriam ser acompanhados mais de perto acabam se perdendo nessa desorganização, às vezes atrapalhando a continuidade de determinados tratamentos, o surgimento de certas patologias, a ausência de orientação, e até prejudica o trabalho dos agentes comunitários de saúde em trazer para a nossa equipe esses pacientes. Diante disso, foi solicitado em uma das reuniões realizadas cadernos e fichas especiais para a notificação desses dados, que devem ser analisados diariamente e preenchidos a cada consulta. Também reunimos toda a equipe para explicar a importância dessa organização tanto para nós, profissionais da saúde, quanto para os pacientes, que são os mais necessitados.

A população da área adstrita é em torno de 7.000 habitantes, mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) = 2.312, mulheres entre 26 e 64 anos = 1.762, mulheres entre 50 e 69 anos = 528, gestantes na área = 105, menores de 1 ano = 102,

menores de 5 anos = 204, pessoas de 5 a 14 anos = 1215, pessoas de 15 a 59 anos = 4.504, pessoas com 60 anos ou mais = 758, pessoas entre 20 e 59 anos = 3847, pessoas com 20 anos ou mais 4.605. Diante desses dados percebe-se que a estrutura e por consequência a equipe não consegue comportar o tamanho da área adstrita. São disponibilizados apenas dez atendimentos por turnos, oito consultas e duas emergências para cada ESF, ficando pacientes sem atendimentos. Nesse caso o problema é mais difícil de resolver, pois o essencial era ampliar a estrutura física e assim poderemos instalar mais Estratégias para tentar sanar tais problemas. Mais uma vez questão governamental, que inevitavelmente existe e que eu, como médico me sinto na obrigação de levar até os gestores nossas carências e necessidades.

Nossa UBS distribui dez fichas de atendimento por turno para cada médico da ESF, oito de demanda livre e duas urgências. Essas fichas são distribuídas por ordem de chegada, casos que surgem de urgência são encaixados e atendidos. Diante disso, creio que os pacientes não estão sendo bem acolhidos, primeiramente muitos que chegam após serem distribuídas as dez fichas vão embora tristes e sem esperança de serem atendidos e por último acredito que essa não é a maneira correta de triagem. Acolher significa dar acolhida ou agasalho; hospedar; receber; atender; dar crédito; dar ouvidos; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender. Segundo essa definição me pergunto, se estamos realmente acolhendo nossa população e a resposta que logo me vem à cabeça é que não! Visto que, muitos buscam o serviço porque estão precisando de uma ajuda, às vezes quando não são atendidos, mas são bem acolhidos pela equipe eles se sentem seguros até para voltar à UBS. E o modo como está sendo feito a triagem não leva em consideração nenhum fator de risco. Diante disso junto com os outros médicos da estratégia implantamos a triagem por grupos de risco, através das cores de identificação, emergência: vermelho, muito urgente: Laranja, urgente: amarelo, pouco urgente: verde e não urgente: azul. Depois dessa implantação percebemos que estamos fazendo melhor nosso trabalho e ajudando primeiramente os mais necessitados. Por consequência tal atitude melhorou o acolhimento a nossa população.

Em relação à saúde da criança realizamos consultas até o sétimo dia de vida, incluindo a primeira consulta de puericultura, teste do pezinho também até os sete dias de vida, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, avaliação de saúde bucal, orientação para prevenção de acidentes e aleitamento materno. Essas ações estão estruturadas com base nos protocolos do

Ministério da Saúde. O teste do pezinho e triagem auditiva possui uma ficha específica que é anexada ao prontuário e com as informações anotadas na caderneta da criança. Já os demais relativos a consultas são apenas descritas no prontuário. Porém tais ações possuem uma baixa adesão da população, principalmente em relação às consultas, pois muitas mães quando ganham seus bebês acham que não precisam ir ao médico, e acabam sendo atendidos mais nas visitas domiciliares, muitas vezes passando do prazo dos sete dias propostos pelo MS. Já os exames possuem uma porcentagem maior do que as consultas, porém ainda existem casos especiais dos faltosos. Diante disso, percebi que o problema está na falta de organização e no compromisso dos funcionários em buscar abranger o maior número da população.

Já que apenas 72% das crianças estão com a consulta em dia de acordo com o ministério da saúde, 47% realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia, 32% realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 47% realizaram a triagem auditiva, 61% com vacinas em dia, devemos promover meios de conscientização das puérperas que acham que após ganhar o bebê não precisam mais ir para as consultas. Isso poderia acontecer em forma de palestras educativas com as pacientes ainda gestantes, na nossa própria unidade, apesar de não disponibilizar de auditório, mas pode acontecer na sala de espera, o que não pode é a paciente não realizar o teste do pezinho do seu bebê por uma falta de orientação adequada. Foi proposto numa das reuniões um caderno com as informações das puérperas e dos recém-nascidos (RN), com dados de visita, alguma patologia, para podermos ter mais um controle da nossa população, puérperas que apresentem alguma patologia, assim como o RN devem ser orientados a comparecer a UBS, caso não se resolva no estabelecimento, encaminhar para uma unidade de referência, assim podemos diminuir complicações pós natais com a mãe e o RN. Tendo esse caderno em mãos ficamos controlando mais a população, assim caso a paciente esqueça a consulta ou qualquer outro procedimento, como vacinação, exames para ser realizado, como o teste do pezinho, enviamos o agente comunitário de saúde para realizar uma visita em seu domicílio e trazer essa paciente para a nossa UBS.

Em relação ao pré-natal realizamos consultas do primeiro, segundo e terceiro trimestre, exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), vacina antitetânica e contra hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso,

exame ginecológico, avaliação de saúde bucal e orientação de aleitamento materno exclusivo. Infelizmente os exames demoram um pouco a chegar, isso para uma gestante não é nada bom, pois muitas patologias que precisam ser tratadas precocemente para evitar transmissão para o feto não são diagnosticadas precocemente. Percebo que ainda que os índices de primeira consulta no primeiro trimestre ainda são inferiores ao esperado, atrasando solicitação de exames, início do sulfato ferroso, sabemos o quão é importante para o complexo mãe-filho que o início da assistência ao pré-natal, o qual seguimos o proposto pelo MS que propõe seis consultas, no mínimo. Isso se deve a uma parte dos diagnósticos de gravidez ser dados tardiamente, evidenciando o quanto que a população ainda é despreparada para enfrentar uma gestação.

Mais uma vez o que deixou a desejar é a organização dos dados, diante disso propus que tenhamos um caderno de pré-natal e puerpério para anotar informações importantes, como idade gestacional, exames solicitados, o número de consultas já realizadas com médico e enfermeiro, vacinas já tomadas e as que faltam, além disso, dados sobre as consultas puerperais, como os dias de puerpério, as intercorrências. Assim fica mais fácil ter o controle dos pacientes pela equipe e nos dá a oportunidade de acompanharmos de perto situações delicadas que exigem um acompanhamento mais cuidadoso. Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama as ações realizadas em meu serviço são: exame citopatológico, avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de câncer (CA) de colo de útero, orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Percebi que tenho uma responsabilidade enorme, como médico da estratégia, pois devemos realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Infelizmente o número de pessoas com indicação que chegam até nós é muito pouco comparado ao caderno de ações programáticas, isso se deve a inúmeros fatores, como desinformação, muitas pacientes têm vergonha, outras os maridos não deixam, e muito mais

Para piorar a situação nossa UBS disponibiliza apenas de um turno para a coleta de exames, que atualmente não está sendo feito pela falta de material. Ficamos indignado, já que o CA de colo de útero é uma patologia que se previne com o Papanicolau. Diante disso é urgentemente necessário realizar reuniões com

as equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação, dados esses que não estão de maneira organizada, em um caderno específico, daí a necessidade de mais organização para o armazenamento de dados e a partir daí podermos intervir de maneira mais eficaz.

Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, devemos ter um controle maior dos registros, com um caderno, já que não utilizamos sistemas computadorizados para podermos organizar os dados. Algo que irei propor em nossa próxima reunião. Diante disso, planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade. Fazendo uma busca ativa desses pacientes para serem examinados. Faz-se necessário a participação Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois é fundamental conhecer a importância da realização da coleta do exame citopatológico como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área. Objetivando assim, a busca ativa do ACS a população de risco.

Em relação ao controle do câncer de mama nosso serviço realiza solicitação de mamografia, avaliação do risco de câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama. Percebi que a cobertura de Controle do câncer de mama chega a ser inferior ao do câncer do colo do útero, pois tudo parece ser mais difícil, quando solicitamos ultrassonografia ou mamografia demora bastante para o paciente realizar e muitos casos deixam de ser diagnosticados precocemente. Além disso, a maioria das pacientes só comparece ao serviço quando estão queixando-se de um nódulo, às vezes em estágios mais avançados.

O Controle do Câncer de Mama avaliado em minha UBS é muito inferiores ao esperado, seja pela ausência de diagnóstico, pela demora dos resultados, ou pela falha clínica na detecção de alguma anormalidade, visto que o exame clínico das mamas que é o primeiro passo e só é realizado nas consultas ginecológicas ou como alguma queixa na consulta clínica. Diante disso, percebo que temos um desafio grande a ser superado, visto que temos um sistema de organização de dados deficiente, uma população leiga e um sistema de saúde deficiente.

Diante desse tripé, a fim de solucionar esse caso, devo como médico da estratégia de saúde da família realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, solicitar mamografia, de

acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar, examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama, bem como solicitar os exames adicionais, avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero. Mais uma vez a questão dos dados que devem ser mais organizados, será tratada nas próximas reuniões, e por parte da conscientização da população que deve ser feita através de palestras, como ensinar a fazer o autoexame da mama, a importância da prevenção do Ca de mama.

Em relação aos hipertensos, as ações realizadas em meu serviço são: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, e avaliação da saúde bucal. Como nossa UBS realiza o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), com relação aos registros temos uma ficha especial para hipertensos e diabéticos, de maneira bastante organizada, diferentemente de outros temas abordados anteriormente. A hipertensão é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O HIPERDIA é muito bom, algo que vejo funcionar em minha UBS, diferente das atividades anteriores. Como nunca estamos satisfeitos, acredito que ampliar esse sistema de cadastramento nos traria mais e mais benefícios, visto que não trabalharíamos apenas com a população da área, mas de outras áreas. Minha proposta seria levar esse programa além das fronteiras da nossa UBS. Praças, escolas, com palestras, enfatizando a doença e o quão importante seria preveni-la, estímulo a atividade física nas praças com equipamentos de ginástica, profissionais da saúde verificando a pressão da população para detectar futuros e atuais hipertensos assintomáticos. Ou seja, ampliar esse projeto que vimos bons resultados no âmbito da nossa UBS. Em relação aos diabéticos, as ações realizadas em meu serviço são: estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos, exame físico dos pés, palpação do

pulso tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade dos pés. Semelhante a HAS, minha UBS tem registros decorrente do programa HIPERDIA, o é um programa que nos trouxe muitos benefícios, diagnósticos, tratamento, porém tem algo que me incomoda muito: a doença tem difícil controle, e a grande maioria dos pacientes precisam descompensar, em Cetoacidose diabética, para poderem entrar em equilíbrio com a doença. Diante disso, devemos propor aos pacientes meios de informação que facilitem o entendimento da doença, como modo de se alimentar, hora de tomar o medicamento, como deve tomar o medicamento. Acredito que cada caso em especial tem que ter orientações específicas do médico, porém algumas informações alimentares poderiam ser fornecidas de outros profissionais da equipe, como os nutricionistas. Infelizmente em minha UBS não tem nutricionista, mas poderíamos propor isso ao diretor da UBS.

Em relação à saúde do idoso, são ações realizadas em meu serviço, realização de avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação para atividade física regular, avaliação de saúde bucal em dia. Porém a cobertura da minha UBS não é tão abrangente como deveria ser, acredito que existam falhas da nossa equipe, para não estarmos alcançando mais essa faixa etária da população, apesar de na minha UBS ter um grupo de idosos, que realiza atividades com a equipe, café da manhã, palestras educativas, exercícios nas academias públicas. Acredito que devemos buscar mais de nossa população abrangente.

Devemos nos articular para abranger o maior número de idosos e a melhorar a qualidade da atenção, assim, conto com a ajuda de toda a equipe de saúde, visto que é fundamental para conciliar esses dois aspectos. Os agentes comunitários de saúde devem detectar essa faixa etária, para tentarmos trazê-los até a nossa UBS. O caminho às vezes é muito longo, pois muitos idosos se recusam à sair de casa, ficam confinados numa rede, ou quarto, sem estímulo nenhum. Diante disso, devemos realizar a visita com toda a equipe, fazer consultas em casa e quando ganharmos a confiança trazê-los para a nossa unidade. Lá tem grupos de idosos, que discutem temas como saúde, atualidades, realizam brincadeiras, gincanas. Acredito esse grupo já transmita saúde, pois o convívio com outras pessoas da mesma idade, os diálogos já facilita nossa intervenção como médicos.

Finalizando, para mim está sendo um grande desafio por em prática tudo que tenho em mente e escrito na análise situacional, pois é uma equipe toda que temos

que readaptar às novas estratégias, mas aos poucos vamos conseguindo. Já consegui alterar o modelo de triagem e conseqüentemente o acolhimento, que pra mim já foi um grande avanço, pois foi notório que os pacientes selecionados realmente precisavam de uma atenção mais imediata. Já solicitei fichas especiais para puérperas e RN, assim os nascimentos mais recentes estão sendo vistos com maior atenção, aos poucos irei solicitar palestras para as puérperas com os principais temas e dúvidas do período. Também solicitei fichas especiais para as gestantes, as novas irão ser acompanhadas e as antigas melhorar esse acompanhamento. Não posso esquecer que já conversei com o diretor sobre a estrutura da UBS, que discutimos inicialmente nos tópicos estrutura da UBS I e II, o mesmo me prometeu levar a frente tal questão.

Porém minha caminhada apenas está começando, com relação aos outros temas ainda estamos em andamento com nossos objetivos. Relendo o texto que escrevi como tarefa na segunda semana de ambientação, me assustei com as perguntas, pois não conseguia imaginar uma UBS com tantos recursos que me eram perguntados. Com o tempo foi que percebi que aquelas perguntas era um estímulo para eu formular minha análise situacional e assim promover mudanças objetivando e promovendo mais saúde para a população da ESF do Km 06.

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

Percebe-se que o texto inicial e o relatório da análise situacional apresentam pontos semelhantes, como pequena estrutura física para abarcar a população da área adstrita, dificuldades na realização de exames, prejudicando diagnósticos e tratamentos precoces, poucas fichas de atendimento diário distribuídos, triagem mal elaborada, falta de organização das atribuições dos funcionários, falta de organização dos registros, ausência de estratégias de prevenção em saúde da mulher e da criança.

2. Análise Estratégica – Projeto de intervenção

2.1 Justificativa

Com o projeto de intervenção pretendemos incluir crianças de 0 a 72 meses, no Programa de atenção à Saúde da criança, com a proposta de melhorar a oferta de atendimento para este grupo na faixa etária referida. Ofertar de atendimento e implementação do calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, visa o acompanhamento, a identificação de fatores de risco e processos patológicos presentes nas consultas, ofertar orientações para os pais ou responsáveis, referentes à prevenção de agravos, doenças comuns na infância, promoção do aleitamento materno e alimentação e nutrição saudável, prevenção da violência infantil, visando a melhoria da qualidade de vida da criança

Na Unidade de Saúde do Km 06 possui na área de abrangência da equipe uma população de 180 crianças de zero a 72 meses, não são desenvolvidas atividades do Programa de Puericultura. Além disso, não é utilizado o Caderno de Atenção Básica da Saúde da Criança como protocolo de atendimento às crianças. Não há arquivo específico para o registro dos atendimentos e não são desenvolvidas atividades de grupo de educação em saúde. Percebeu-se que existe um déficit no cadastramento das crianças da área adstrita e muitas ficam sem atendimento. Analisando essa situação questionamos sobre a qualidade de atenção à saúde, pois muitas nem sequer são acompanhadas na unidade, outras faltosas. Por isso, o motivo de escolhermos à saúde da criança como foco de intervenção, pois objetivamos uma maior adesão por parte da população, como sabemos é nas consultas onde fornecemos informações sobre como prevenir acidentes, amamentação, principalmente na primeira consulta, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, orientações sobre higiene bucal, acompanha-se o crescimento e desenvolvimento, déficit ou excesso de peso, vacinação, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho. Diante disso, conclui-se que a falta às consultas pode acarretar em sérios danos ao bem estar com consequências irreversíveis.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo Geral:

Qualificar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses residentes na área de cobertura da UBS Km 06.

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura das crianças de 0 a 72 meses.
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
3. Melhorar a adesão dos usuários ao sistema.
4. Melhorar os registros das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças.

Metas relativas ao objetivo: Ampliar a cobertura

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à ESF do Km 06

Metas relativas ao objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
2. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Metas relativas ao objetivo: Melhorar a adesão dos usuários ao sistema

1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas.

Metas relativas ao objetivo: Melhorar os registros das informações

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

Metas relativas ao objetivo: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

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

Metas relativas ao objetivo: Promover a saúde das crianças.

1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

O detalhamento das ações será realizado de acordo com os seguintes objetivos:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das crianças de 0 a 72 meses

Monitoramento e avaliação: para monitorar o número de crianças cadastradas no programa, contamos com a ajuda de toda a equipe, desde enfermeiros, técnicos em enfermagem, recepcionista, agentes comunitários de saúde. Para que verifiquem os registros periodicamente e avalie quem compareceram as consultas, que não compareceram, buscando um acompanhamento mais de perto e corrigir possíveis falhas.

Organização e gestão do serviço: nesse item a equipe deve cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita e priorizar o atendimento de crianças. Esse cadastro deve ser feito através da demanda espontânea que chegam à unidade para atendimento que não possuem cadastro e através da busca ativa

dos agentes comunitários de saúde, buscando trazer para a unidade crianças não cadastradas e que pertencem à área de abrangência da ESF.

Engajamento público: deve-se orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Esse meio de orientação será através dos agentes comunitários de saúde na busca ativa na comunidade e através da equipe da ESF aos pacientes que chegam como demanda espontânea a aos já cadastrados.

Qualificação da prática clínica: para que essa orientação ocorra é fundamental capacitar à 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 que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Essa capacitação será feita através de reuniões semanais com toda a equipe na unidade, para que a equipe leia e adote os protocolos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa, com ênfase na suplementação de sulfato ferroso, no crescimento e desenvolvimento, crianças com déficit e excesso de peso, vacinação de acordo com a idade, triagem auditiva e teste do pezinho. Para isso, deve ser anotado em caderneta do projeto na unidade e com acesso periódico para acompanhamento dos registros. Organização e gestão do serviço: Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na semana da consulta, ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, garantir a dispensação do medicamento (suplemento), organizar acolhimento das crianças de 0 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, garantir encaminhamento para crianças com anemia grave à unidades de referência, fazer adequado controle de estoque para evitar falta de suplemento , realizar controle da data de vencimento do estoque, garantir a dispensação do medicamento (suplemento). Para isso, contamos com a ajuda de toda a equipe na realização, fiscalização e registros. Serão realizadas reuniões a fim de esclarecer as funções de todos os membros da equipe na participação do projeto.

Engajamento público: Nesse contexto toda a equipe que irá realizar o projeto deve saber da importância das consultas e da continuidade e deve sempre estar

explanando a importância da suplementação a casa consulta, também promovendo palestras na unidade e na comunidade.

Qualificação da prática clínica: Nesse contexto a qualificação se dará através de reuniões semanais a fim de que toda a equipe se torne qualificada para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso, monitorar o acompanhamento, necessidade de tratamento em centro de referência, tudo isso através dos protocolos disponibilizados pelo ministério da saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários ao sistema

Monitoramento e avaliação: para isso devemos qualificar toda a nossa equipe para que estejam aptas a monitorar os registros das consultas e buscar as crianças faltosas, assim teremos um controle melhor das crianças que fazem parte do projeto.

Engajamento público: Qualificar nossos profissionais para informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Organização e gestão do serviço: diante dos registros as buscas devem ser feitas tanto pelos agentes comunitários de saúde, quanto pelos médicos e enfermeiros nas visitas domiciliares, a fim de trazer os faltosos à unidade.

Qualificação da prática clínica: Como já foi dito deve fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação: para melhorar o registro as informações será utilizado as fichas-espelhos, planilha eletrônica de coleta de dados, e arquivos específicos de cada criança que devem ser analisadas periodicamente e acrescentadas a cada análise com dados das consultas, dos faltosos, crianças em uso da suplementação, as que interromperam o uso, as que estão com anemia, as que foram encaminhadas para os centros de referência.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso. Assim cada um pode cobrar sobre suas informações nos registros assegurando que está sendo acompanhada pelo projeto.

Organização e gestão do serviço: Nesse contexto é fundamental definir um responsável pelo monitoramento dos registros, mesmo que todos tenham acesso, um funcionário deve ficar responsável por analisar todos os dados, assim fica

pactuado que aquela pessoa vai repassar todas as informações importantes e necessárias para o projeto seguir com êxito.

Qualificação da prática clínica: 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

Monitoramento e avaliação: Devemos monitorar o número de crianças de alto risco de anemia existente na comunidade e com acompanhamento em atraso, assim podemos prevenir futuras complicações que poderão surgir e tratá-las precocemente.

Engajamento público: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Para isso contamos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde nas visitas e todos os profissionais na UBS, através de palestras educativas e até a explanação verbal.

Organização e gestão do serviço: A detecção precoce da anemia ferropriva pode evitar futuras complicações pode minimizar os danos no crescimento e desenvolvimento de uma criança.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, a fim de reduzir futuras complicações.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Monitoramento e avaliação: Monitorar se foram dados as devidas orientações para prevenir acidentes na infância, se foi colocado 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, se foi fornecido orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças e se foi fornecido orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. O registro das orientações será armazenado em prontuário ou ficha espelho, como já dito nos ajuda a ter um maior controle dos registros e intervenções mais eficazes podem ser feitas.

Organização e gestão do serviço: Incluir sempre a comunidade e a mãe sobre as informações indispensáveis que motivam o projeto, assim criamos um vínculo mais forte e uma maior adesão da população.

Engajamento público: Definir o papel de todos os membros ajuda a dividir as tarefas e a não sobrecarregar os membros da equipe, assim o trabalho fica menos pesado e mais harmonioso.

Definir o papel de todos os membros ajuda a dividir as tarefas e a não sobrecarregar os membros da equipe, assim o trabalho fica menos pesado e mais harmonioso.

Qualificação da prática clínica: Essas medidas reforçam a importância da suplementação do sulfato ferroso na dieta da criança e capacita a equipe na prevenção da anemia.

1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3.2 Indicadores

INDICADORES – COBERTURA	
1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.
	Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
INDICADORES – QUALIDADE	
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.
2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
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 com déficit de peso.
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 com excesso de peso.
2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
2.6. Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.	Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
2.7. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.	Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.
	Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
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.
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.
INDICADORES – ADESÃO	
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.
INDICADORES – REGISTRO	
4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.	Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
INDICADORES – AVALIAÇÃO DO RISCO	
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.
INDICADORES – PROMOÇÃO A SAÚDE	
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.

6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde
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.
6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção proposta, para o atendimento em puericultura iremos adotar o Manual Técnico de Saúde da Criança do Ministério da Saúde de 2012 como orientação teórico-prática. Utilizaremos uma ficha-espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL com os dados do atendimento à criança. A partir destes dados será possível obter o cadastro de todas as crianças do território, sendo que ainda será confirmado com os registros dos ACS, que também fazem o acompanhamento das crianças do território. A ficha espelho será utilizada para monitorar os atendimentos e os dados obtidos através das avaliações das crianças, e desta forma equipe fará o monitoramento das condições de saúde e do acesso aos serviços necessários para avaliação da saúde da criança, como a triagem neonatal, triagem auditiva, o monitoramento do

calendário vacinal, avaliação de risco da criança, avaliação do crescimento e desenvolvimento.

A capacitação da equipe da unidade, para atendimento de acordo com o Manual Técnico será realizada na primeira semana, assim como o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Ocorrerá nas dependências da unidade e participarão desta capacitação os profissionais envolvidos no atendimento às crianças de 0 a 72 meses, Os conteúdos serão apresentados para os membros da equipe, e os assuntos desenvolvidos serão: processo biológico do crescimento – fundamentos de importância para a prática clínica, proposta de acompanhamento do crescimento: o caminho da saúde, desenvolvimento humano: fundamentos e princípios para a prática clínica, desenvolvimento normal e patológico, propostas para acompanhamento do desenvolvimento, caderneta de saúde da criança, conteúdos que fazem parte do Manual Técnico. Também na primeira semana serão cadastradas todas as crianças da área adstrita do programa e também será realizado a capacitação dos ACS para realização de busca ativa as crianças faltosas e as que não são cadastradas.

O acolhimento das crianças de 0 a 72 meses que buscam o serviço para consultas clínica de emergência será realizado pelo auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, onde serão avaliadas e encaminhadas para as consultas médicas no mesmo turno aquelas com problemas agudos de saúde. As crianças que buscam atendimento de rotina terão suas consultas agendadas, sendo que a demora deverá ser menor que cinco dias. Pois, teremos todos os dias da semana disponíveis para consultas.

O Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, proposto pelo Ministério da Saúde é o seguinte: até 15 dias após o nascimento, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos. Durante estes atendimentos será realizado a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil preconizada pelo Manual Técnico e ainda será realizada atividade de educação em saúde, referente à saúde da criança. Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a população nas comunidades através dos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares de rotina. Será esclarecido à população o que é o serviço de saúde da criança, qual a sua finalidade e importância para o acompanhamento das crianças de 0 a 72 meses de idade, sensibilizando a comunidade e familiares sobre a priorização do atendimento

deste grupo populacional na unidade básica de saúde. Para contribuir no processo de sensibilização das famílias no acompanhamento de seus filhos será organizado ações educativas comunitárias mensais para falar sobre a importância da ação programática.

O monitoramento das ações em saúde da criança será realizado pela equipe de enfermagem, todos os dias da semana e examinará as fichas espelho, através destas avaliações será realizado o monitoramento das crianças que são o público alvo da intervenção, será monitorado o número de crianças faltosas nas consultas de puericultura, as crianças com vacinas em atraso, alterações no desenvolvimento e crescimento da criança, e desta forma estabelecer a conduta para cada situação identificada durante os atendimentos realizados. E para as crianças que não estão em dia com o atendimento de acordo com o protocolo será realizado a busca ativa dos faltosos através de visita domiciliar, do ACS, que informará para os pais a nova data para levar seu filho para o atendimento. Será realizado ainda o monitoramento das orientações de prevenção de doenças e de acidentes prevalentes na infância, crianças que receberam avaliação odontológica, encaminhamentos para serviços especializados.

3. Relatório da Intervenção

A Intervenção teve duração de três meses, se estendendo de Agosto a Outubro de 2014. Começou com bastante ansiedade por toda a equipe, pois todos já sabiam da responsabilidade que o aguardavam. Na primeira semana de intervenção foi realizada a capacitação dos profissionais, capacitação essa baseada no protocolo de saúde da criança como estava previsto no cronograma. Foi Estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e distribuídas as fichas espelho para ser anexado ao prontuário de cada criança inscrita no projeto.

No cronograma ficou estabelecido que o cadastramento de todas as crianças da área adstrita no programa seria realizado na primeira semana, porém em reunião com a equipe chegamos à conclusão que seria inviável, pois no decorrer das próximas semanas, com a busca ativa dos agentes comunitários de saúde poderíamos fazer o cadastro, então as crianças foram cadastradas ao longo das quatro primeiras semanas.

Na primeira semana foram iniciados os atendimentos clínicos, com o preenchimento da planilha de coleta de dados e das fichas espelho. O monitoramento da intervenção seguiu o cronograma e foi feito diariamente. Realizamos a primeira ação educativa comunitária em saúde da criança, no decorrer da semana as mães foram comunicadas nos atendimentos clínicos para participar e divulgar também na comunidade, também contamos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde para o processo de divulgação. Realizamos uma palestra áudio visual, com a utilização de projetores de imagem, disponibilizado pelo gestor local, sobre a importância do aleitamento materno e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. A palestra foi feita por mim, contei com a ajuda da equipe para organizar o ambiente e o projetor de slides. Fiquei muito ansioso, pois tinha que transparecer assuntos técnicos em algo mais simples e entendível para pessoas com um nível intelectual inferior, mas acredito que consegui passar a importância para as mães sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e

sobre a importância da realização das consultas em dia, para detectar possíveis alterações.

Inicialmente a equipe teve dificuldade com o preenchimento das fichas espelho, pois era algo que não estava incorporado a rotina da unidade. Porém, logo se percebeu o quão era importante o preenchimento das mesmas, pois esses registros nos guiaram do início ao fim dos três meses e as condutas eram tomadas em cima dos dados. Além disso, a avaliação semanal dos registros, como proposto no cronograma e realizado na unidade permitia que detectássemos alguma alteração, como crianças faltosas as consultas, e assim tomar as providências cabíveis.

No decorrer das consultas falamos um pouco para os pais do projeto que estávamos realizando na unidade e a sua importância. Pois, o esclarecimento faz com que o usuário se envolva mais com a equipe, já que precisamos agir juntos; a equipe e os pais em prol do sucesso do projeto e da melhoria da saúde da criança. Após o término das consultas os pais demonstravam estar satisfeitos tanto com a consulta como com o projeto que estamos realizando na ESF. A intervenção empolgou bastante a equipe, pois eles veem a possibilidade de mudança na qualidade de saúde das crianças da comunidade, com isso passam a colaborar com o projeto, acolhendo os usuários, fazendo busca ativa das crianças faltosas às consultas, preenchendo as fichas espelho. Fora da Estratégia de Saúde contamos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde que faziam à busca ativa das crianças da área de abrangência e das faltosas as consultas.

Dificuldades foram enfrentadas pela equipe, uma delas é que não aconselhamos uma criança e sim seus pais. Vimos que existe certa resistência ao aleitamento materno exclusivo, pois muitas mães têm a errada idéia que o leite do peito é fraco, não alimenta seus filhos. Outras mães não têm como amamentar, pois precisam trabalhar para sustentar sua família e não tem condições financeiras de comprar um leite melhor, como o leite NAN, e acabam dando leite de vaca, massas, açúcar. Nesses casos tivemos muita paciência em conversar, tentar explicar os benefícios do leite materno, da retirada das massas e do açúcar.

Ao final do primeiro mês, tivemos em média sete cadastramentos semanais, um nível muito inferior ao esperado. Perguntei-me se estávamos

fazendo a busca ativa das crianças de maneira correta, diante disso, me reuni com a equipe de agentes comunitários de saúde e os mesmos relataram que muitos pais foram avisados, mais de uma vez, mas não compareceram à UBS pelo fato de seus filhos não apresentarem doença no momento, os mesmos não acharam conveniente participar desse projeto. Isso me entristeceu bastante, pois apesar de assintomáticos, poderíamos detectar sinais de alarme nessas crianças que poderiam ser acompanhadas de perto por toda a equipe. Ainda no final do primeiro mês ficamos uma semana sem vacinação por falta de insumos, isso atrasou o calendário vacinal de algumas crianças, felizmente se normalizou logo em seguida.

No segundo mês de intervenção foi realizado uma palestra em forma de vídeo-aula, sobre a importância das consultas de puericultura, fiz questão de abordar vários temas, como prevenção de acidentes, distúrbios do crescimento e desenvolvimento, vacinação, teste do pezinho, com muitas fotos ilustrativas, com o objetivo de impressionar o público, no caso, as mães para mostrá-las sobre a importância do cuidado à saúde da criança. Notei que após a palestra nossa equipe foi procurada pelas usuárias para agendar atendimento para seus filhos. Algo que infelizmente não podemos mudar é que muitos pacientes não realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida e colocado para mamar na primeira consulta. Mas estamos sempre frisando isso na unidade e espero que com o término da intervenção nosso trabalho sirva de exemplo mudanças futuras.

Ao longo das semanas percebemos a melhora da saúde das crianças, foi realizado a suplementação de sulfato ferroso para crianças de 06 a 24 meses que ainda não estavam fazendo o uso, crianças que atualizaram o esquema vacinal, que estavam com déficit e excesso de peso ficaram na curva de normalidade, realizado triagem auditiva, teste do pezinho, avaliação de risco, prevenção de acidentes na infância, orientação nutricional e sobre higiene bucal.

Com o passar das semanas, as consultas ficaram mais direcionadas, as fichas espelho serviam para nos guiar sobre as patologias, já conhecíamos a história clínica das crianças e nos tornamos íntimos com os dados da ficha. As crianças já saíam da unidade com a consulta agendada para o mês seguinte, levando em consideração a disponibilidade dos pais. Observamos que as

criança faltosas eram as mesmas, por isso, os ACS estavam acompanhando atenciosamente essas crianças.

No terceiro mês realizamos nossa terceira palestra cujo tema foi: Prevenção de acidentes na infância e noções sobre higiene bucal e prevenção de cáries, já que não dispomos do profissional odontólogo em nossa unidade para a realização dos atendimentos odontológicos, nos sentimos na obrigação de cuidar e orientar, também da saúde bucal de nossas crianças. Em relação ao projeto seguimos fielmente o cronograma, percebemos que ao longo dos meses as faltas aumentaram, acredito que a população não está acostumada a frequentar várias vezes os consultórios médicos, como rotina, e sim quando realmente apresentam alguma necessidade. Diante disso, devemos ter mais políticas públicas incentivando o acesso à saúde com maior frequência para reverter esse pensamento obsoleto da sociedade.

Em relação a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, algumas dúvidas foram surgindo ao longo da intervenção, essas dificuldades foram levadas ao espaço DOE (Diálogo Orientador/Especializando) e logo esclarecidas/solucionadas.

Com relação às demais equipes da unidade houve adesão ao projeto de intervenção, com a complementaridade dos atendimentos. Nas últimas semanas de intervenção enfatizamos a necessidade da continuidade do projeto, pois esses três meses foram de muitas mudanças, mas não deve parar, as quarenta crianças cadastradas precisam dos atendimentos e as novas crianças que estão nascendo a cada dia.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

OBJETIVO: Ampliar a cobertura da criança zero a 72 meses

META: Ampliar a cobertura da atenção a saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à ESF do Km 06.

INDICADOR: Proporção de crianças de zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Minha área tem 180 crianças, no primeiro mês 32 crianças (17,8%) foram cadastradas, no mês seguinte apenas 8 crianças a mais, totalizando 40 crianças (22,2%), e esse índice se manteve no terceiro mês. A ação que mais auxiliou na captação foi o cadastramento das crianças, a busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde juntamente com as palestras áudios-visuais ministrada na unidade para a população da área adstrita. Passamos por dificuldades em aumentar o número de cadastro, pois a população se recusava a comparecer a unidade justificando que seus filhos estavam “saudáveis”, já que a população tem a ideia errônea que só devem buscar o serviço quando realmente existe alguma patologia.

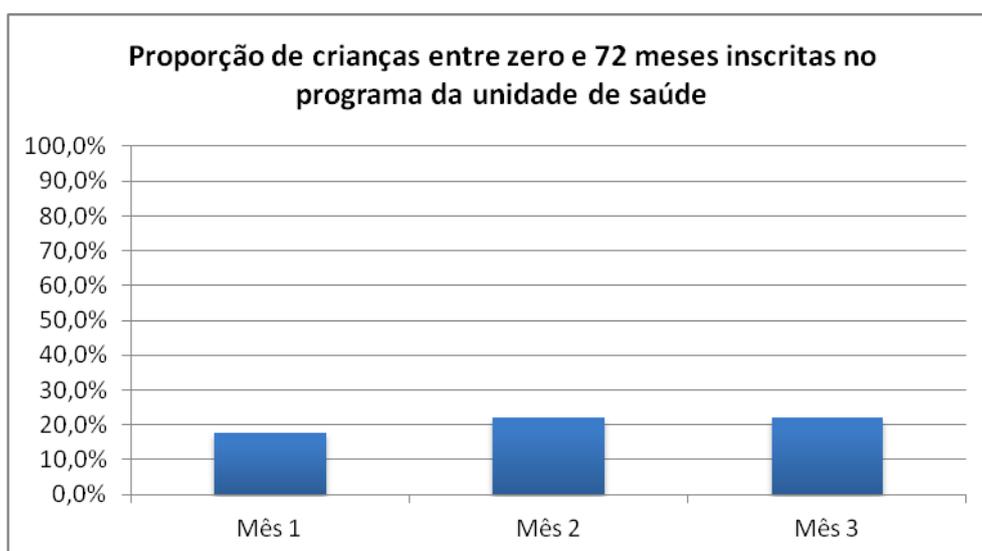


Figura 1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

OBJETIVO: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Das 32 crianças cadastradas no primeiro mês 20 (62,5%) delas realizaram a consulta na primeira semana de vida, no segundo mês 28 das 40 crianças cadastradas e no terceiro mês também 28 das 40 crianças cadastradas (70,0%). Observa-se que a capacitação precoce aumentou um pouco. A ação que mais auxiliou na captação precoce foi o cadastramento das crianças no primeiro mês, a busca ativa das crianças realizadas pelos agentes comunitários de saúde juntamente com as palestras áudios-visuais ministrada na unidade para a população da área adstrita.

Cabe ressaltar que esse indicador não atingiu os 100% estipulados como meta pelo fato de muitas crianças passarem a ser acompanhadas pela ação programática com idade superior a uma semana, pois os pais ainda não haviam levado as mesmas à consulta antes da busca realizada pela equipe.

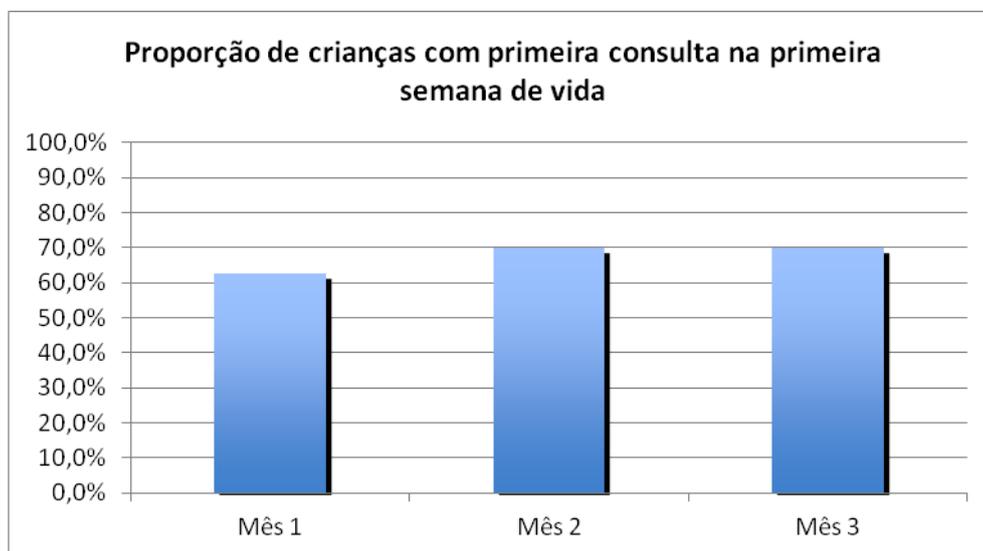


Figura 2 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

META: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

INDICADOR: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

No primeiro mês tivemos 2 de 32 crianças inscritas no programa sem a avaliação do crescimento, o que reflete uma proporção de 93,8%. A partir do segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças tiveram seu crescimento avaliados (peso e comprimento/altura).

Dentre as ações que contribuíram para o alcance da meta destaco a utilização do protocolo do MS e os registros adequados nas fichas espelho. Com isso tínhamos como identificar as crianças que por um motivo ou outro não haviam recebido essa ação, e então aplicá-la.

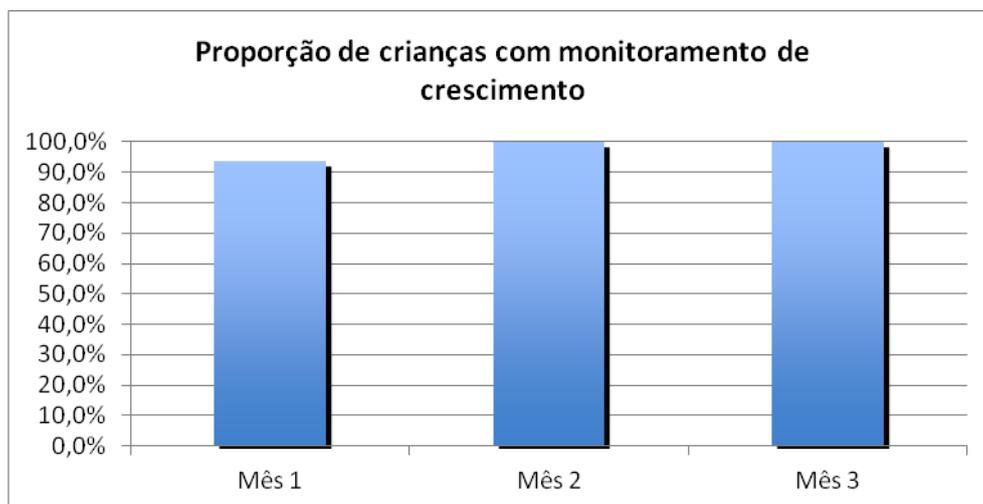


Figura 3 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

META: Identificar e monitorar 100% das crianças com déficit de peso acompanhado pela equipe.

INDICADOR: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Tivemos nos três meses 3 casos de crianças com déficit de peso, sendo que 100% foram monitoradas. Esses dados remetem a organização com as fichas espelho e a busca ativa as crianças faltosas as consultas. Não podemos deixar de citar a importância da relação da equipe com essas famílias, abordando sobre a importância do acompanhamento dessas crianças na unidade.

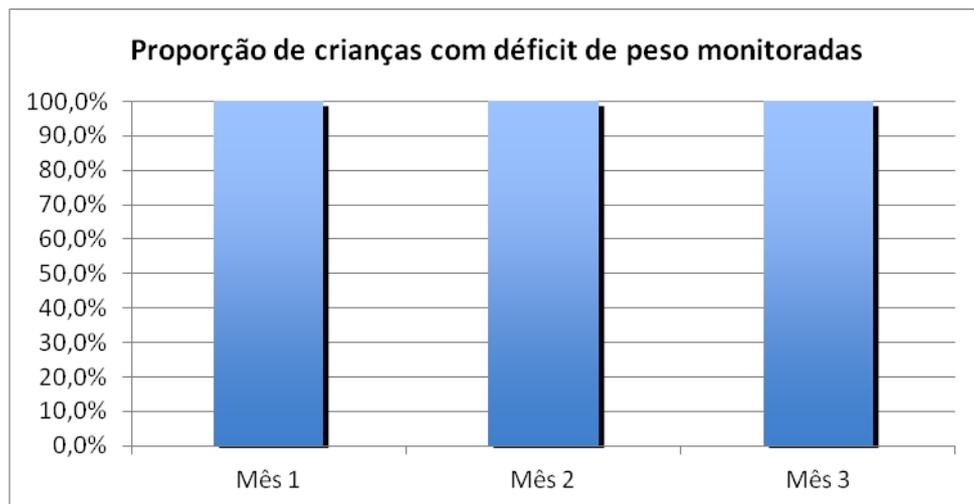


Figura 4 Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

META: Identificar e monitorar 100% das crianças com excesso de peso na área de abrangência da ESF do Km 06.

INDICADOR: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Tivemos nos três meses 100% das 4 crianças com excesso de peso monitorado. A medida que as mesmas ingressaram no programa e tiveram seus diagnósticos de excesso de peso já foram monitoradas. À exemplo do acompanhamento e monitoramento do déficit de peso, esses dados remetem a organização com as fichas espelhos e a busca ativa as crianças faltosas as consultas. Não podemos deixar de citar a importância da relação da equipe com essas famílias, abordando sobre a importância do acompanhamento dessas crianças na unidade.

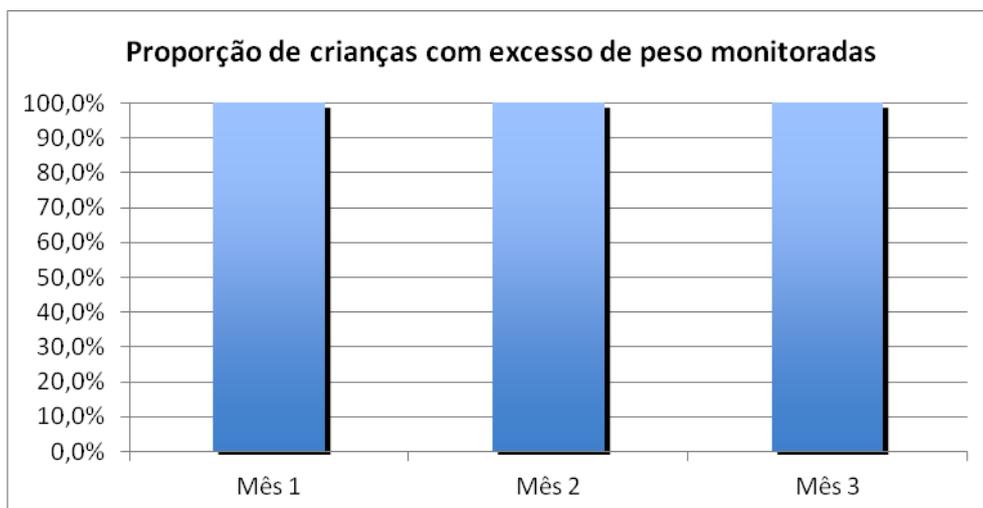


Figura 5 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

META: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

INDICADOR: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

Os registros na ficha espelho de cada paciente melhorou significativamente a organização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. No primeiro mês tivemos 3 de 32 crianças (90,6%) inscritas no programa sem a avaliação do desenvolvimento, a partir do segundo e terceiro mês 100% de 40 crianças tiveram seu desenvolvimento avaliados.

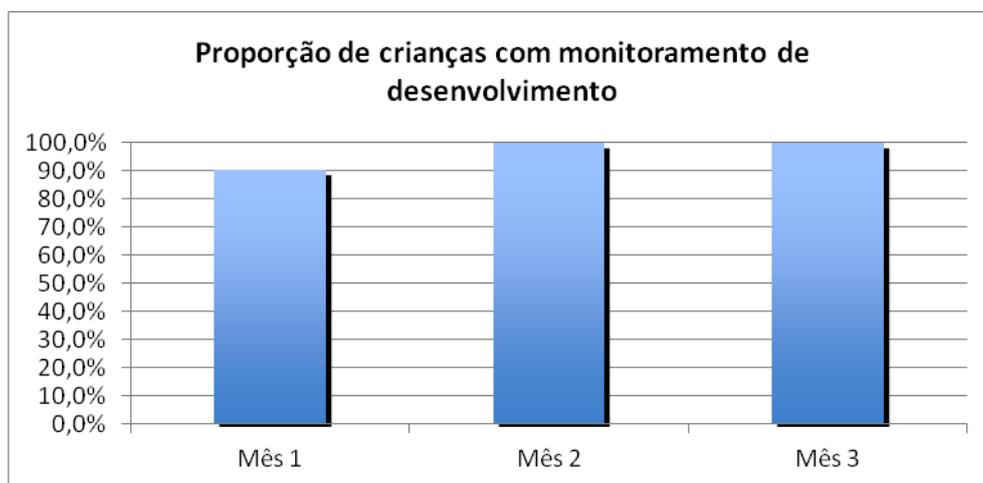


Figura 6 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

META: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

INDICADOR: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

No primeiro mês tivemos 7 de 32 crianças (78,1%) com a vacinação atrasada, no segundo mês 4 de 40 crianças (90,0%) e no terceiro mês apenas 1 de 40 crianças (97,5%). Isso se deve as orientações repassadas durante as consultas às crianças cadastradas, aos registros na ficha espelho de cada criança que torna organizado e assim sabemos as pendências de cada paciente para resolvê-las.

O não atingimento da meta de 100% dentro dos 3 meses de intervenção não configura perda de qualidade, pois com a continuidade da ação programática essa criança irá retornar para próxima consulta, momento esse onde certamente será orientada e solicitada a atualização vacinal.

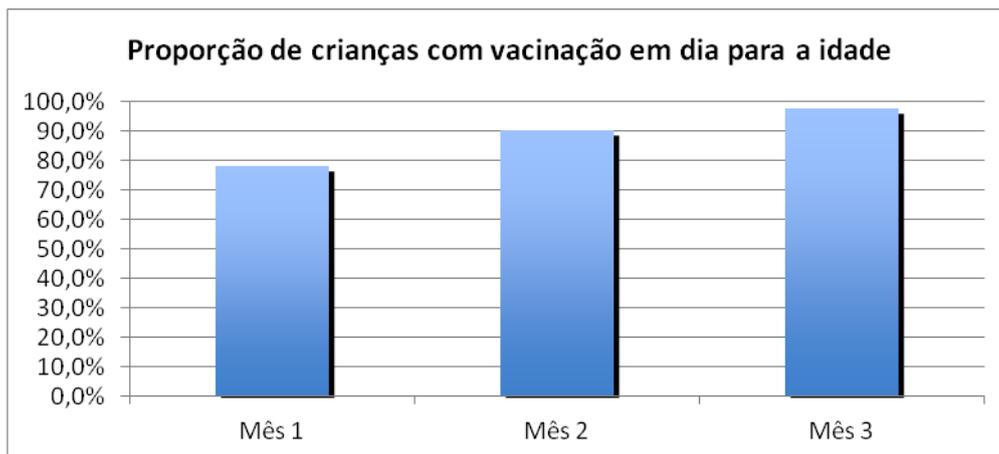


Figura 7 Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

META: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças

INDICADOR: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro

No primeiro mês tivemos 9 crianças de 19 entre 6 e 24 meses que não estavam fazendo o uso da suplementação de ferro, o que corresponde a (52,6%), no segundo mês 1 de 23 crianças entre 6 e 24 meses, o que corresponde a (95,7%) e no terceiro mês 100% das 28 crianças entre 6 e 24 meses estavam fazendo o uso. A ação que mais auxiliou nesse mérito foi à organização das fichas espelhos. Toda a equipe olhava as fichas diariamente para corrigir possíveis pendências e assim obtivemos esse resultado, fruto de muita organização e dedicação da equipe.

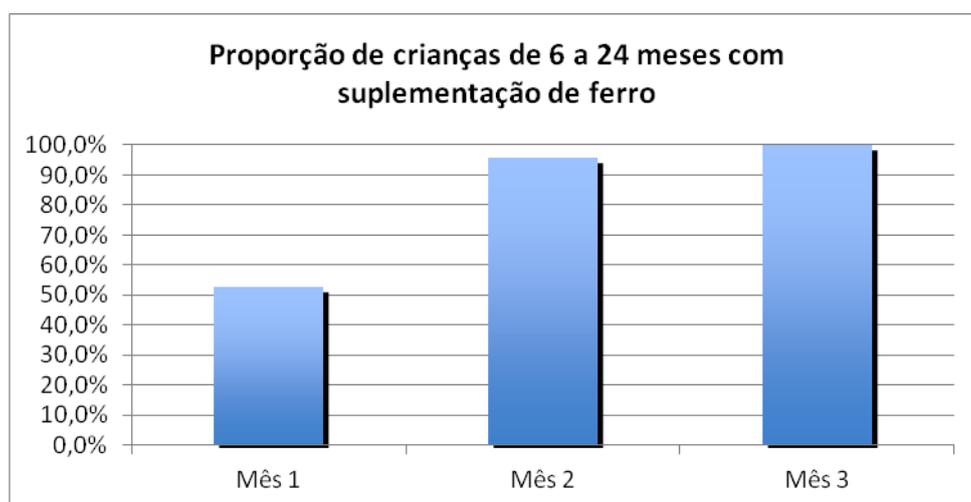


Figura 8 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

META: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

INDICADOR: Proporção de crianças com triagem auditiva.

No primeiro mês 2 de 32 crianças não realizaram a triagem auditiva (93,8%), e no segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças realizaram a triagem. Isso se deve a um elevado índice do teste da orelhinha proposto pelo ministério da saúde, juntamente com a organização da equipe no preenchimento da ficha espelho de cada criança, assim acompanhamos e orientamos a realização dos exames.

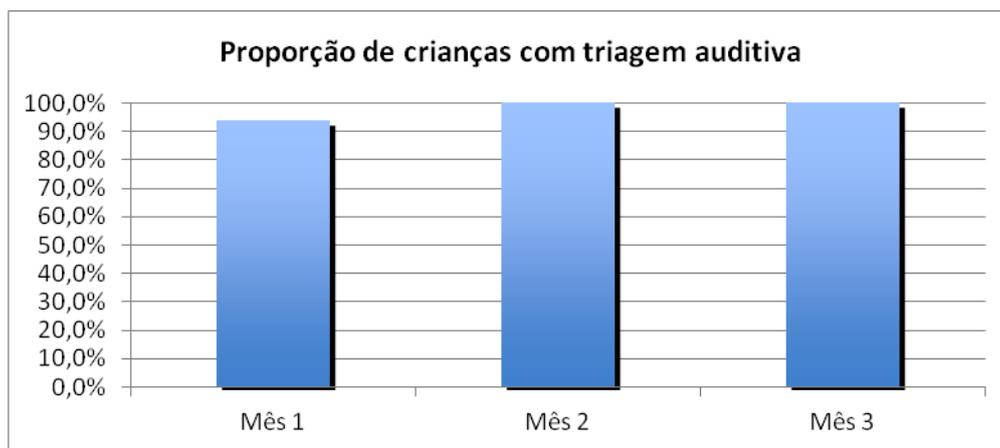


Figura 9 Proporção de crianças com triagem auditiva.

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

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

No primeiro mês 27 de 32 crianças (84,4%) realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida, no segundo e no terceiro mês 34 de 40 crianças (85,0%) cadastradas realizaram o teste. Como temos um prazo estabelecido, as crianças que não realizaram o teste na primeira semana de vida não modificam a planilha, só podemos mudar aconselhando aos pais durante a primeira semana de vida de seus filhos. Foi o que nossa equipe tentou fazer, juntamente com os agentes comunitários de saúde buscar as gestantes e os pais com seus filhos para a realização do teste durante o prazo de 7 dias de vida.

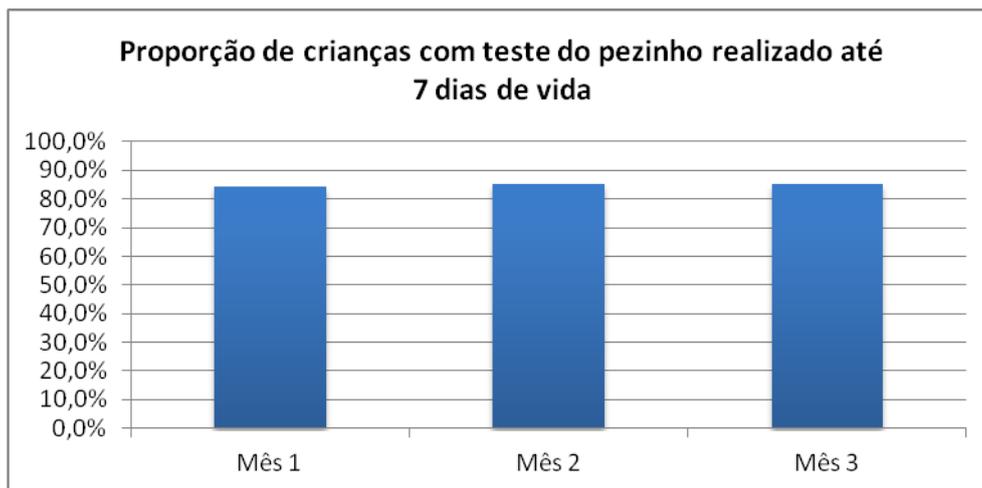


Figura 10 Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

OBJETIVO: Melhorar a adesão dos usuários ao sistema.

META: Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas.

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

No primeiro mês 12 crianças não compareceram a consulta e em 11 foi realizada a busca ativa (91,7%), no segundo mês 11 crianças faltaram a consulta e em todas foi realizada a busca ativa (100%) e no terceiro mês 11 faltaram a consulta e foi realizado a busca ativa em 10 crianças (90,9%). A organização das fichas espelhos nos permitiu realizar a busca ativa das crianças faltosas as consultas e os agentes comunitários de saúde fizeram a busca ativa em todos, com exceção aos que não foram encontrados em sua residência. Dessa forma podemos dizer que a busca ocorreu em todos os casos, mas por motivos inerentes a nossa conduta os responsáveis pelas crianças faltosas não foram encontrados. As tentativas não se esgotam, e certamente os faltosos seguirão sendo buscados para que compareçam e mantenham o acompanhamento de saúde em dia.



Figura 11 Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

OBJETIVO: Melhorar os registros das informações.

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

INDICADOR: Proporção de crianças com registro atualizado.

Em todos os meses tivemos 100% das crianças com registro atualizado. Isso se deve ao comprometimento e desempenho da nossa equipe preenchendo e revisando diariamente as fichas espelhos dos pacientes.

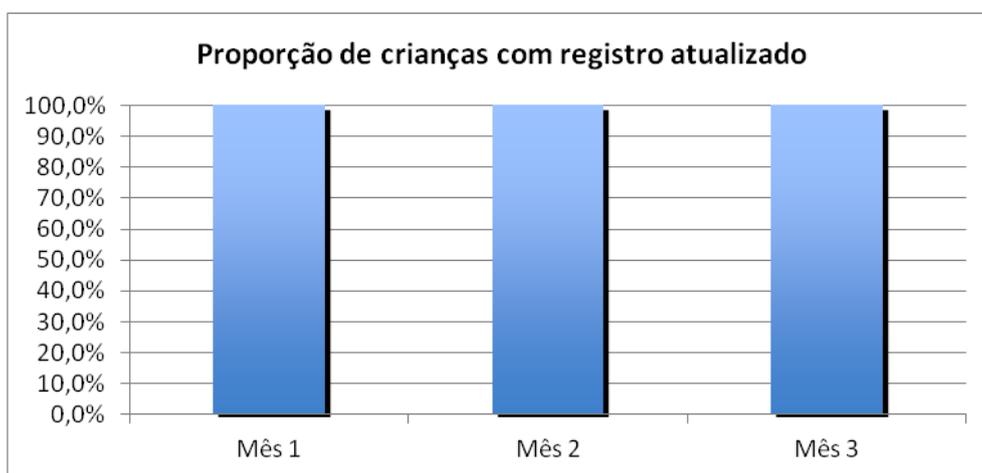


Figura 12 Proporção de crianças com registro atualizado.

OBJETIVO: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

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

No primeiro mês apenas 2 de 32 crianças ficaram sem a avaliação de risco, o que representa 93,8% das crianças avaliadas, no segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças fizeram a avaliação de risco. Isso se deve a organização dos registros e a capacidade de toda a equipe em identificar falhas que foram imediatamente corrigidas.

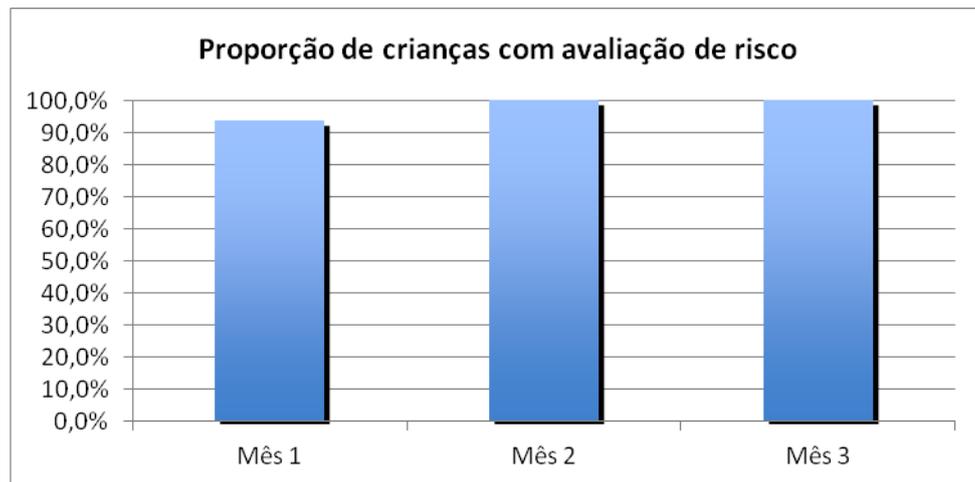


Figura 13 Proporção de crianças com avaliação de risco.

OBJETIVO: Promover a saúde das crianças

META: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas.

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

No primeiro mês apenas 3 de 32 crianças não receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, o que reflete 90,6% das mães orientadas. No segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças receberam orientações. Isso se deve a organização dos registros e a capacidade de toda a equipe em identificar falhas que foram imediatamente corrigidas. Também podemos atribuir esse êxito as palestras realizadas e ao contato mais próximo que se estabeleceu com os pais/responsáveis durante esse período.

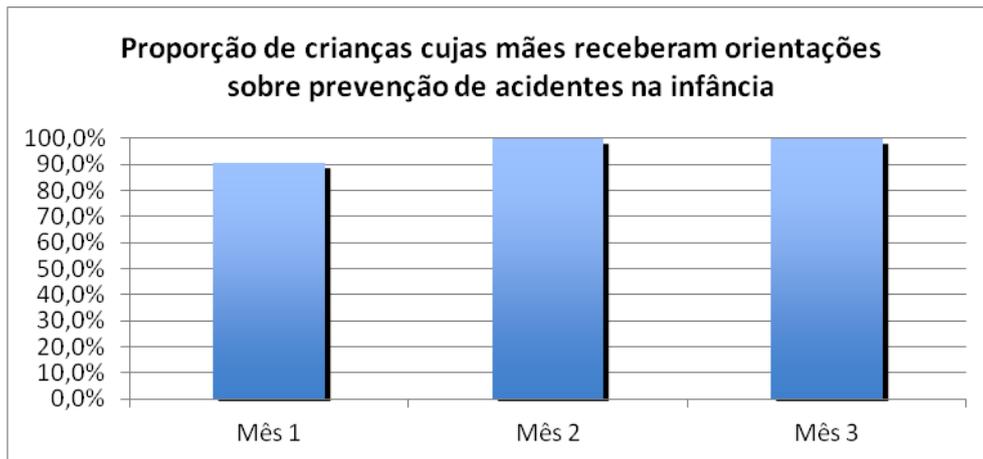


Figura 14 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

INDICADOR: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

No primeiro mês apenas 1 das 32 crianças não foi colocada para mamar (96,9%), no segundo mês 1 de 40 e também no terceiro mês 1 de 40 (97,5%). Isso se deveu a alteração na mama da mãe que nos impediu de colocar a crianças para mamar, pois a mesma se queixava de muita dor, então foi feito as orientações e pedido para retornar em breve.

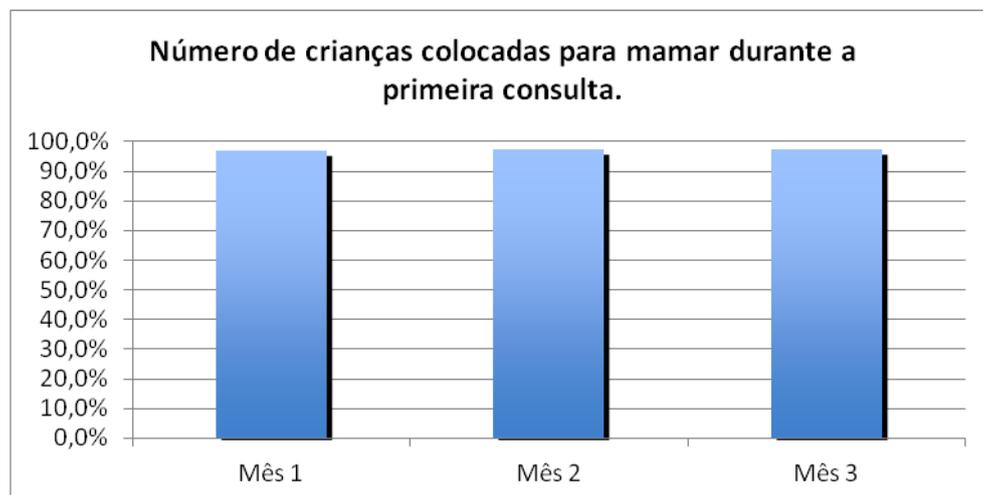


Figura 15 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

No primeiro, 100% das 32 crianças receberam orientações, no segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças receberam orientações. Devemos isso às reuniões, palestras áudio visuais e a capacitação de toda a equipe em fornecer informações importantes, como orientações nutricionais para os pacientes em todas as consultas.

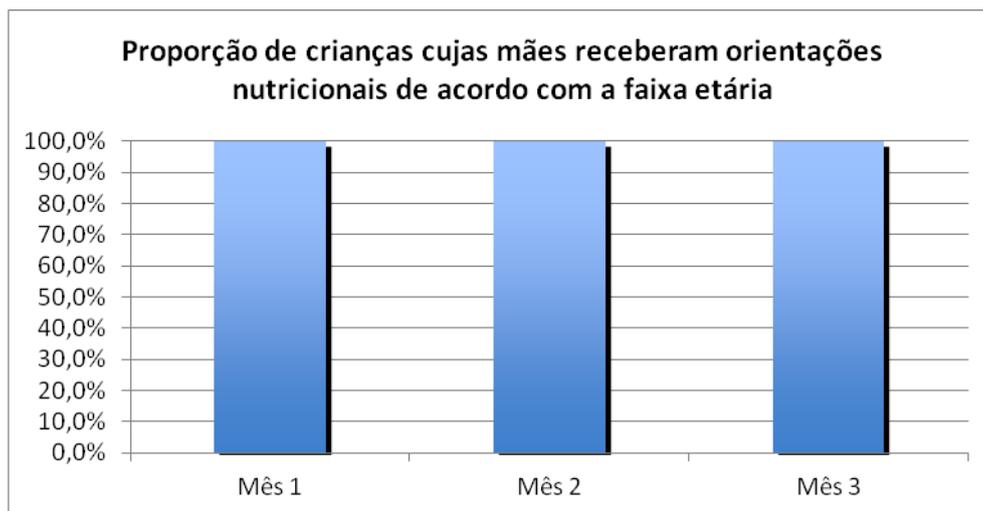


Figura 16 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

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

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

No primeiro mês 5 de 32 crianças ficaram sem orientação, o que reflete em 84,4% das crianças orientadas. No segundo e terceiro mês 100% das 40 crianças receberam orientação. Infelizmente não dispomos do profissional odontólogo na unidade, então tentamos no mínimo realizar as orientações básicas. No primeiro mês a equipe ainda estava na expectativa de que o odontólogo estivesse presente na nossa unidade, como não esteve, tentamos nos meses seguintes realizar as orientações gerais.

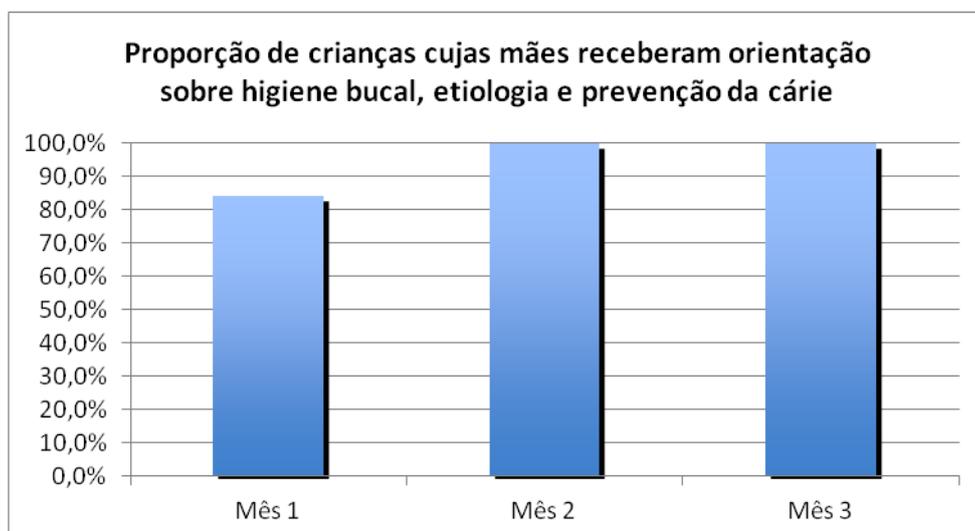


Figura 17 Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou à ampliação da cobertura da atenção as crianças, onde elevamos de 8% verificados na análise situacional para pouco mais de 22% ao término das 12 semanas de intervenção. Conseguimos a melhoria substancial dos registros e da qualificação da atenção ofertada, com destaque ao crescimento e desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade. O acompanhamento regular com registros adequados permitiu classificarmos as crianças de risco e a recuperação de alguns casos. Procuramos estabelecer o vínculo de confiança e com as ações de promoção em saúde, procuramos manter todos os usuários orientados quanto aos principais aspectos que tangem o cuidado das crianças.

Para a equipe de saúde, a intervenção exigiu que a mesma se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças infantis. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe médica, enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepção. A equipe médica nos atendimentos, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, a enfermagem no acompanhamento diário e preenchimento das fichas espelho, também ajudando a equipe médica no crescimento e desenvolvimento e vacinas, os

agentes comunitários de saúde na busca ativa dos faltosos e nas visitas domiciliares.

A intervenção foi de grande relevância para o serviço, pois estimulou as atribuições da equipe viabilizando a organização do serviço, o acompanhamento mais minucioso das crianças e suas particularidades, o maior agendamento e consultas para a demanda espontânea. A classificação de crianças em risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

No que tange a importância da intervenção para a comunidade, apesar da ampliação da cobertura ainda temos muitas crianças sem atendimentos, pois poucas mães aceitam participar do projeto por acharem seus filhos “saudáveis”. Apesar da busca ativa dos agentes comunitários de saúde e das atividades de divulgação e de promoção em saúde, a adesão foi muito pequena. Esse é um ponto que deve ser priorizado na continuidade da ação programática, desmistificar que só devemos levar as crianças à consulta quando essa apresentar algum problema visível de saúde. Temos que conscientizar os pais/cuidadores de que o acompanhamento regular é importante para se prevenir/evitar problemas de saúde futuros.

Se fossemos iniciar a intervenção nesse momento procuraríamos justamente uma maior articulação com a comunidade para explicitar a importância do projeto de intervenção, pois como mencionei anteriormente a adesão foi baixa.

A Intervenção é totalmente viável de ser incorporada a rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização às crianças, em especial de alto risco. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe esta integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, como uma maior adesão por parte da população, melhor diálogo com os pais e melhor articulação da equipe de saúde

Como passos a serem dados, pretendemos investir na ampliação da cobertura do atendimento a crianças, através do fortalecimento das ações de divulgação e de captação das crianças da área. Além disso, tomando este

projeto como exemplo, também pretendemos implementar outros programas na UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

É com grande entusiasmo que venho por meio desta, falar um pouco dos benefícios do projeto de intervenção instituído na Unidade de Saúde da Família do Km 06. É inimaginável o benefício que o mesmo trouxe para a para a equipe e para a comunidade. As crianças passaram a ser acompanhadas mais de perto, tiveram seu crescimento e desenvolvimento monitorados diariamente através dos registros adequados nas fichas espelho.

Assim peculiaridades como o excesso e o déficit de peso passaram a ser cuidadosamente acompanhados e analisados em cada consulta. O calendário de vacinas atualizado também era a nossa meta, então tentamos atualizar a cada consulta, os agentes comunitários de saúde avisam aos pais quando está tendo vacinação na unidade. A suplementação de ferro faz parte das prescrições de todas as crianças com 06 a 24 meses, além de exames como o teste do pezinho, triagem auditiva são avaliados e encaminhados para a sua realização caso ainda não tenha sido feitos.

A cada consulta nos comprometemos em fazer a avaliação de risco de cada criança, evitando assim acidentes da infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries. Os registros são atualizados e monitorados diariamente, assim, temos um controle maior dos usuários e vamos buscá-los em casa quando faltam as consultas, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Para a equipe sem dúvida a organização dos dados permitiu um melhor acompanhamento, agendamento das consultas e uma divisão do trabalho, sem sobrecarregar a equipe.

Cabe nesse momento ressaltar que essas ações não eram desenvolvidas (ou eram parcialmente) no período que antecedeu a intervenção. Também, que a gestão local teve participação fundamental no projeto de intervenção, disponibilizou o retro projetor para a apresentação de slide para as palestras, insumos usados nos atendimentos clínicos, como luvas de procedimento, curativos, álcool, algodão, disponibilizou medicamentos e vacinas.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

O projeto de intervenção trouxe muitos benefícios para a comunidade, uma maior proporção de crianças passou a ter o seu crescimento e desenvolvimento acompanhados e registrados nas fichas espelho (que são as fichas individuais de acompanhamento de cada criança), analisadas diariamente pela equipe, sendo capazes de acompanhar crianças com excesso e pouco peso. Este acompanhamento fez com que a equipe se familiarizasse com as crianças que moram na área de cobertura da unidade, trazendo-as mais para perto de nós. A quantidade de crianças com vacinação em dia cresceu significativamente, conseguimos atualizar a caderneta de muitas crianças, pensando nisso, certamente evitamos futuras doenças infecciosas e a poliomielite infantil (que é conhecida como paralisia infantil). A suplementação com sulfato ferroso passou a ser rotina nas crianças de 06 a 24 meses, já que a anemia ferropriva é uma doença debilitante, com consequências negativas para o crescimento e desenvolvimento saudável, podendo acarretar em atrasos da cognição, estatura, crescimento e desenvolvimento adequados.

A triagem auditiva passou a ser questionada em cada consulta, e as crianças que ainda não haviam feito foram encaminhadas ao especialista. Essa medida contribuiu bastante na detecção precoce da surdez, assim como o adequado tratamento, pois como é sabido, quanto mais precoce sua descoberta e início do tratamento, melhor o prognóstico. O mesmo raciocínio se dá no teste do pezinho, que é capaz de detectar várias doenças como, anemia falciforme, hipotireoidismo congênito, hiperplasia congênita da supra-renal, fecilcetonúria, entre outros.

A cada consulta foi avaliado o risco de todas as crianças, fazemos aconselhamento aos pais sobre a prevenção de acidentes na infância, mães recebem orientações nutricionais de acordo com a faixa etária dos seus filhos, orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries.

A organização de nossa equipe é o que norteia o sucesso do projeto de intervenção, agora acompanhamos todas as crianças de perto, fazemos a busca ativa aquelas faltosas às consultas, acompanhamos as peculiaridades de cada uma, e assim conseguimos ter os resultados obtidos, que por sinal são muito bons. Anteriormente a intervenção muitas dessas ações não eram

realizadas, mas agora, estamos garantindo um acompanhamento de qualidade a todas as nossas crianças. E, juntamente com a organização da equipe de saúde, a participação e confiança da comunidade contribuíram para o sucesso.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Tendo em vista as atividades realizadas ao longo do curso, percebem-se as grandes conquistas que estão relacionadas ao aprendizado adquirido como profissional. Através das atividades realizadas, propiciou através das atividades propostas de estudo tanto da prática clínica como o próprio trabalho de intervenção, associar a teoria e a prática, proporcionou ainda uma aproximação coerente da teoria e da prática.

Os aprendizados mais relevantes considero que são o estudo, a reflexão crítica do processo de trabalho através da atuação prática, a busca de soluções através das limitações encontradas no cotidiano do trabalho, o curso fomentou ainda a busca de conhecimento tanto para a construção dos trabalhos e projetos, como para a atuação na prática junto à comunidade.

A realização da atividade da intervenção, de implementar os atendimentos em saúde da criança e ofertar um atendimento para os usuários do território do ESF do Km 06, foi desafiador, pois o receio e a expectativa de ofertar uma atividade e não ocorrer uma adesão significativa dos usuários, foi presente durante a intervenção.

Posso dizer ainda que as atividades desenvolvidas ao longo do curso superaram as expectativas iniciais. Proporcionou qualificação profissional com objetivo melhorar a qualificação profissional, proporcionou espaço de educação permanente para a equipe, e principalmente, ofertou atendimentos não realizados antes pela equipe.

No início do curso as expectativas eram de realizar uma pós-graduação, mas no decorrer do curso foi possível observar que esta especialização tem vários objetivos, além de propiciar a qualificação profissional, inclui a realização de uma atividade que realmente seja desenvolvida nos espaços de atuação do especializando trazendo benefícios para o serviço e para os usuários bem como para o trabalhador.

O curso, exigiu ainda implementar um serviço de forma organizada e sistematizada. Destaco ainda a satisfação do usuário, percebida durante a

intervenção, além da adesão aos atendimentos ofertados. A satisfação do usuário foi perceptível pela forma que os pais demonstraram interesse pelo atendimento participaram realizando perguntas sobre a saúde de seus filhos, isto representa para o profissional que seu trabalho é reconhecido pelos usuários.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

125		Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1																									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z		
Dados para coleta		Número da criança	Nome da Criança	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	Mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	Mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	Mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etilologia e prevenção de cárie?												
2	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim		
3																											
4		1																									
5		2																									
6		3																									
7		4																									
8		5																									
9		6																									
10		7																									
11		8																									
12		9																									
13		10																									
14		11																									
15		12																									
16		13																									
17		14																									
18		15																									
19		16																									
20		17																									
21		18																									
22		19																									
23		20																									
24		21																									
25		22																									
26		23																									
27		24																									
28		25																									
29		26																									
30		27																									
31		28																									
32		29																									
33		30																									
34		31																									
35		32																									

Anexo III – Documento do Comitê de Ética



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

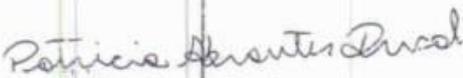
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

