

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na UBS São

Luiz Rei, Cacique Doble – RS

Filiberto Ferrer Gibson

Pelotas, 2015

Filiberto Ferrer Gibson

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na UBS São

Luiz Rei, Cacique Doble – RS

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

Orientador: Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2015

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

G448m Gibson, Filiberto Ferrer

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses na UBS São Luiz Rei, Cacique Doble – RS / Filiberto Ferrer Gibson; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a nosso DEUS, a minha orientadora que me apoiou em todo momento que com seu profissionalismo e paciência fez possível nosso sucesso.

Agradecimentos

Primeiramente o nosso DEUS, por ter-me dado a oportunidade de estar no Brasil, por dar-me a força em todos os momentos, por dar-me saúde e para meus entes queridos, as pessoas que já não estão, mas me cuidam desde o céu.

Aos meus pais Pedro e Erenia pela educação, compreensão e aceitação, os quais são a razão de me existir e de ficar aqui para poder oferecer-lhes uma decente velhice.

A Débora Cagnini minha ex-secretária de saúde pelo apoio e a confiança que teve em mim desde minha chegada ao Município Caciue Doble. A minha amiga e colega Maria Fatima Carvalho de Souza por ensinar-me os costumes gaúchos e por ser minha irmã brasileira.

Aos agentes comunitários de saúde, eixo fundamental na implementação do programa.

Por último, mas não menos importante a minha orientadora a Senhora Cristina Bossle de Castilhos pela afabilidade pelas horas dispensadas às vezes estando doente pelo profissionalismo, porque é a pessoa que me motivou a continuar ligado ao Programa Mais Médicos quando em momentos de solidão e insegurança quis retornar para meu país.

Resumo

GIBSON, Filiberto Ferrer. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na UBS São Luiz Rei, Cacique Doble – RS.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Na atenção primária a saúde uma das ações programáticas mais importantes é a atenção à saúde da criança. Dentre as prioridades do Ministério da Saúde brasileiro estão varias ações encaminhadas à redução da mortalidade infantil e tem como proposta fundamental o desenvolvimento integral da criança, estas ações são desenvolvidas através da consulta de puericultura. Este estudo se trata da implementação de uma intervenção proposta pelo curso de especialização em saúde da família promovido pela Universidade Federal de pelotas em parceria com a UNASUS. O objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses de idade pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São Luiz Rei do Município de Cacique Doble – RS. É uma UBS rural e fica afastada 14 km da cidade de Cacique Doble. Nossa população é de 1.286 habitantes a maioria agricultores e pecuaristas, com 429 famílias, uma população masculina de 665 e feminina de 621 pessoas, são 64 crianças com idades entre 0 e 72 meses, segundo estimativa do VIGITEL. Segundo dados do cadastramento da UBS a partir do SIAB têm 52 crianças nesta faixa etária. A intervenção aconteceu durante 12 semanas e conseguimos cadastrar e acompanhar 40 (76,9%) crianças. Realizamos ações que incluíram quatro eixos: engajamento público, qualificação da prática clínica, organização do serviço e monitoramento e avaliação. A equipe foi capacitada para implantar as ações para ampliar a cobertura do programa de puericultura com saúde bucal, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento às crianças, melhorar o registro das informações, mapear as crianças de risco e promover a saúde. Para o registro das ações foi utilizado uma ficha-espelho, construídas para este fim, e para alcançar o objetivo de promover a saúde, as mães foram orientadas quanto à prevenção de acidentes, alimentação saudável, higiene bucal e prevenção de cáries. A intervenção permitiu alcançar bons resultados em todos os indicadores, comprovando que as ações em saúde pública podem ser eficientes e benéficas para a população. Enfatizando a importância de nossos serviços como profissionais da saúde da rede pública, gerando o bem estar da comunidade. O estudo promoveu a motivação dos profissionais para organizar as ações e prestar serviços de melhor qualidade Concluindo tivemos muito trabalho, mas com o apoio da equipe implementamos as ações propostas na intervenção e atualmente estamos perto de alcançar a cobertura do 100% das crianças pertencentes a nossa área de abrangência.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Tabela de distribuição da população do município de Cacique Doble-RS	13
Figura 2	Proporção de crianças entre 0 a 72 meses inscritas no programa na Unidade de Saúde UBS São Luiz Rei.- Cacique Doble-RS, 2015	58
Figura 3	Proporção de crianças entre 0 a 72 meses com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	59
Figura 4	Proporção de crianças monitoradas com excesso de peso na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	61
Figura 5	Proporção de crianças entre 6 e 24 meses com suplementação de ferro na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	62
Figura 6	Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	63
Figura 7	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	64
Figura 8	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	65
Figura 9	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	66
Figura 10	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015	68
Figura 11	Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.	69
Figura 12	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.	70
Figura 13	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	71
4.3 Relatório da intervenção para gestores	73
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	79
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

Este projeto é uma intervenção, realizada na unidade básica de saúde São Luiz Rei do município Cacique Doble, RS, da área rural e buscou melhorar a atenção às crianças residentes em nossa área de abrangência.

O presente trabalho está dividido pelas seguintes partes:

A primeira parte é a **Análise Situacional** que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados com a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de determinar as deficiências em cada uma das ações programáticas. A segunda parte é a **Análise Estratégica**, que buscou contemplar a ação programática de atenção às crianças para a melhoria do atendimento dessa população alvo, através da proposta de objetivos, metas, do detalhamento de ações que envolveram a toda equipe e comunidade. A terceira parte constitui o **Relatório da Intervenção** que relata as ações que foram desenvolvidas os avanços e tropeços durante a mesma. A quarta parte é a **Avaliação da Intervenção**, que discute os resultados obtidos, relacionado com cada objetivo e meta traçada, mostrando-se também em gráficos e apresentando um relatório para o gestor e outro para a comunidade. A quinta seção apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta ainda as **Referências**, seguindo-se de **Anexos**.

Espera-se que a intervenção desenvolvida possa contribuir de forma efetiva com a melhoria da atenção as crianças da área de abrangência, satisfação das famílias e uma atenção primária com qualidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou em Cacique Doble, RS. A equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por seis agentes de saúde (são eles que conhecem os problemas de saúde das famílias), uma enfermeira (meu braço direito), uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente de higienização e um médico. Somos uma equipe pequena, mas muito funcional.

Não temos pediatra, tampouco ginecologista, todo esse trabalho é feito por nós. Por isso, realizamos a consulta de puericultura para nossos quatro lactantes e consultas de pré-natal para as quatro gestantes de baixo risco, de acordo com as disposições do SUS, até agora não tivemos nenhum problema na assistência à criança, tampouco às gestantes.

Esta semana conjuntamente com nossa psicóloga vamos avaliar nosso primeiro grupo de tabagismo, doenças crônicas e o consumo de drogas psicotrópicas para determinar o tratamento medicamentoso substituto da nicotina.

A equipe de ESF atende 444 famílias, uma população rural de 1.232 pessoas. As casas são muito distantes entre si, são agricultores e pecuaristas. Muitas mulheres trabalham ao lado de seus maridos a maior parte do dia, no campo, na ordenha das vacas, carregando recipientes (tarros), com mais de trinta litros de leite. Além disso, são cultivadas a soja, milho e trigo.

As atividades laborais exigem força física, e tenho diagnosticado muitas doenças do sistema osteomioarticular, tanto degenerativas como traumáticas. Sendo que uma das principais causas é a falta de prevenção para erguer força sem medidas de proteção. Estamos promovendo o uso do cinto de segurança lombar.

Temos muitos problemas como ansiedade e depressão, com uma enorme porcentagem de consumidores de drogas psicotrópicas, algumas delas há mais de 15 anos.

Outro problema são as complicações em longo prazo da diabetes e hipertensão, a população tem boa adesão ao tratamento medicamentoso, mas há

falta de informação sobre a doença, bem como falta de medidas higiênico dietéticas, que promovam mudanças no estilo de vida.

Realizamos alterações no cronograma de consultas médicas, a fim de facilitar o acesso dos trabalhadores a UBS, trabalhamos todas as tardes da semana, pois a demanda é maior na parte da tarde. Segunda e terça-feira de manhã, deixando o turno da manhã de quarta-feira para consulta e/ou visitas domiciliares, conforme as necessidades da população. As oito horas de estudos acontecem nas manhãs de quinta e sexta-feira.

Nós trabalhamos com o principal objetivo de promover mudança nos hábitos e o estilo de vida para estabelecer ações de medicina preventiva, também acompanhar os usuários de drogas psicoativas, estamos tentando retirar gradualmente estas drogas, substituí-los por fitofármacos e medicamentos homeopáticos. Nós fornecemos a consulta em suporte psicoterapia de apoio para aprender a lidar com a ansiedade e depressão, tratar a causa e não o sintoma.

Nossas comunidades não tinham um médico fixo, então esta sendo importante a implantação do Programa Mais Médicos (PMM). A população está muito satisfeita por termos modificado nosso horário e proporcionado melhoria no acesso ao serviço. Atualmente trabalhamos com o Conselho Local de Saúde (CLS) para visitar as comunidades, reuniões para educação e promoção da saúde, entre outros temas, estas visitas já estão agendadas.

A estrutura física da ESF é composta por uma sala de espera, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, farmácia, sala multiuso (esterilização, vacinas, nebulização), consultório com mesa ginecológica, dois banheiros (usuários e funcionários), cozinha, sala para material de limpeza e outra para depósito de materiais de saúde.

Trabalhamos com um sistema em rede do SUS, e prontuário digital e impressoras. O atendimento diário é de 8 a 10 de manhã e 15 a 18 usuários de tarde, uma vez a cada semana fazemos visita domiciliar geralmente a usuários acamados, amputados, idosos, doenças em estágio terminal e outros.

Por enquanto temos muito trabalho acumulado, mas aos poucos vamos conseguir realizar a mudança de medicina curativa para a medicina preventiva.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Cacique Doble tem 50 anos de fundação, situa-se na parte norte do estado de Rio Grande do Sul e pertence à região de Araucária com uma área territorial de 203,908 Km² e uma população de 5.068 habitantes (IBGE-2010). Em nosso município existe um hospital particular que tem convênio com o SUS e proporciona cinco leitos para estes pacientes, o restante dos leitos é para consultas de internação particulares da especialidade clínica médica e não oferece outras especialidades por falta de médicos especialistas e equipamentos, só dá assistência a serviço de urgência e emergência para casos não complexos. Anexo ao hospital há um laboratório que é conveniado com SUS e realiza todos os exames complementares,

Há três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma na cidade com duas equipes de ESF, as outras duas são rurais (uma delas na comunidade indígena) nenhuma é tradicional. Nossa UBS oferece serviço odontológico. Para atender as UBS rurais o município conta com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que conta com a colaboração de assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. A atenção especializada é feita através dos convênios com os hospitais de São José do Ouro, Sananduva e Passo Fundo e em alguns casos os usuários são encaminhados à Porto Alegre.

A UBS de São Luiz Rei pertence ao SUS e é do tipo ESF, composta por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente de higienização e um médico. É uma UBS rural e está afastada 14 km da cidade de Cacique Doble, não temos nenhum vínculo com instituições de ensino. Atendemos uma população de 1.286 habitantes na área de abrangência, a maioria agricultores e pecuaristas.

A estrutura física da ESF esta composta por uma sala de espera, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, farmácia, sala multiuso (esterilização, vacinas, nebulização), consultório com mesa ginecológica, dois banheiros (usuários e funcionários), cozinha, sala para material de limpeza e outra para depósito de materiais de saúde. Trabalhamos com um sistema em rede do SUS e prontuário digital e impressoras. Nossa UBS não cumpre com

todas as normas estabelecidas para a estrutura física, é pequena e entre outras dificuldades não cumpre com as medidas higiênicas e epidemiológicas porque estão juntos os serviços de nebulização, curativos e esterilização estão em risco ou limitados ao ter vários serviços no mesmo local. Não temos telas mosquiteiras nas janelas, embora não termos casos de dengue.

Os usuários precisam percorrer longas distâncias quando necessitam de atendimento dos profissionais do NASF. Dos profissionais do NASF somente a assistente social e a psicóloga trabalham alguns turnos na UBS. Estamos empenhados em realizar atividades educativas e palestras para incentivar a mudança de medicina curativa para medicina preventiva. Estas atividades são realizadas nos clubes das comunidades mais perto dos usuários, pois não temos uma sala para a educação em saúde na UBS.

Em relação às atribuições dos profissionais posso afirmar que trabalhamos em equipe, mas precisamos aperfeiçoar os processos de trabalho para garantir atenção integral aos usuários. Não realizamos pequenas cirurgias e/ou procedimentos como retirada de unhas, lavagem de ouvidos e atendimentos de urgência e/ou emergência por falta de equipamentos, instrumentos e materiais. A população da área de abrangência reside de forma dispersa na zona rural, em locais de difícil acesso e o fato de não oferecermos estes serviços prejudica a atenção em saúde, fazendo com que os usuários busquem atendimento no hospital da cidade.

Quanto aos encaminhamentos não temos sistema de contra referência, dependemos das informações que o usuário fornece ao retornar ao serviço. Também não podemos indicar internação domiciliar porque as condições geográficas de difícil acesso não permitem chegar diariamente até as casas para o acompanhamento e prevenção das complicações, também não realizamos todas as atividades de grupos específicos (faltam formar os grupos de adolescentes, terceira idade, hipertensão entre outros).

Formamos o grupo de tabagismo, de diabéticos e nas palestras comunitárias trocamos informação com nossa população, esclarecendo dúvidas e já falamos de criar nosso conselho local de saúde para levar através de um representante nossos problemas ao conselho municipal de saúde.

A população da área adstrita após um novo recenseamento da população realizado pelos seis ACS da equipe é de 1.286 habitantes, com 429 famílias, uma

população masculina de 665 e feminino de 621, concluindo que o número de usuários na área de abrangência é adequado.

População	Nº
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	306
Mulheres entre 25 e 64 anos	335
Mulheres entre 50 e 69 anos	183
Gestantes	8
Menores de 1 ano	11
Menores de 5 anos	41
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	360
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	50
Pessoas com 60 anos ou mais	327

Figura 1- Tabela Distribuição da população do município de Cacique Doble - RS

A demanda espontânea inicialmente em nossa UBS não era uma dificuldade, pois não existia um médico fixo, a estabilidade, a melhoria na qualidade do serviço, motivou o aumento da demanda espontânea até converter-se em um problema para o agendamento das próximas consultas dos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e/ou o trabalho com os grupos específicos (diabéticos, hipertensos, tabagismo, etc.). Mesmo nos dias que há excesso de demanda, todos os usuários são atendidos, pois ampliamos o horário de atendimento para que todos sejam acolhidos. Os usuários residem longe da UBS, são agricultores e criadores de gado que buscam assistência médica quando realmente estão doentes, muitos deles esperam vários dias para não abandonar seu trabalho no campo.

Realmente vamos trabalhar durante muito tempo na educação da população, mudando hábitos e costumes de risco para a saúde, trocando de uma medicina curativa para uma medicina preventiva e assim poder diminuir a demanda espontânea e cumprir com o estabelecido a respeito das consultas programadas, grupos específicos entre outras atividades nas comunidades, assim quanto mais

controlada e regulada seja a área de abrangência e a equipe conheça das ocorrências, menor será a demanda espontânea.

Um ponto positivo é que já temos telefone na UBS, agora os usuários podem agendar por essa via suas consultas nos dois turnos diretamente ou através dos ACS.

A atenção à criança na UBS tem nos lactantes a cobertura de 100%. Os 11 lactantes são atendidos e acompanhados em consulta de puericultura, ou seja, três são acompanhados somente na UBS; cinco são acompanhados de forma mista, pelo pediatra particular e pela equipe da UBS e três são atendidos somente de forma particular, mas temos o registro do acompanhamento feito pelo ACS. Temos dificuldade com as crianças com idades entre 12 e 72 meses e até a adolescência, pois não existe acompanhamento desses grupos de idade. A puericultura é ofertada todos os dias da semana em todos os turnos, todos os membros da equipe de saúde de uma forma ou outra participam nas atividades de atendimento às crianças. Proporcionamos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, nas consultas de puericultura informamos à mãe sobre os riscos que tem a criança de acordo a seu desenvolvimento psicomotor, as medidas higiênico sanitárias, o aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar, avaliamos o desenvolvimento peso-estatura, peso-idade, prevenção de anemia, as imunizações. As crianças tem agendada a próxima consulta e temos um mural informativo, educativo, com ações preventivas de acidentes em casa.

Trabalhamos agora para ter na UBS uma cópia do manual técnico de saúde da criança e o protocolo de atendimento. Vamos iniciar a classificação para identificar crianças de alto risco, instituir as fichas de atendimento odontológico, de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas, criar uma equipe para o planejamento, gestão e planejamento do programa de puericultura.

Do ponto de vista positivo já temos um modelo de ficha-espelho, o arquivo especial da puericultura e nos próximos meses vamos começar a revisão periódica para verificar as crianças de risco, faltosas, procedimentos em atraso e avaliar a qualidade do programa. A partir da busca ativa descobrimos dois lactentes que realizam consulta particular para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, três lactantes agora estão sendo atendidos de forma mista, no consultório particular e na UBS.

A atenção pré-natal na UBS tem uma estimativa de 19 gestantes, porém, somente 6 delas são acompanhadas na UBS, algumas de forma mista outras particular. Oferecemos consulta pré-natal todos os dias da semana em todos os turnos, proporcionamos todas as orientações relacionadas com a gestação e a gestante sai da UBS com a próxima consulta agendada. Temos dificuldade com as consultas de obstetrícia porque não temos essa especialidade em nosso município. Com relação ao exame ginecológico temos dificuldade porque não são examinadas pela equipe. As gestantes são examinadas na consulta particular e não desejam ser examinadas na UBS.

Devemos realizar atividades com grupos de gestantes e implementar o protocolo para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, assim como a ficha de atendimento nutricional.

Já temos na UBS o arquivo específico para o registro dos atendimentos às gestantes e foram coletados da base de dados da secretaria de saúde e dos cadernos dos ACS, agora estamos criando uma equipe para realizar o monitoramento regular das ações referentes às gestantes. Apesar das dificuldades seis gestantes são atendidas agora na UBS, elas antes só tinham acompanhamento na consulta particular, o trabalho conjunto da equipe conseguiu o acompanhamento misto.

A ESF tem um total de 335 mulheres entre 25 e 64 anos de idade cadastradas no SIAB, sendo que 212 (63%) delas estão com exame citopatológico em dia. Das mulheres cadastradas, 22 estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, somente 69 (21%) dos exames coletados estavam com amostra satisfatório e nenhuma mulher passou por avaliação de risco para câncer de colo de útero.

Em relação a detecção precoce do câncer de mama, temos 133 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos cadastradas no SIAB, que representam 100% das usuárias. Porém, não foi possível preencher o caderno de ações programáticas, pois não sabemos quantas estão com mamografia em dia ou quantas receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama.

Estamos trabalhando fortemente porque uma de nossas principais dificuldades é preocupação sobre a ideia de que vão perder uma mama (estética), por isso estamos falando nas palestras das comunidades para que nossas mulheres não tenham temor de fazer a mamografia nem o citopatológico, explicamos que são

os únicos cânceres evitáveis e com diagnóstico precoce mediante métodos não invasivos com tratamento sucesso, as ações estão estruturadas de forma programática pela responsável dos programas no posto da cidade, adotamos um manual técnico e contamos com um registro específico municipal.

As informações são centralizadas no posto de saúde do município lá realizamos monitoramento regular destas ações, mas agora temos uma ficha espelho câncer de colo de útero e mama (fornecido por minha orientadora) em nossa UBS. Os agentes de saúde foram capacitados para ensinar as mulheres autoexame de mama, agora podem mostrar essa técnica às mulheres das comunidades.

Segundo o nosso cadastro no SIAB temos um total de 292 usuários com 20 anos ou mais com HAS o que representa 22,7 % do total da população adstrita. Em relação aos diabéticos são 82 usuários conforme estimativa do VIGITEL e temos cadastrados 50 (61%). Do total de usuários hipertensos, 7 (2%) tem atraso de mais de 7 dias nas consultas programadas, 52 (18%) tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, mas, todos recebem orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável. Em relação aos usuários diabéticos, temos 17 (34%) com exames complementares em dia e os mesmos com exame físico dos pés e com realização de estratificação de risco cardiovascular.

Oferecemos atendimento clínico todos os dias da semana em todos os turnos, estamos cumprindo com controle laboratorial, orientando importância da saúde bucal, realizamos orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, mas precisamos trabalhar para implantar um sistema de agendamento das próximas consultas que ainda não existe. Também precisamos adotar o protocolo de atendimento e solicitar uma cópia do manual técnico para aprimorar o trabalho com estes usuários. Precisamos criar o arquivo específico para os registros do atendimento para usuários com hipertensão e diabetes assim como uma equipe para realizar o planejamento, gestão e coordenação das ações para estes dois grupos, bem como formar os grupos para atividades de educação em saúde. A equipe responde positivamente à organização do trabalho.

Temos uma população majoritariamente idosa com 179 (100%) pessoas com 60 anos ou mais cadastradas no SIAB da UBS. Todos possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa, porém, não realizamos avaliação multidimensional rápida nem avaliação de risco para morbimortalidade ou investigação de indicadores de

fragilização na velhice. Oferecemos consultas todos os dias da semana em todos os turnos, proporcionamos orientação nutricional e para atividade física dos idosos, mas temos que trabalhar com o agendamento das próximas consultas, buscar estabelecer o protocolo de atendimento e imprimir o manual técnico “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, estatuto do idoso e tabelas para avaliar a capacidade funcional global do idoso, estabelecer um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, educar na necessidade de trazer as cadernetas do idoso, conceber o programa de atenção ao idoso e formar os grupos de idosos, assim como formar uma equipe para o planejamento, revisão e monitoramento do arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos. A equipe da UBS mostra interesse nas novas propostas de trabalho porque nunca nenhum médico tentou organizar e planejar o trabalho.

Dentro de nossos maiores desafios esta o incentivo a mudança de hábito e mudança da medicina curativa para a medicina preventiva, alcançar um projeto de ampliação da UBS para individualizar os locais de curativos, esterilização, nebulização, aplicação de medicamentos injetáveis e o novo serviço de vacinação, formar o conselho local de saúde, adquirir os equipamentos e instrumentos necessários para dar resolutividade aos casos não complexos (pequenas suturas, primeiros socorros em caso de picada de animais peçonhentos, etc.), trabalhar para diminuir a demanda espontânea e conseguir um transporte permanente em nossa unidade.

Temos como melhor recurso na solução desses desafios que a equipe esta disposta e quer trabalhar, tem vontade de oferecer uma atenção em saúde de acordo com o estabelecido pela carta dos direitos dos usuários. A equipe sente-se apoiada pelo gestor que é receptivo a nossas dificuldades. Os usuários estão aceitando a nova metodologia de trabalho e muitas soluções podem ser executadas através do Projeto de aquisição ou Plano de trabalho da secretaria de saúde.

Muitos aspectos mudaram em função da aplicação dos questionários, entre eles, colocamos num painel o nome dos profissionais, nome do responsável pela UBS, número de pessoas da população da área de abrangência, os dados por sexo, por grupos etários e número de pessoas de grupos prioritários, formamos os grupos de tabagismo e de diabéticos, começamos palestras nas dez comunidades rurais onde falamos sobre a formação do Conselho Local de Saúde, integrantes, funções e sua dedicação ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde.

Discutimos a Carta dos direitos dos usuários da saúde. Nestas reuniões proporemos formar grupos de adolescentes, da mulher, do homem e pessoas da terceira idade, paralelamente realizamos as atividades de educação para a saúde promovendo o uso do cinto de segurança lombar, mostramos como enfrentar os problemas como ansiedade e depressão.

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

Comparativamente vemos grandes mudanças entre o texto inicial e este relatório, por exemplo, o texto inicial é uma síntese, este relatório tem uma melhor organização do documento e das ideias, os dados são atualizados pelo recenseamento da população, foram identificadas as dificuldades e as soluções foram classificadas como imediatas (já concretizadas), mediatas e em longo prazo, os dados têm maior informação e descrição buscando o domínio da área de abrangência, isto vai permitir melhorar o trabalho futuro.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Na atenção primária à saúde uma das ações programáticas mais importantes é a atenção à saúde da criança. Dentre as prioridades do Ministério da Saúde brasileiro estão várias ações encaminhadas à redução da mortalidade infantil e tem como proposta fundamental o desenvolvimento integral da criança e a diminuição da mortalidade infantil. As taxas de mortalidade de crianças até cinco anos caíram em todo o mundo, mas o avanço foi desigual. Quase 11 milhões de crianças ao redor do mundo ainda morrem todos os anos antes de completar cinco anos. A maioria por doenças evitáveis ou tratáveis: doenças respiratórias, diarreia, sarampo e malária. A mortalidade infantil é maior em países com precários serviços de saúde básicos. (MS, 2012).

Por isso a implementação das ações de puericultura são importantes, pois mudam o paradigma da medicina curativa para a medicina preventiva encarregando-se de realizar ações de educação e antecipar qualquer situação que possa alterar o desenvolvimento normal das crianças. Nesta consulta são desenvolvidas diferentes ações onde a atenção será centralizada no desenvolvimento neuro-psicomotor, social e afetivo, crescimento físico e nutrição, vacinação, higiene pessoal, mental, domiciliar e ambiental, vínculo afetivo, autoestima, análise e orientações à família. (MS, 2012)

A UBS São Luiz Rei está localizada na área rural da cidade de Cacique Doble-RS. Segundo recadastramento realizado recentemente, há na área de abrangência da UBS 1.286 habitantes, sendo 621 do sexo feminino e 665 do sexo masculino a maioria agricultores e pecuaristas. A UBS conta com uma equipe de ESF com saúde bucal. A estrutura física não se adapta aos requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Atualmente a equipe acompanha em ações de puericultura 8 (53%) dos menores de 1 ano. A estimativa do VIGITEL aponta para 15 crianças menores de 1 ano, portanto, precisamos realizar um esforço para cadastrar todas as crianças de nossa população alvo. Na reunião da equipe com os ACS ficou acordado que farão um recenseamento das crianças com idades entre 0 e 72 meses para trabalhar com dados reais de nossa população e oferecer qualidade e universalidade no acompanhamento. A puericultura é ofertada todos os dias da semana em todos os turnos, todos os membros da equipe de saúde de uma forma ou outra participam nas atividades de atendimento às crianças.

Durante o atendimento de puericultura realizamos a avaliação do crescimento e desenvolvimento, avaliação de saúde bucal. Realizamos a suplementação de ferro, vacinação e orientamos as mães sobre o desenvolvimento psicomotor, medidas higiênico-sanitárias, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. As crianças tem agendada a próxima consulta, realizamos o registro em ficha-espelho e temos um mural informativo, educativo, com ações preventivas de acidentes em casa.

Precisamos trabalhar fortemente na solução das dificuldades já identificadas, em especial no cadastramento das crianças maiores de 1 ano, na criação de um grupo de orientação às mães, no acompanhamento odontológico, no estímulo à alimentação saudável e no monitoramento e avaliação do programa. A maior dificuldade é a distância entre a UBS e a residência de nossos usuários, as mães não tem hábito de levar as crianças para atendimento quando estão saudas e não compreendem o objetivo da puericultura ou a importância do cuidado e acompanhamento odontológico de seus filhos.

Com a implementação da ação programática pretendemos transmitir às mães e à população em geral as informações sobre o que é puericultura, sua importância na prevenção de doenças e acidentes, abordar os direitos e responsabilidades das mães, famílias e comunidades no cuidado e educação das crianças, assim como promover maior qualidade do serviço de medicina familiar atingindo todas as crianças da área de abrangência da UBS. Organizando o serviço de atenção à saúde da criança será possível avaliar e monitorar as ações melhorando a qualidade de vida das crianças tornando-as adultos capazes e úteis à sociedade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses de idade pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2 - Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 3- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

Meta 5 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 6 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 7 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 8 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 9 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 10 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 11 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Meta 12 - Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.

Meta 13 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 14 - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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

Meta 15 – Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 16 - Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 17 – Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 18 – Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 19 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na Unidade de Saúde de São Luiz Rei. Serão convidadas a participar as crianças que se encontram dentro da faixa etária, pertencentes à área de abrangência da UBS, que serão cadastradas no programa de saúde da criança. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 33, Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a revisão das fichas-espelho semanalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O cadastramento será realizado no momento do primeiro atendimento por qualquer profissional na UBS.

Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: Serão reservadas três vagas diariamente para atendimento das crianças da faixa etária alvo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os agentes de saúde em parceria com o médico e a enfermeira em palestras públicas explicaram a importância do adequado desenvolvimento psicomotor e para no futuro ser uma pessoa útil para a sociedade sem traumas ou doenças.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar à equipe no acolhimento da mãe e da criança, como realizar o cadastramento nas fichas e arquivos, que conheçam os protocolos e seu uso ante qualquer dúvida e assim começar o processo de acompanhamento.

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita no local do clube de São Luiz Rei com previa autorização dos líderes da comunidade, pelo médico, com uma frequência semanal, será proporcionada através do protocolo de saúde da criança

do ministério de saúde em formato digital com uso de data show, os temas abordados serão acolhimento das mães e as crianças, classificação das crianças conforme a idade, triagem auditiva, teste de pezinho, calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde, aspectos do desenvolvimento da criança de zero a 72 meses, aleitamento materno, a presença de fatores de risco para anemia e suplementação de ferro, crianças com déficit ou excesso de peso, importância do atendimento odontológico em crianças de 6 a 72 meses e prevenção dos acidentes.

Meta 2.2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Ter listagem de todas as gestantes com as datas prováveis do parto do mês com monitoramento semanal.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os ACS vão informar semanalmente o estado da gestante depois de sua internação hospitalar para o parto ou cesárea, assim conhecer quando chega a sua casa.

Engajamento público

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

Detalhamento: Oferecer às mães a possibilidade de acompanhamento da criança, convidar para puericultura, concordar para fazer a primeira visita domiciliar e teste de pezinho nos primeiros 7 dias de vida.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita no local do clube de São Luiz Rei previa autorização dos líderes da comunidade, pelo o médico, com uma frequência

semanal, será proporcionada através do protocolo de saúde da criança do ministério de saúde em formato digital com uso de data show, os temas abordados serão acolhimento das mães e as crianças, classificação das crianças conforme a idade, triagem auditiva, teste de pezinho, calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde, aspectos do desenvolvimento da criança de zero a 72 meses, aleitamento materno, a presença de fatores de risco para anemia e suplementação de ferro, crianças com déficit ou excesso de peso, importância do atendimento odontológico em crianças de 6 a 72 meses e prevenção dos acidentes.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe na importância da primeira consulta na primeira semana de vida para estimular e auxiliar à mãe nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo e buscar a participação e apoio da família, para orientar realizar imunizações, verificar a realização do teste do pezinho, falar sobre a importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e também para realizar a avaliação da saúde da puérpera.

Meta 2.3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Realizar monitoramento e avaliação das curvas de crescimento em todas as consultas de puericultura e preencher as tabelas da caderneta da criança.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Uso do material fornecido pela secretaria de saúde (balança, antropômetro, fita métrica, otoscópio) para a UBS conforme estabelecido pelo protocolo.

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

Detalhamento: Uso adequado do protocolo (caderno de atenção básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2012) como documento estabelecido no trabalho com as crianças e ante qualquer dúvida.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança o normal desenvolvimento psicomotor de acordo a idade, assim como os riscos de acidentes em cada uma das idades.

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança como interpretar as curvas da caderneta da criança para reconhecer os sinais de déficit ou excesso de peso.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Oferecer treinamento para a equipe de saúde nas técnicas enfatizando que a criança deve estar sem roupa para lograr um adequado peso e altura.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Detalhamento: Treinar a equipe para que as medidas sempre sejam aferidas usando a mesma técnica, balança, antropômetro e fita métrica.

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

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento dos dados na caderneta da criança de altura/idade, peso/idade, circunferência cefálica/idade assim como sua interpretação para reconhecer os sinais de déficit ou excesso de peso.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Realizar monitoramento das crianças com déficit de peso enfatizando no aleitamento materno e horário, horas de sono, fazendo exame de urina para o diagnóstico de sepse urinária assintomática, infecção respiratória e outras doenças, incorporação dos alimentos de acordo com a idade, mudando hábitos e costumes não saudáveis.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Uso do material fornecido pela secretaria de saúde (balança, antropômetro, fita métrica, otoscópio) para a UBS conforme estabelecido pelo protocolo.

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

Detalhamento: Uso adequado do protocolo (caderno de atenção básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2012) como documento estabelecido no trabalho com as crianças e consultar ante qualquer dúvida.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso (uma tarja nas fichas das crianças com déficit de peso).

Detalhamento: Criar uma ficha de acompanhamento e um parágrafo em cada consulta de puericultura de avaliação nutricional para alertar aos profissionais das crianças com déficit de peso.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança o normal desenvolvimento psicomotor de acordo a idade, assim como os riscos do pouco ganho de peso de acordo a idade.

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança como interpretar as curvas da caderneta da criança para reconhecer os sinais de déficit de peso.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Oferecer treinamento para a equipe de saúde nas técnicas enfatizando que a criança deve estar sem roupa para lograr um adequado peso e altura.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Treinar a equipe para que as medidas sempre sejam efetuadas usando a mesma técnica, balança, antropômetro e fita métrica.

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

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento dos dados na caderneta da criança de altura/idade, peso/idade, circunferência cefálica/idade assim como sua interpretação para reconhecer os sinais de déficit de peso.

Meta 2.5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Realizar monitoramento das crianças com excesso de peso enfatizando no abandono do aleitamento materno e substituição por outros leites ou fórmulas industriais, sobre alimentação, incorporação dos alimentos antes da idade estabelecida, adotando hábitos e costumes não saudáveis, pouca atividade física ou sedentarismo, presença de edemas e outras alterações.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Uso do material fornecido pela secretaria de saúde (balança, antropômetro, fita métrica, otoscópio) para nossa UBS conforme estabelecido pelo protocolo.

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

Detalhamento: Uso adequado do protocolo (caderno de atenção básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2012) como documento estabelecido no trabalho com as crianças e consultar ante qualquer dúvida.

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

Detalhamento: Criar uma ficha de acompanhamento e um parágrafo em cada consulta de puericultura para avaliação nutricional para alertar as crianças com excesso de peso.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança o normal desenvolvimento psicomotor de acordo a idade, assim como os riscos de excesso de ganancia de peso de acordo a idade.

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança como interpretar as curvas da caderneta da criança para reconhecer os sinais de excesso de peso.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Oferecer treinamento para a equipe de saúde nas técnicas enfatizando que a criança deve estar sem roupa para lograr um adequado peso e altura.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Treinar a equipe para que as medidas sempre sejam efetuadas usando a mesma técnica, balança, antropômetro e fita métrica.

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

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento dos dados na caderneta da criança de altura/idade, peso/idade, circunferência cefálica/idade assim como sua interpretação para reconhecer os sinais de excesso de peso.

Meta 2.6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Realizar monitoramento e avaliação do desenvolvimento das crianças com respeito aos reflexos, ao desenvolvimento dentário, acuidade visual, desenvolvimento da linguagem, quando começa andar e correr, relacionamento com pais e amigos, aumento da memória e habilidade com a linguagem, compreensão do gênero, desenvolvimento do autismo ou déficit mental.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Encaminhar às crianças com atraso no desenvolvimento neuro-cognitivo para avaliação pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pediatra e psiquiatra.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para que os profissionais identifiquem as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento: Criar uma ficha de acompanhamento e um parágrafo em cada consulta de puericultura para avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo de acordo a idade das crianças.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança o normal desenvolvimento neuro-cognitivo de acordo a idade, assim como identificar qualquer sinal de anormalidade.

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança como entender e interpretar na caderneta da criança o desenvolvimento de acordo a idade para reconhecer os sinais de anormalidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Oferecer treinamento para a equipe de saúde tenha conhecimento sobre o normal desenvolvimento neuro-cognitivo de acordo a faixa etária, assim como identificar qualquer sinal de anormalidade.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Oferecer treinamento para a equipe no preenchimento da ficha de desenvolvimento, seus itens, preenchimento dos dados e reconhecer sinais de anormalidades.

Meta 2.7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento: Realizar monitoramento e avaliação para identificar quais das crianças estão com vacinas atrasadas.

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

Detalhamento: Realizar monitoramento em cada consulta de puericultura perguntando as causas desse atraso, febre, doenças, esquecimento.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor, garantindo as vacinas para todas as crianças da UBS.

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

Detalhamento: A UBS não tem serviço de vacinação, sendo necessário trabalhar em parceria com a UBS da cidade de Cacique Doble para garantir atendimento imediato das crianças que precisam ser vacinadas; assim como adequado controle de estoque para evitar a falta de vacina e controle da data de vencimento.

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento: Nossa UBS não tem serviço de vacinação.

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

Detalhamento: Nossa UBS não tem serviço de vacinação.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: Nossa UBS não tem serviço de vacinação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança o calendário vacinal da criança de acordo a idade, assim como informar qualquer situação que pode atrasar o calendário de vacinação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Oferecer capacitação para a equipe na leitura e interpretação do cartão da criança, preenchimento das vacinas, data de administração, lote, data de validade, preenchimento dos dados na ficha espelho e reconhecer situações ou razões que precisem o aprazamento da vacina.

Meta 2.8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Ter controle das crianças para começar suplementação de ferro às crianças com 4 meses de idade com aleitamento materno exclusivo, pré-termo ou baixo peso ao nascer e nas crianças que chegam aos 6 meses de idade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: Pedir à secretaria de saúde que garantir a compra do suplemento de ferro para garantir o fornecimento e dispensação as crianças.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança a importância da suplementação de ferro na prevenção da anemia para evitar subnutrição e atraso do desenvolvimento psicomotor.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico deve estudar as orientações do Ministério da Saúde para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso em crianças a partir dos 4 meses com aleitamento materno exclusivo, pré-termo, baixo peso ao nascer e nas crianças que chegam aos 6 meses de idade, relação da anemia com hábitos e dietas não saudáveis e parasitoses.

Meta 2.9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Ter controle no caderno do nascimento das crianças para determinar se foi feito a triagem auditiva.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Pedir ao gestor para garantir o acordo ou contrato com os hospitais ou clínicas a realização de teste auditivo nas crianças.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar aos pais e/ou responsáveis e família da criança a importância da realização do teste auditivo para a detecção cedo da deficiência auditiva ou surdez nas crianças e onde devem ir para o agendamento do teste.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico deve estudar e incorporar as orientações do Ministério da Saúde respeito às recomendações da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Meta 2.10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Ter controle no caderno do nascimento das crianças para determinar se foi realizado teste do pezinho antes dos 7 dias de vida ou quais causas impossibilitaram sua realização.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Pedir ao gestor que garantir a realização de teste do pezinho das crianças antes dos 7 dias de vida.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar a comunidade nas palestras e através dos ACS aos pais e/ou responsáveis e família da criança a importância da realização do teste do pezinho antes dos 7 dias de vida para a detecção cedo da fibrose cística, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e anemia falciforme.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira esta apta para realizar o teste do pezinho, passou 6 anos realiza-lo sem dificuldade.

Meta 2.11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Ter controle das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência para começar acompanhamento por odontologia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O acolhimento será realizado no momento do primeiro atendimento por qualquer profissional no posto de saúde.

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

Detalhamento: Trabalhar com caderno de crianças de 6 a 72 meses de idade para quando vêm para puericultura, deixem a unidade de saúde com a consulta odontológica já agendada.

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

Detalhamento: Será reservada uma vaga diariamente para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

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

Detalhamento: Serão feitas pesquisa da técnica correta de escovar os dentes, caries para determinar a necessidade de tratamento odontológico.

Engajamento público

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

Detalhamento: Explicar à comunidade, aos pais e/ou responsáveis e família da criança a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade na prevenção de doenças muco dentárias, técnica não adequada de escovado dos dentes, tratamento das caries e necessidade de atendimento odontológico para a retificação da mordida.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar avaliação crianças de 6 a 72 meses para acompanhamento e que precisem atendimento ou tratamento odontológico.

Meta 2.12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Oferecer monitoramento das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência desde a primeira consulta por odontologia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O acolhimento será realizado no momento do primeiro atendimento por qualquer profissional no posto de saúde.

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

Detalhamento: O cadastramento será realizado junto ao acolhimento no momento do primeiro atendimento por qualquer profissional no posto de saúde.

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

Detalhamento: Trabalhar com caderno de crianças de 6 a 72 meses de idade para quando vêm para puericultura, deixem a unidade de saúde com a consulta odontológica já agendada.

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

Detalhamento: Será reservada uma vaga diariamente para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar à comunidade nas palestras e através dos ACS a importância do atendimento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade assim como facilidades de ensino na prevenção de doenças muco dentárias, técnica não adequada de escovado dos dentes, tratamento das caries e necessidade de atendimento odontológico para a retificação da mordida.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis de acordo ao protocolo.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar o cadastramento, avaliação, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses para acompanhamento pelo serviço odontológico.

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

Detalhamento: O cirurgião dentista esta apta para realizar a primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência, trabalho que esta realizando atualmente sem dificuldade.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a revisão das fichas-espelho semanalmente.

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

Detalhamento: Ter listagem de todas as crianças com consulta no mês com monitoramento semanal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas

Detalhamento: Agendar visita domiciliar quando é detectada uma criança faltosa.

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

Detalhamento: Ter uma vaga diária para agendamento de consulta para criança faltosa.

Engajamento público

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

Detalhamento: Agendar visita domiciliar quando é detectada uma criança faltosa.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar aos agentes de saúde na interpretação das curvas de desenvolvimento das crianças para identificar aquelas com atraso.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 14: Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizaram monitoramento da qualidade dos registros das crianças acompanhadas na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Detalhamento: Garantir o preenchimento dos dados no Sistema de Informação da Atenção Básica das crianças com acompanhamento na UBS.

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

Detalhamento: Afiançar o uso continuado das fichas-espelho e incorporar seu uso de forma permanente.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Assegurar que toda a equipe conheça a importância, uso e preenchimento das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Decidir o responsável do monitoramento dos registros e periodicidade.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar nas palestras os direitos dos usuários na manutenção de registros de saúde e acesso à segunda via.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Capacitar à equipe no preenchimento dos registros para o acompanhamento da criança na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico realizara monitoramento das crianças com a verificação da estratificação de risco.

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

Detalhamento: O médico realizara monitoramento das crianças de alto risco com puericultura em atraso.

Organização e gestão do serviço

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento: O médico e a enfermeira priorizará o atendimento das crianças avaliadas como de alto risco e organizara a agenda para seu atendimento.

Ação: Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: O médico identificara na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão palestras para esclarecer aos familiares e a comunidade quanto á importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis e preveníveis.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe para realizar estratificação de risco, a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Envolvendo fundamentalmente a enfermeira e agentes de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 16: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizaram monitoramento das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário e ficha de acompanhamento/espelho.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico definiu o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico em parceria com agentes de saúde realizou nas comunidades orientações sobre as formas de prevenção de acidentes na infância.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico informou aos profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 17: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico realizara monitoramento das atividades de educação em saúde sobre aleitamento materno.

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

Detalhamento: O médico realizara monitoramento do percentual das crianças observadas mamando na 1ª consulta.

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

Detalhamento: O médico realizara monitoramento da duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico definirá o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico em parceria com a enfermeira e os agentes de saúde orientará às mães e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico realizara capacitação da equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 18: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O medico e a enfermeira realizarão monitoramento e avaliação das orientações nutricionais na ficha de acompanhamento das crianças.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O medico e a enfermeira organizará praticas coletiva de alimentação saudável. O medico realizara demanda ao gestor para estabelecer parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Engajamento público

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

Detalhamento: O medico realizara orientação às mães e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, nas puericulturas e visitas familiares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O medico fara capacitação da equipe sobre pratica de alimentação saudável e adequada conforme a idade da criança.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

Meta 19: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: O medico junto ao odontólogo realizara monitoramento de orientação sobre higiene bucal às crianças.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O medico organizara a consulta com a finalidade de garantir tempo médio para orientações em nível individual e atividades educativas em grupo na escola.

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

Detalhamento: O medico organizara os conteúdos que serem trabalhados nas atividades educativas.

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento: O medico organizara o material necessário para as atividades educativas em parceiro com o gestor.

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

Detalhamento: O medico organizara as listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem nas atividades.

Engajamento público

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

Detalhamento: O medico em parceria com o odontólogo realizara orientação às mães das crianças e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, mediante palestras, nas consultas de puericultura e visitas familiares.

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

Detalhamento: O medico em parceria com o odontólogo, enfermeira e agentes de saúde promovera a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

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

Detalhamento: O medico em parceria com o odontólogo, enfermeira e agentes de saúde promovera a participação de membros da comunidade na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

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

Detalhamento: O medico em parceria com o odontólogo, enfermeira e agentes de saúde esclarecera a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico em parceria com o odontólogo realizará capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal das crianças de 0 a 72 meses de idade, na sala de reuniões da UBS.

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

Detalhamento: O médico em parceria com o odontólogo realizará capacitação aos responsáveis pelo cuidado das crianças nas escolas.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1

Meta 1.1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Indicador 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.

Objetivo 2

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

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

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

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

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

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Meta 4: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 4: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 5: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta 7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

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

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

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

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

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

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

Meta 9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 9: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

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

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

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

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 11: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 12: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 12: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

Objetivo 3

Meta 13: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 13: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4

Meta 14: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 14: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

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

Objetivo 5

Meta 15: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 15: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6

Meta 16: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Meta 17: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

Meta 18: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

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

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

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

Meta 19: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança vamos adotar o Protocolo de Saúde da Criança, Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos a caderneta de saúde da criança e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, e dados relativos à classificação de risco da criança. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 52 crianças. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as 52 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as crianças que vieram ao serviço para consulta de puericultura nos últimos 3 meses. A enfermeira localizará os prontuários destas crianças e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. A capacitação dos profissionais da UBS sobre o manual técnico de saúde da criança será feito na primeira semana de intervenção, cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe ali explicaremos a importância do projeto de intervenção e a necessidade da cooperação de todos os profissionais para a implementação do projeto.

O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem ou qualquer membro da equipe da UBS. -Crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento. Mães que buscam consulta de puericultura ou de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. As crianças que vierem à consulta de puericultura sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nas crianças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as crianças proveniente da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana.

Para sensibilizar a comunidade e esclarecer sobre a importância da realização da puericultura e sobre as facilidades de realizá-la na UBS faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas seis igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto. Vamos esclarecer a comunidade sobre a atenção prioritária às crianças na UBS, informar sobre a importância da puericultura e do acompanhamento regular. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de crianças que não fazem acompanhamento e esclarecer a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as crianças em atraso, estima-se 5 por semana totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca já agendará a criança para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para o monitoramento do número de crianças de alto risco a enfermeira as identificará usando a ficha-espelho realizando a classificação por tipo de risco, priorizando em cada consulta a avaliação e o desenvolvimento, assim como o estado nutricional das crianças. O médico é o responsável por avaliar os pacientes com risco (biológico, social ou nutricional) com atrasos a consultas e os ACS farão a busca e orientações para que compareçam às consultas agendadas.

A enfermeira ficará responsável pelo monitoramento da curva de crescimento, fará os registros peso, comprimento, uso de suplemento de ferro e o índice de massa corporal na caderneta de saúde da criança e na ficha-espelho.

A dentista fará a organização do agendamento a partir de janeiro porque a agenda já está lotada até o final do ano para consultas clínicas, mas participará nas ações de engajamento público explicando às comunidades a importância da saúde bucal.

A enfermeira fará a solicitação da calibração da balança e manutenção do antropômetro trimestralmente para o gestor, conforme consta no protocolo do ministério da saúde. Assim garantindo material adequado para realização das medidas antropométricas para uma adequada avaliação do desenvolvimento da criança e seu estado nutricional.

As atividades de educação em saúde e atividades educativas coletivas serão realizadas com periodicidade quinzenal em sistema de rodízio pelos integrantes da equipe. Serão palestras nos clubes das comunidades sobre a importância do cuidado das crianças, os acidentes de acordo à idade, aleitamento materno, saúde bucal das crianças, vacinas, obesidade, entre outros temas. As atividades serão registradas com lista de frequência dos responsáveis.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A capacitação da equipe sobre os aspectos do protocolo e aspectos do acolhimento às crianças foi realizada na primeira semana da intervenção. Foi um momento muito importante onde cada profissional participante compartilhou suas experiências e suas expectativas frente ao trabalho.

A capacitação dos ACS e a enfermeira para o rastreamento das crianças em suas visitas domiciliares, preenchimento das fichas-espelho e busca ativa foi realizada no clube de São Luiz Rei após autorização dos líderes da comunidade. Foi ministrada pelo especialista durante todas as tardes da primeira semana da intervenção, no horário das 15:00 às 17:00 horas, foi apresentado protocolo de saúde da criança do MS em formato digital com uso de data show, os temas abordados foram acolhimento das mães e das crianças, classificação das crianças conforme a idade, triagem auditiva, teste de pezinho, calendário de vacinação de rotina do MS, aspectos do desenvolvimento da criança de zero a 72 meses, aleitamento materno, critérios para avaliação da presença de fatores de risco para anemia e suplementação de ferro, crianças com déficit ou excesso de peso, importância do atendimento odontológico em crianças de 6 a 72 meses e prevenção dos acidentes.

Analisando a meta de ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde, podemos dizer que foi alcançada parcialmente, pois foi possível cadastrar e acompanhar 40 (79,9%) crianças das 52 cadastradas no SIAB. Os ACS

realizaram revisão das fichas de cadastro no SIAB e busca ativa das crianças entre zero e 72 meses.

A previsão inicial era de uma intervenção com duração de 16 semanas, mas, ao longo do desenvolvimento do trabalho este período foi reduzido para 12 semanas, com reflexos negativos para o alcance da meta de cobertura. Apesar do pouco tempo de implantação do programa em nossa UBS o resultado foi positivo, pois nunca antes havia sido implementado um projeto ou programa de atenção à saúde da criança nos sete anos de funcionamento da UBS. É nossa responsabilidade agora alcançar 100% das crianças e garantir a continuidade do programa como rotina na prática diária da UBS.

Ao monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, tivemos dificuldades porque a maior parte das crianças recém-nascidas pertence às famílias que buscam atendimento em consulta particular e não desejam ser atendidas na UBS. Já as crianças mais velhas não tinham registro no prontuário ou na caderneta de saúde, impossibilitando saber se haviam ou não passado por atendimento na primeira semana de vida.

O monitoramento do crescimento foi realizado em todas as crianças cadastradas no programa fizemos monitoramento das crianças para detectar déficit ou excesso de peso, assim como o desenvolvimento neuro-cognitivo e a avaliação para identificar as crianças com vacinas atrasadas cumprimos integralmente com estas ações.

Em relação à suplementação de ferro para as crianças com idades entre 6 e 24 meses não foi possível alcançar integralmente, pois, o suplemento não foi fornecido pela secretaria de saúde. Orientamos que os pais comprassem o suplemento enquanto a gestão não providencia. Quanto a realização da triagem auditiva houve um problema no cumprimento do convênio com o Hospital de Sananduva por falta de pessoal qualificado para fazer o teste. Infelizmente não podemos garantir que 100% das crianças realizem o teste. Em relação ao teste do pezinho não temos problemas, pois ele é realizado no município.

A busca ativa de todas as crianças faltosas às consultas foi realizada pelos ACS. Ao final da semana realizávamos o monitoramento das ações e ao verificar crianças faltosas às consultas agendadas, entrávamos em contato via telefone com o ACS do micro área e solicitávamos a visita e marcação de novo horário. Durante o atendimento foram realizadas ações de promoção de saúde, tais como, orientações

para prevenir acidentes na infância, orientações nutricionais, conforme a faixa etária e orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie de acordo com a faixa etária.

Quanto às ações de engajamento público e divulgação da importância do programa para a saúde das crianças tivemos dificuldades. A população não tem costume de trazer as crianças para a puericultura. Precisamos educar a população e procurar maneiras diferentes para envolvê-los nos programas de saúde, esta ação foi cumprida parcialmente.

Preciso relatar como acontecimento positivo que durante o monitoramento da semana 11 os ACS relataram que o padre realizou a divulgação do programa de puericultura durante as missas na igreja da comunidade. Ele falou sobre as crianças e a necessidade de proporcionar apoio ao médico cubano que estava acompanhando às crianças. Tivemos um efeito muito positivo e na última semana conseguimos a adesão de mais oito crianças e entre elas dois lactantes faltosos que foram agendados pelos ACS há duas semanas e devido ao mau tempo não haviam comparecido. As mães disseram ter escutado o sermão do padre e lembraram da consulta agendada. Fiquei muito contente e não podia perder a oportunidade de cadastrar e começar o acompanhamento destas crianças. Sempre nosso Deus está nos momentos exatos, justamente na última semana ele coloca sua mão através do chamado do padre e conseguimos aumentar a cobertura. Acredito que quando o secretário de saúde fale no programa da rádio local estejamos com 100% das crianças cadastradas, mas, infelizmente precisávamos das 16 semanas para conseguir nossa meta.

Uma criança foi colocada para mamar durante a primeira consulta de puericultura em nossa UBS o resto dos lactantes são atendidos em consulta particular com os pediatras, mas toda a equipe de saúde esta capacitada para orientar o aleitamento materno e esta ação está incorporada à rotina da consulta de puericultura.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

O grupo de crianças que foi planejado não foi possível realizar. A população tem sérias dificuldades de locomoção em função de ser uma área rural não servida pelo transporte público regular. Outra dificuldade diz respeito à atividade econômica

das famílias, pois, a maioria das famílias trabalha nas fazendas coletando e entregando leite, no plantio e colheita de trigo, soja e milho não disponibilizando tempo para ir à UBS. Ainda, em relação a nossa estrutura física, seria difícil acomodar muitas pessoas na UBS por falta de espaço para as ações coletivas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos dificuldade na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção no início da intervenção, pois não sabíamos como preencher os campos. Mas, com a ajuda da orientadora as dificuldades foram superadas e a planilha corretamente preenchida.

Nossa UBS conta com um adequado sistema de internet com computadores em rede em todas as salas da unidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O programa de atenção às crianças já está inserido na rotina do serviço de nossa UBS. Tivemos o apoio total dos ACS e da dentista. O dia 24 de maio foi o concurso municipal e em breve teremos novos colegas de trabalho. Aproveitaremos a oportunidade para engajá-los ao programa garantindo assim a continuidade da ação programática como rotina na UBS de São Luiz Rei.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde São Luiz Rei no município de Cacique Doble-RS nos meses de março a junho de 2015. A intervenção foi voltada para o alcance de dezenove metas com o objetivo de melhorar a atenção as crianças de 0 à 72 meses. A implementação da intervenção inicialmente seria de 4 meses, mas pela indicação da coordenação do curso foi reduzido para 3 meses afetando ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Residem em nossa área de abrangência aproximadamente 1.286 pessoas, com uma estimativa de 52 crianças, segundo os dados do SIAB. Dedicamo-nos a cadastrar e acompanhar todas as crianças nesses três meses de intervenção. Algumas metas foram alcançadas plenamente e outras precisam de aprimoramento. Descreveremos a seguir os resultados conforme as metas e indicadores estabelecidos em nosso projeto.

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

Meta 1: Cadastrar 100% das crianças da área de abrangência no Programa de Crescimento e Desenvolvimento da UBS.

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

Cadastramos 40 crianças do total de 52 (conforme dados do SIAB), atingindo um percentual de 76,9% do total de crianças entre 0 e 72 meses de idade pertencentes a área de abrangência de nossa UBS (Figura 2). Durante a evolução da intervenção, observou-se ascensão do número de crianças cadastradas, sendo que no primeiro mês tínhamos 8 (15,4%) crianças inscritas, no segundo mês 27 (51,9%) e ao terceiro mês 40 (76,9%).

A meta para este indicador não foi alcançada em função da dificuldade de locomoção das famílias que moram no interior e em parte pela falta de

conscientização das famílias quanto à importância da puericultura e do acompanhamento regular de seus filhos. Também temos várias famílias com plano de saúde, que não desejam ser atendidas na UBS, buscam consulta particular de pediatria. Apesar das dificuldades pode-se considerar o resultado muito bom, pois, nunca antes havia sido implementado um programa de puericultura nos sete anos de funcionamento da UBS. É nossa responsabilidade agora alcançar 100 % e garantir a continuidade do programa como rotina na prática diária.

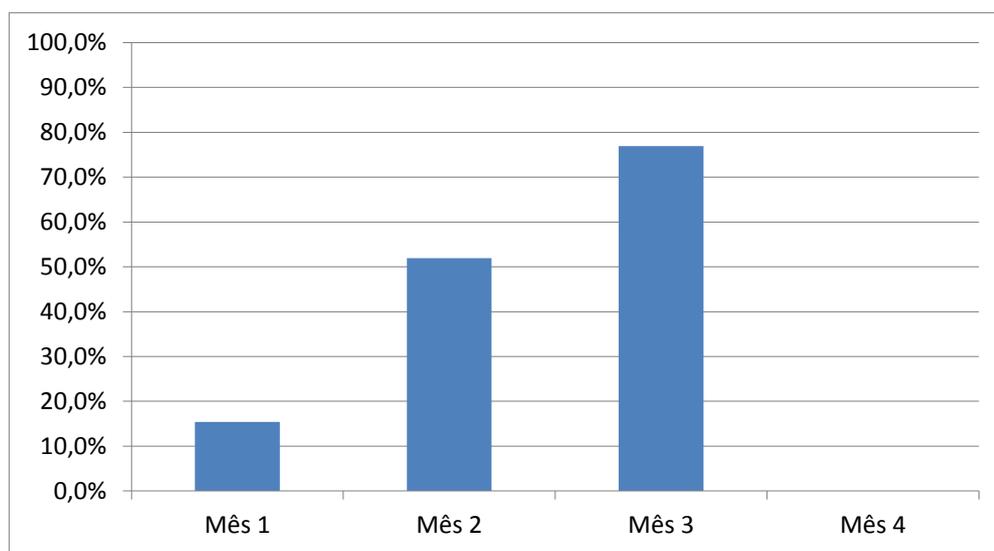


Figura 2- Proporção de crianças entre 0 a 72 meses inscritas no programa na Unidade de Saúde UBS São Luiz Rei.- Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2: 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 40 crianças cadastradas, 17 (42,5%) realizaram a primeira consulta de puericultura em menos de 7 dias de vida, segundo a figura 3. No primeiro mês tínhamos 5 (62,5%) de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, no segundo mês 12 (44,4%) e no terceiro mês 17 (42,5%).

A meta para este indicador seria realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, portanto não foi atingida.

Acredito que com a consolidação do programa de puericultura na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de crianças com realização de

primeira consulta antes dos 7 dias de vida aumente com o controle e educação das gestantes.

As nove crianças nascidas durante o período da Intervenção foram visitados no domicílio pelos ACS e enfermeira na primeira semana de vida. A maioria das famílias com lactantes de nossa área de abrangência possuem plano de saúde e não desejam ser atendidas na UBS, tem atendimento particular de pediatria, no início da intervenção nenhum lactante foi acompanhado na UBS, mas com o trabalho conjunto dos ACS com o padre da igreja e a comunidade agora cinco lactantes são acompanhadas em consulta de puericultura em nossa UBS.

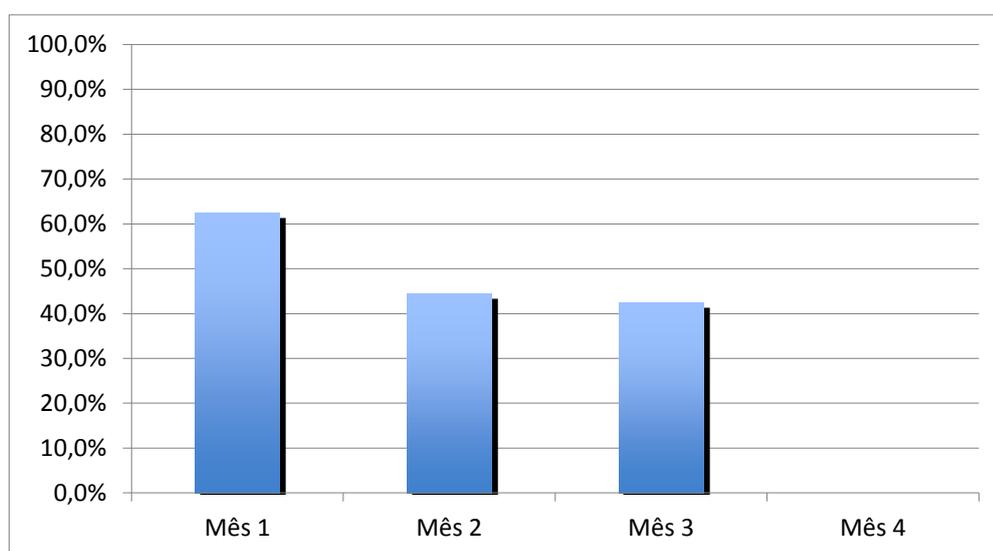


Figura 3- Proporção de crianças entre 0 a 72 meses com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 3: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento.

Em relação ao monitoramento do crescimento das crianças de zero a 72 meses cadastradas na equipe (figura 4), durante a intervenção no primeiro mês foram avaliadas seguindo o protocolo do MS 8 (100%) crianças, no segundo 27 (100%) e no terceiro 40 (100%), com 100% de qualidade nessa ação.

O alcance desta meta foi possível graças ao engajamento da equipe. As consultas foram agendadas via telefônica pelos ACS desde a casa das famílias com crianças, informamos aos ACS as crianças faltosas e na mesma semana eles remarcaram a consulta. O padre da igreja católica da comunidade ajudou oferecendo apoio na divulgação da importância do programa para a saúde das

crianças. Tivemos dificuldades porque a população não tem costume de trazer as crianças para a puericultura só buscam atendimento quando as crianças estão doentes, moram longe da UBS com sérias dificuldades de locomoção. A zona rural não é servida pelo transporte público regular e o mau tempo nesta época do ano torna as estradas perigosas e de difícil acesso.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 4: Monitorar o déficit de peso em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Após a avaliação realizada, conforme protocolo do MS nas consultas de puericultura, não foram encontradas crianças cadastradas e acompanhadas com déficit de peso (0%). Em nossa área de abrangência não temos reporte de desnutrição por déficit de peso porque os hábitos e costumes da região são mais propensos a causar a obesidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 5: Monitorar o excesso de peso em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Durante a intervenção foram monitoradas 40 crianças cadastradas no programa da população alvo para detectar crianças com excesso de peso (Figura 4), tivemos 2 crianças avaliadas como sobrepeso, 1 (100%) no segundo mês e 1 (100%) no terceiro mês, ambas crianças com excesso de peso se encontram com monitoramento de crescimento em dia.

É importante destacar que foi possível identificar estas crianças com sobrepeso porque os ACS têm identificadas e cadastradas todas as crianças de nossa área de abrangência em seus cadernos de trabalho e temos as tabelas no protocolo de saúde da criança do MS para avaliar o índice de massa corporal, classificar e proporcionar orientações.

Entre as dificuldades encontradas apresentamos que as mães não reconhecem o sobrepeso como fator de risco no desenvolvimento de futuras doenças tais como a diabetes, hipertensão e como causa de problemas nas relações interpessoais (bullying) na escola, portanto, não cumprem as indicações higiênico-dietéticas.

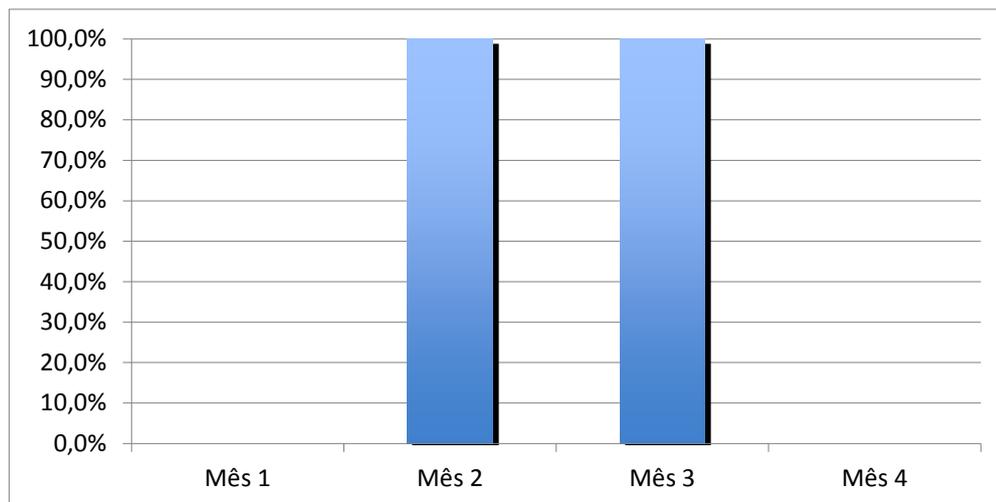


Figura 4- Proporção de crianças monitoradas com excesso de peso na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

O monitoramento do desenvolvimento foi realizado durante os três meses da intervenção, durante as consultas de puericultura. No primeiro mês foram avaliadas 8 (100%) crianças, 27 (100%) no segundo mês e 40 (100%) no terceiro mês, totalizando 100% de acompanhamento. Durante as consultas de puericultura foram sempre destinados espaços para o dialogo com os pais e acompanhantes fornecendo orientações sobre as fases do desenvolvimento infantil. Outra ação que permitiu monitorar o desenvolvimento das crianças foi a capacitação da equipe conforme o protocolo do MS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

Das 40 crianças cadastradas e acompanhadas pela equipe de ESF durante a intervenção, 100% apresentou no cartão de vacinas o esquema vacinal completo de acordo com a idade. No primeiro mês foram avaliadas 8 crianças (100%), no segundo 27 (100%) e no terceiro mês 40 crianças (100%). O sucesso dessa ação está relacionado ao engajamento dos ACS e técnicos de enfermagem para a adesão dos pais a vacinação, procurando a UBS de acordo com o agendamento das vacinas na Caderneta de Saúde da Criança. Outra ação que facilitou o alcance

desta meta foi a intervenção durante as consultas de pré-natal, onde conversamos com as gestantes sobre a importância das vacinas na prevenção de doenças evitáveis.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses.

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

Em relação às crianças de seis a 24 meses cadastradas e acompanhadas pela equipe durante a intervenção com suplementação de ferro (figura 6), conseguimos alcançar 10 (90,9%) das crianças. Conforme figura 5, no primeiro mês foram 4 (100%), no segundo mês 9 (100%) e no terceiro mês 10 (90,9%). Não atingimos 100% de suplementação de ferro, pois, uma criança tem intolerância a sulfato de ferro, mas está sendo acompanhada.

Tivemos dificuldade no cumprimento do programa de suplementação de ferro porque a secretaria de saúde não está fornecendo o suplemento e os pais são orientados a comprar o suplemento de sulfato ferroso para suas crianças.

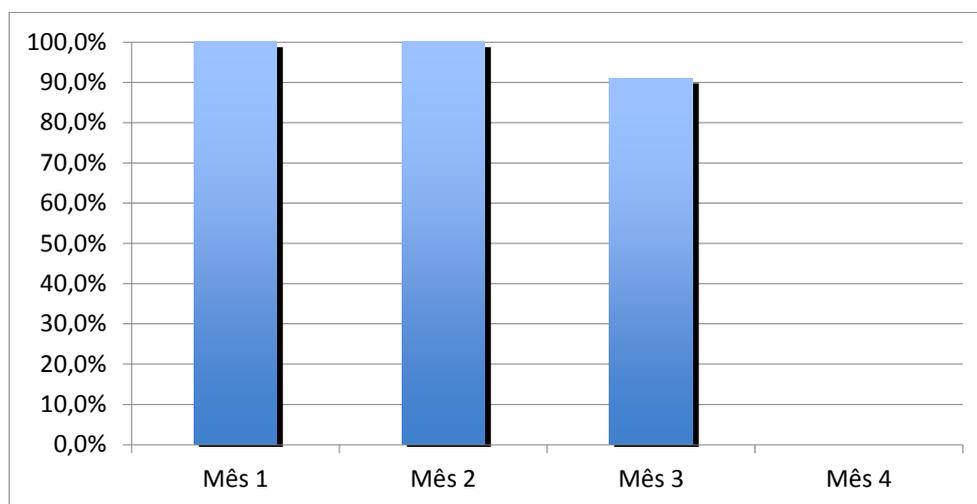


Figura 5- Proporção de crianças entre 6 e 24 meses com suplementação de ferro na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

As crianças que realizaram triagem auditiva acompanhadas no primeiro mês foram 8 (100%), no segundo mês 18 (66,7%) e no terceiro mês 29 (72,5%) de um

total de 40 crianças cadastradas no programa de saúde da criança, conforme figura 6.

Não atingimos 100% pois, a implementação da triagem auditiva foi realizada recentemente em nosso município. Atualmente temos dificuldade para realizar a triagem auditiva porque o contrato com o Hospital de Sananduva para realizar o exame foi suspenso com a alegação de que não há pessoal qualificado para fazer o teste. No presente momento a secretaria de saúde está tentando solucionar este problema.

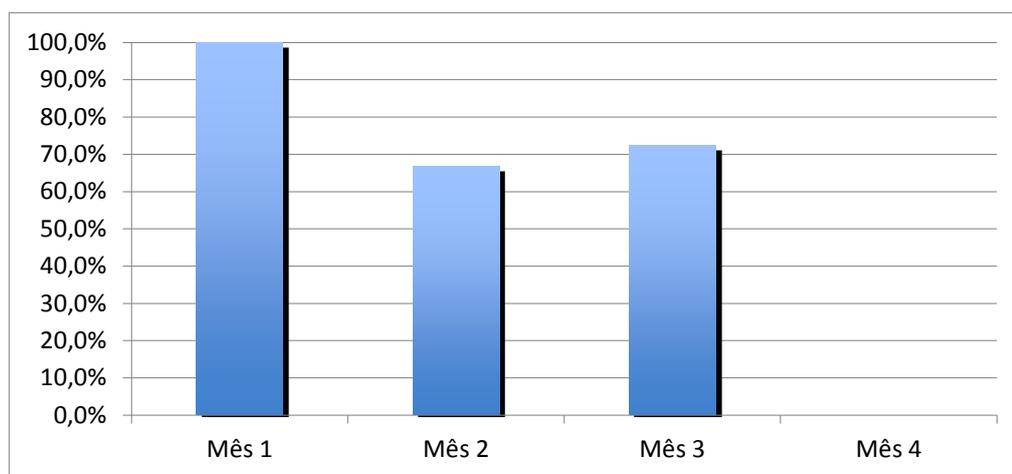


Figura 6- Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

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

Em relação da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida conseguimos alcançar 39 (97,5%) das crianças durante os 3 meses da intervenção (Figura 7). No primeiro mês foram 8 (100%) crianças, no segundo mês 26 (96,3%) crianças e no terceiro mês 39 (97,5%) de crianças com teste do pezinho realizado.

A única criança que não realizou o teste do pezinho dentro do prazo mudou-se para Cacique Doble com idade superior a 2 anos e não havia realizado o teste no município natal.

No posto de saúde da cidade de Cacique Doble temos uma consulta centralizada para realizar o teste de pezinho às crianças e nas consultas de pré-natal falamos a importância do teste para o diagnóstico precoce das seis doenças.

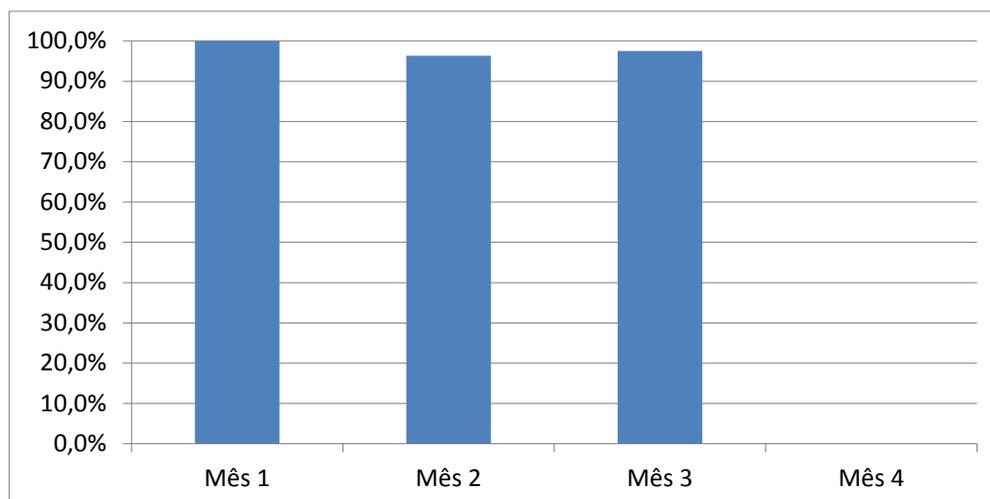


Figura 7- Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

No primeiro mês foram avaliadas 3 (42,9%) crianças de 6 a 72 meses quanto a necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram 18 (72%) e no terceiro mês 36 (100%) das crianças nessa faixa etária avaliadas, conforme mostra a figura 8. No início tivemos dificuldades porque o médico avaliou algumas crianças, mas tinha dúvidas e concebeu que neste objetivo só precisava encaminhar as crianças para a consulta odontológica, depois o objetivo foi atingido porque quando as crianças retornaram às próximas consultas foram avaliadas e o médico incorporou a avaliação da necessidade odontológica às ações da puericultura.

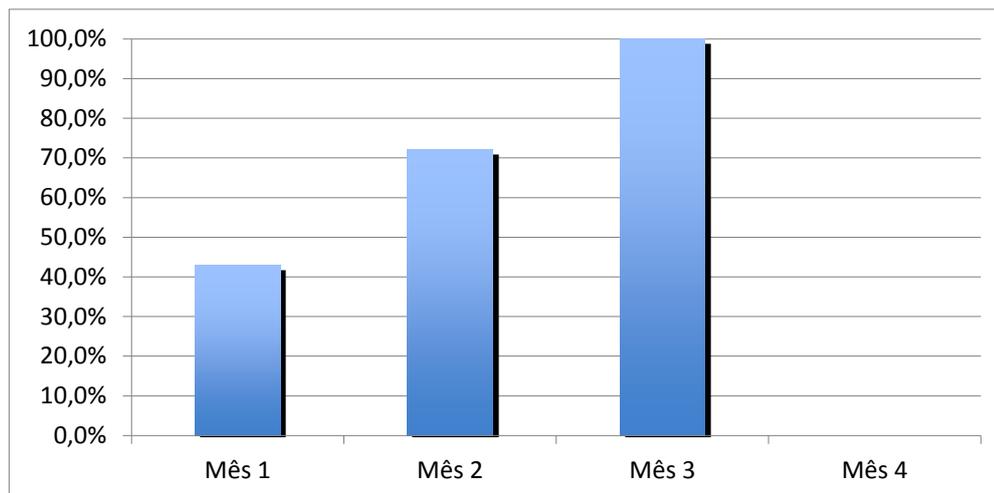


Figura 8- Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 12: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

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

Avaliando a proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica chegamos a uma cobertura de 23 (63,9%) crianças, conforme mostra a figura 9. No primeiro mês 2 (28,6%) crianças consultaram com o dentista, no segundo mês 13 (52%) e no terceiro mês 23 (63,9%) Em nossa UBS trabalhamos conjuntamente com a dentista, desenhamos como estratégia que as crianças fossem avaliadas em consulta de odontologia depois da consulta de puericultura e mesmo assim não foi possível alcançar 100% das crianças. Tivemos dificuldades ao início da implementação da intervenção porque as mães apesar de deixar a UBS com a consulta para a dentista agendada não retornavam porque acreditam que como as crianças não tem dentes com manchas pretas de cáries não precisam acompanhamento odontológico. Mães e familiares ainda não compreendem as ações para prevenção de doenças muco dentárias, escovação adequado e para a correção da mordida.

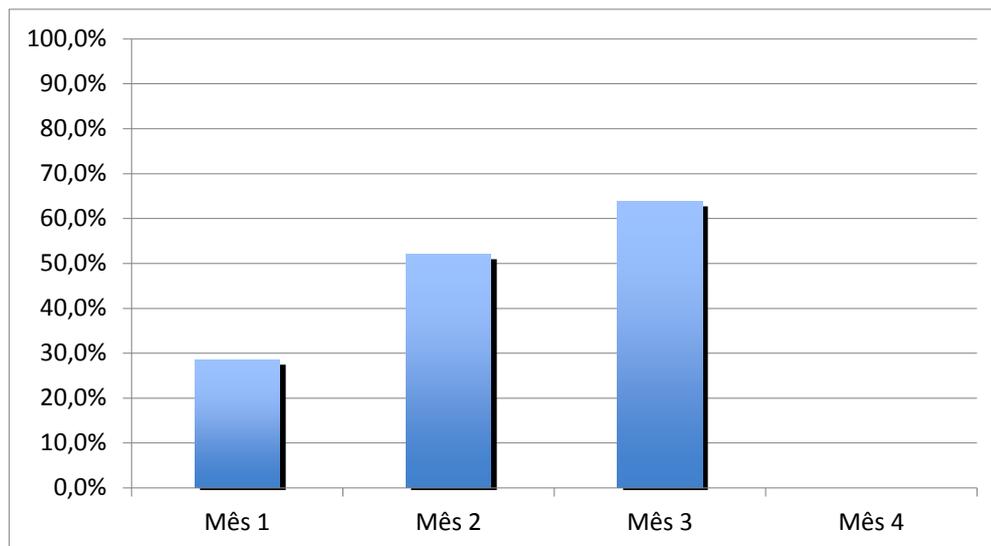


Figura 9- Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

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

Meta 13: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

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

Durante a intervenção foi realizada a busca ativa das 16 (100%) crianças faltosas às consultas programadas. A meta foi cumprida conforme Figura 10.

No primeiro mês tivemos 1 (100%) criança faltosa com busca, no segundo mês 5 (100%) e no terceiro mês 16 (100%) crianças faltosas buscadas.

A causa principal da ausência à consulta nas ultimas semana da intervenção foi a chuva porque nossas crianças moram longe da UBS e as estradas com a chuva tornam-se inacessíveis e perigosas. A importância da comunicação com os ACS é fundamental porque são avisados via telefônica das crianças faltosas e eles visitam as famílias e é agendada pela mesma via a próxima consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 14: Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Durante os três meses da intervenção a equipe conseguiu manter o registro das informações de 100% das crianças acompanhadas, sendo 8 (100%) no primeiro mês, 27 (100%) no segundo e 40 (100%) no terceiro mês. Essas informações foram

corretamente anotadas e atualizadas nos prontuários de atendimento, na caderneta de saúde e na ficha-espelho da criança. O registro de 100% das crianças foi possível, pois, o gestor fez as cópias das fichas-espelho e toda equipe foi capacitada no correto preenchimento dos dados.

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

Meta 15: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

A equipe conseguiu implantar a classificação de risco, através da avaliação clínica das crianças. Nos três meses da intervenção foram avaliadas 40 crianças (100%), sendo que no primeiro mês foram 8 (100%), no segundo mês 27 (100%) e no terceiro mês 40 (100%) crianças com avaliação de risco.

As que apresentaram situação de risco foram as crianças que depois dos 12 meses de idade não tinham acompanhamento em puericultura, as crianças com mães adolescentes com anemia ou baixo peso ao nascimento, crianças com desmame antes dos 6 meses de idade e uma criança de mãe sem estabilidade no alojamento. Logramos atingir a meta porque perguntamos às mães em todas as consultas sobre os fatores de risco isso nos permitiu implantar a classificação de risco em nossa UBS e oferecer orientações preventivas.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 16: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

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

Analisando a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância chegamos 100% das crianças avaliadas, conforme figura 10. No primeiro mês oferecemos orientações para as mães de 7 (87,5%) crianças, no segundo mês 26 (96,3%) e no terceiro proporcionamos orientações para as mães das 40 (100%) crianças. Durante o primeiro mês uma mãe ficou sem orientações porque a consulta foi fornecida pela enfermeira e esqueceu orientar à mãe sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, mas na próxima consulta de puericultura da criança no terceiro mês de implementação da

intervenção a mãe foi orientada. Agora em todas as consultas de puericultura é rotina orientar às mães sobre prevenção de acidentes na infância.

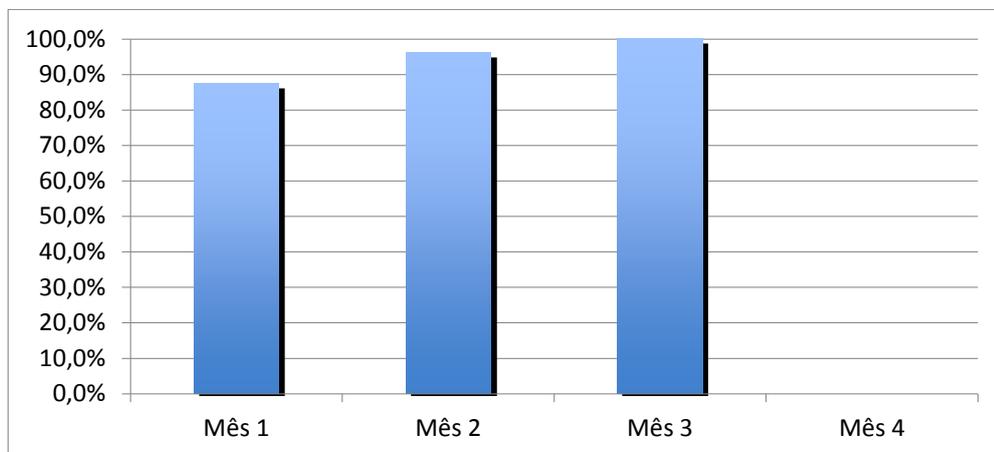


Figura 10- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 17: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

Durante os três meses da intervenção a equipe conseguiu assistir 14 crianças sendo amamentadas, sendo 3 (37,5%) no primeiro mês, 5 (18,5%) no segundo e 6 (15%) no terceiro mês (figura 11). Não foi possível alcançar 100% desta meta porque o indicador calcula para todas as crianças, independente da idade. Vale ressaltar que a totalidade de lactentes cadastrados foi visto mamando e um dos fatores que dificultaram foi o fato de muitas famílias levarem seus lactentes para acompanhamento com médico particular ou de convênio.

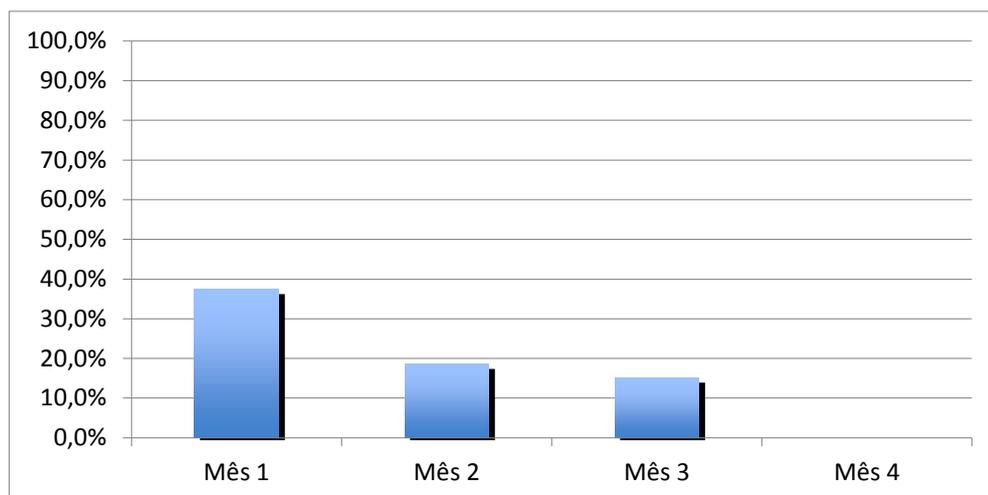


Figura 11- Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 18: 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.

Avaliando a proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária chegamos a 100% das crianças avaliadas (figura 12). No primeiro mês oferecemos orientações para as mães de 7 (87,5%) crianças, no segundo mês 25 (92,6%) e no terceiro proporcionamos orientações para as mães das 40 (100%) crianças. Durante o primeiro mês uma mãe ficou sem orientações porque a consulta foi fornecida pela enfermeira que esqueceu de orientar à mãe sobre prevenção de acidentes na infância e orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, mas na próxima consulta de puericultura da criança a mãe foi orientada. Em todas as consultas de puericultura agora é rotina oferecer às mães orientações nutricionais de acordo com a faixa etária da criança. O alcance desta meta também foi favorecido pela capacitação sobre os aspectos do protocolo e toda a equipe sente-se segura e apoiada para prestar os esclarecimentos às famílias.

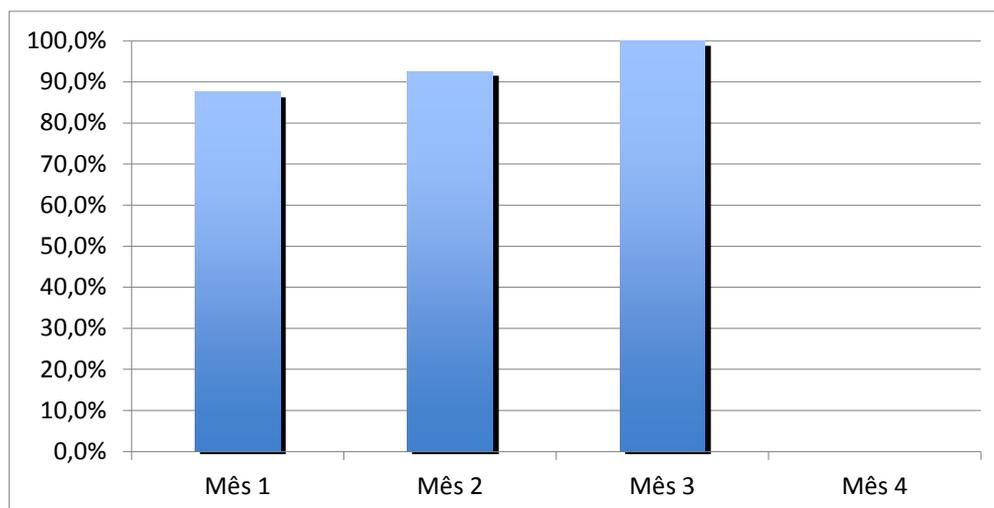


Figura 12- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 19: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

Analisando a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie chegamos a 100% das crianças avaliadas (figura 13) No primeiro mês proporcionamos orientações para as mães de 7 (87,5%) crianças, no segundo mês oferecemos orientações para as mães de 26 (96,3%) e no terceiro mês 40 (100%) crianças. Durante o primeiro mês uma mãe ficou sem orientações porque a consulta foi fornecida pela enfermeira que se esqueceu de orientar à mãe sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, mas na próxima consulta de puericultura da criança a mãe foi orientada. Agora em todas as consultas de puericultura é rotina orientar às mães sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

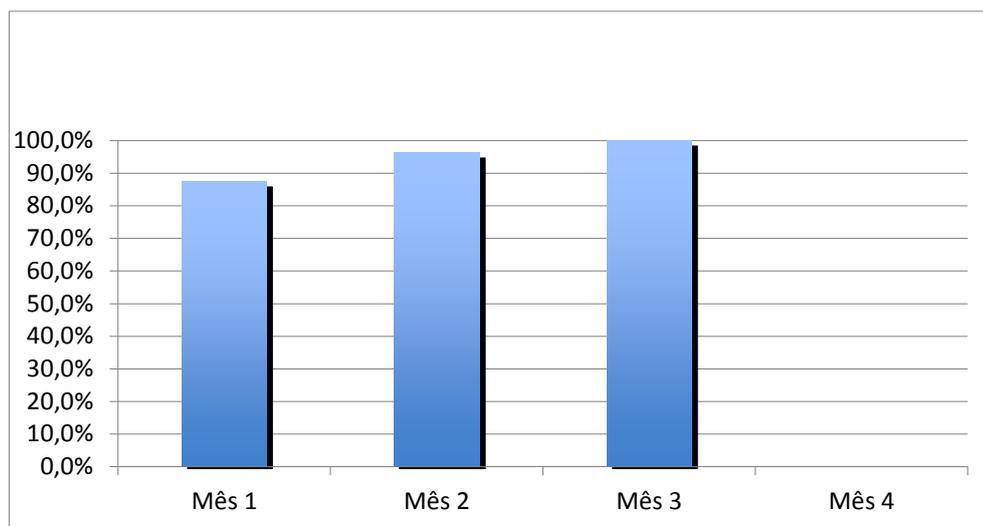


Figura 13- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na UBS São Luiz Rei - Cacique Doble-RS, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção sobre atenção a saúde da criança em nossa UBS, propiciou a ampliação da cobertura de atenção para esta população, favoreceu a criação dos registros e ao criar os registros permitiu melhor controle das crianças faltosas as consultas e a qualidade dos mesmas, propiciou melhorar a qualidade das consultas de avaliação clínica oferecendo para as mães indicações sobre alimentação saudável, importância do sulfato ferroso entre 6 e 24 meses, prevenção de cáries, alimentação das crianças de acordo à faixa etária e prevenção de acidentes conforme o desenvolvimento psicomotor.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativa ao acompanhamento e monitoramento das crianças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, enfermeira, auxiliar de farmácia e dos ACS. A cada profissional foi atribuída uma função. O acolhimento, as medidas antropométricas e o monitoramento das crianças faltosas à consulta ficaram sob a responsabilidade da enfermeira. Os ACS foram responsáveis por informar o nascimento de uma criança e agendar a primeira consulta de puericultura antes dos primeiros 7 dias por via telefônica e buscar as crianças faltosas marcando novamente a consulta e do preenchimento das fichas-espelho. O agendamento das crianças para acompanhamento pela dentista foi realizado pela auxiliar de saúde bucal e a dentista oferecia orientações sobre higiene bucal e

técnica adequada de escovação , bem como o atendimento clínico individual, caso necessário. O médico tinha a responsabilidade da consulta de puericultura oferecendo todas as recomendações estabelecidas pelo MS, avaliação do IMC para a detecção das crianças com déficit ou excesso de peso, avaliação de risco, orientações sobre alimentação saudável, identificação das crianças com vacinas atrasadas, prevenção de anemia por déficit de ferro e orientações sobre prevenção de acidentes, higiene bucal e monitoramento semanal do programa. As ações de divulgação do programa de atenção à saúde da criança foram de responsabilidade de toda equipe. Agora nossa equipe de saúde esta melhor capacitada para o trabalho com as crianças.

Isto teve um impacto na população não acostumada a ter um acompanhamento regular das crianças, a equipe adotou o acolhimento para realizar outras atividades como a atenção aos hipertensos, diabéticos, asmáticos e às gestantes.

Antes da intervenção em nossa UBS as atividades de atenção às crianças eram concentradas nos médicos. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de crianças. A melhoria do registro e o agendamento das crianças viabilizou a otimização da agenda para a atenção espontânea. A classificação de risco das crianças tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção no começo foi pouco percebido pela comunidade. As mães das crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, a população foi avisada do começo da intervenção com o desenvolvimento da mesma e divulgação pelos ACS e nas palestras nas comunidades, em nossa UBS e até agora gera pouca insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade porque muitos já conhecem o motivo desta priorização e que em breve eles serão também avaliados dentro de outros programas.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos crianças sem cobertura em nossa UBS, mas são atendidos em consulta particular.

A intervenção seria facilitada se desde o começo da análise situacional tivéssemos falado sobre as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, também faltou que a população estivesse mais informada sobre a importância do atendimento priorizado das crianças na UBS e uma articulação com a escola da

comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar .

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, temos que superar algumas das dificuldades encontradas e conseguir que todas as crianças de nossa área de abrangência compareçam à UBS, independentemente se são atendidas em consulta particular e lograr que a secretaria de saúde compre o suplemento de sulfato ferroso.

Com a incorporação da intervenção na rotina no serviço vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e com a escola em relação à importância do atendimento priorizado das crianças em especial as de alto risco, tentar resgatar o indicador sobre a proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta trabalhando com as gestantes na consulta pré-natal.

A partir do próximo mês vamos organizar o trabalho para melhorar a qualidade das consultas, ampliar a cobertura as crianças que ainda não vêm à consulta de puericultura mediante palestras nas reuniões de pais na escola e nas comunidades. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal e de atenção aos hipertensos e diabéticos.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório é uma síntese das atividades e ações que foram desenvolvidas pela equipe de ESF na unidade básica de saúde São Luiz Rei, situada na área rural no município de Cacique Doble–RS, no período de março à junho de 2015. O trabalho desenvolvido fez parte das atividades acadêmicas do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância da UFPEL (Universidade Federal de Pelotas) e UNASUS (Universidade Aberta do SUS).

O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses moradoras da área de abrangência da unidade básica de saúde. Os objetivos foram: ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, melhorar a qualidade do atendimento, melhorar a adesão das crianças ao programa, melhorar o registro das informações, mapear as crianças de risco e promover a saúde das crianças.

Para o desenvolvimento da intervenção foi elaborado um cronograma foram criadas fichas-espelho para registro das consultas, toda a equipe foi capacitada adotando o protocolo do Ministério sobre Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento do ano 2012 para a intervenção. Reservamos três vagas diárias para a consulta de puericultura e o agendamento pelos ACS via telefônica desde a casa mediante visita domiciliar das crianças faltosas para reconsulta ganhando a comunidade porque nenhuma criança é deixada sem avaliar e sem acompanhamento.

Durante a intervenção realizamos o cadastramento e acompanhamento de 40 crianças que correspondem a 77% do total de crianças moradoras da área de abrangência da Unidade de Saúde São Luiz Rei. Avaliamos as 40 crianças quanto ao crescimento e desenvolvimento, bem como a situação de vacinas. Todas as crianças avaliadas como sobrepeso ou desnutridas estão em acompanhamento e oferecemos orientações sobre prevenção de acidentes na infância, alimentação saudável, educação nutricional de acordo com a faixa etária e higiene bucal etiologia e prevenção de cáries.

Tivemos dificuldade no acompanhamento de muitas crianças porque temos várias famílias com plano de saúde, que não desejam ser atendidas na unidade básica de saúde buscam consulta particular de pediatria.

Outro obstáculo foi que desde o início tivemos problema com o fornecimento do sulfato ferroso para as crianças entre 6 e 24 meses. O suplemento deveria ter sido fornecido pela secretaria de saúde, mas nunca foi provisionado, portanto precisamos solicitar aos pais a compra.

A intervenção trouxe como consequências a melhora na qualidade do acolhimento e do atendimento às crianças e suas famílias permitiu a equipe acompanhar e avaliar as crianças de acordo com o seu risco, melhorar o registro das ações realizadas e implementar a coleta de dados. Nossas ações continuam e estamos próximo ao cadastramento da totalidade das crianças de nossa área.

Acredito que com a consolidação do programa de puericultura na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de crianças com realização de primeira consulta antes dos 7 dias de vida aumente com o controle e educação das gestantes e a visita domiciliar às puérperas e recém nascidos na primeira semana de vida. Todas estas consultas foram realizadas em visita domiciliar pelos ACS e enfermeira, no início da intervenção nenhum lactante foi acompanhado na UBS, mas

com o trabalho conjunto dos ACS com o padre da igreja e a comunidade agora cinco lactantes são acompanhadas em consulta de puericultura em nossa UBS.

Muitas consultas foram agendadas via telefônica pelos ACS desde a casa das famílias com crianças, O padre da igreja também ajudou oferecendo apoio na divulgação da importância do programa para a saúde das crianças provando a importância da comunidade nas ações de saúde como parte do engajamento público.

Tivemos dificuldade para realizar a triagem auditiva porque o contrato com o Hospital de Sananduva para realizar o exame foi suspenso com a alegação de que não há pessoal qualificado para fazer o teste. No presente momento a secretaria de saúde conseguiu resolver a problemática realizaram a triagem auditiva 29 crianças das 40 cadastradas para 72,5% do total. A comunidade ganha porque este teste é importante para detecção precoce da surdez doença que afeta desenvolvimento da aprendizagem.

Trabalhamos conjuntamente com a dentista, desenhamos como estratégia que as crianças fossem avaliadas em consulta de odontologia depois da consulta de puericultura e foi possível alcançar 23 (63,9%) crianças. Tivemos dificuldades ao início da implementação da intervenção porque as mães apesar de deixar a UBS com a consulta para a dentista agendada não retornavam porque acreditam que como as crianças não tem dentes com manchas pretas de cáries não precisa acompanhamento odontológico. Mães e familiares ainda não compreendem as ações para prevenção de doenças dentárias, escovação adequado e para a correção da mordida.

A intervenção está incorporada à rotina do serviço, todas as semanas fazemos avaliação da qualidade da atenção proporcionada às crianças, nossa equipe esta integrada e continua trabalhando para o cadastramento de 100% das crianças, a secretaria de saúde cumpre com o tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” da VI Conferência Municipal de Saúde e o município cumpre com o lema ou slogan “Nossa gente, nossa responsabilidade”.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Neste relatório vamos apresentar o projeto desenvolvido durante 12 semanas em nossa UBS de São Luiz Rei onde trabalho como médico do Programa Mais Médico para o Brasil. Nosso objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses de idade moradoras da nossa área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São Luiz Rei do Município de Cacique Doble – RS.

Nossa equipe de Saúde da Família atende 429 famílias, uma população rural de 1.286 pessoas. Anteriormente a Unidade Básica de Saúde não oferecia serviço médico e as pequenas ações de puericultura eram realizadas enfermeira e as crianças eram acompanhadas pelos ACS através da visita domiciliar, no começo foi difícil porque as mães costumavam ir à consulta somente quando as crianças estavam doentes e não entendiam a importância da puericultura.

A partir da análise situacional da estrutura e dos processos de trabalho na unidade de saúde percebemos que havia necessidade de organizar as ações de puericultura, principalmente porque as crianças maiores de 1 ano não tinham acompanhamento. A equipe foi capacitada conforme o protocolo de atendimento às crianças proposto pelo Ministério da Saúde. A comunidade agora conta com uma equipe de saúde melhor capacitada para oferecer a atenção às crianças e o município ganha porque com nosso trabalho diminuem as consultas com os pediatras e nos serviços de urgência e emergências no plantão do hospital. Nossa equipe de Saúde da Família atende 429 famílias, uma população rural de 1.286 pessoas. Anteriormente a Unidade Básica de Saúde não oferecia serviço médico e as pequenas ações de puericultura eram realizadas enfermeira e as crianças eram acompanhadas pelos ACS através da visita domiciliar, no começo foi difícil porque as mães costumavam ir à consulta somente quando as crianças estavam doentes e não entendiam a importância da puericultura.

Para o desenvolvimento da intervenção foi elaborado um cronograma, foram criadas fichas-espelho para registro das consultas, toda a equipe foi capacitada adotando o protocolo do Ministério sobre Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento do ano 2012. Reservamos três vagas diárias para a consulta de puericultura e o agendamento pelos ACS via telefônica desde a casa mediante visita domiciliar das crianças faltosas para reconsulta ganhando a comunidade porque nenhuma criança é deixada sem avaliar e sem acompanhamento.

Durante a intervenção realizamos o cadastramento e acompanhamento de 40 crianças que correspondem a 77% do total de crianças moradoras da área de abrangência da unidade de saúde São Luiz Rei. Avaliamos as 40 crianças quanto ao crescimento e desenvolvimento, bem como a situação de vacinas. Todas as crianças avaliadas como sobrepeso ou desnutridas estão em acompanhamento e oferecemos orientações sobre prevenção de acidentes na infância, alimentação saudável, educação nutricional de acordo com a faixa etária e higiene bucal etiologia e prevenção de cáries.

Tivemos dificuldade no acompanhamento de muitas crianças porque temos várias famílias com plano de saúde, que não desejam ser atendidas na unidade básica de saúde buscam consulta particular de pediatria.

Outro obstáculo foi que desde o início tivemos problema com o fornecimento do sulfato ferroso para as crianças entre 6 e 24 meses. O suplemento deveria ter sido fornecido pela secretaria de saúde, mas nunca foi providenciado, portanto aproveitamos a oportunidade para solicitar a aquisição do suplemento evitando as consequências da anemia nas crianças.

A realização da triagem auditiva foi prejudicada porque o contrato com o Hospital de Sananduva foi suspenso com a alegação de que não há pessoal qualificado para fazer o teste. Realizaram a triagem auditiva 29 (72,5%) crianças das 40 cadastradas. No presente momento a secretaria de saúde conseguiu resolver a questão e a comunidade ganha porque este teste é importante para detecção precoce da surdez doença que afeta desenvolvimento da aprendizagem.

Nossas comunidades não tinham um médico fixo anteriormente e agora a população está muito satisfeita por termos modificado nosso horário e proporcionado melhoria no acesso ao nosso serviço. Atualmente trabalhamos na formação do Conselho Local de Saúde das Comunidades realizando palestras, visitando as comunidades, reuniões para educação e promoção da saúde, entre outros temas.

Para nenhum médico cubano é difícil trabalhar nas áreas rurais de um país, porque estamos acostumados trabalhar em áreas afastadas de difícil acesso, mas a mudança de hábitos e costumes enraizados há séculos em uma população é um grande repto, mas quanta alegria alcançar a implementação de um programa de saúde na área de abrangência de nossa UBS. Ao final a população fica bem assistida com uma equipe melhor preparada e o município ganha na qualidade dos serviços médicos.

Agora a comunidade ganha porque as crianças tem acompanhamento, no mesmo dia, em consulta de puericultura e odontológica.

A aplicação do projeto de intervenção e todas as ações realizadas foram importantes e de impacto para a comunidade que é a maior beneficiário. A introdução e uso dos protocolos fornecidos pelo Ministério de saúde para a atenção das crianças na atenção primaria melhorou a qualidade na atenção de nossas crianças.

A intervenção esta incorporada à rotina do serviço, todas as semanas fazemos avaliação da qualidade da atenção proporcionada às crianças, nossa equipe esta integrada e continua trabalhando para o cadastramento e acompanhamento de todas as crianças.

A comunidade pode nos ajudar nesta tarefa tendo como um ponto de discussão nas reuniões comunitárias a importância da puericultura, a assistência das crianças às consultas, apoiando à equipe com a busca das crianças faltosas e falando a necessidade de fazer das consultas de puericultura um hábito, um costume.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No começo do curso tinha duas expectativas: a primeira a educação a distância (EaD), técnica muito inovadora que os médicos cubanos não estão acostumados. Estamos acostumados a troca de professor-aluno, mas durante o desenvolvimento do trabalho o curso permitiu não estar afastados da Atenção Primária de Saúde, tivemos acesso à Internet com diferentes formatos educativos (vídeos, documentos PDF entre outros) e transferi-los para um estudo mais aprofundado e incorporação à prática diária, a educação a distância propiciou interagir com nossa orientadora e nossos colegas do curso. A outra expectativa em relação à implementação das ações da intervenção após o término do curso e do contrato de estudo e trabalho. Acredito que a população sente-se melhor atendida e nosso trabalho está incorporado à rotina do serviço e terá continuidade.

No plano pessoal o curso de especialização foi e é um repto devido a vários fatores: enfrentar pela primeira vez a língua portuguesa, a nova metodologia da educação a distância da UFPEL, tive que me adaptar aos sistemas de saúde do Brasil que são diferentes dos nossos. Estudando o curso de especialização estou falando com maior fluidez e estou começando a dominar a ortografia e gramática do português, novamente adquiri hábito de estudo, o curso aumentou meus conhecimentos sobre a realidade da saúde no contexto rural, senti o apoio da maioria dos integrantes da equipe, todos colaboraram com a intervenção e os agentes de saúde ganharam meu respeito e consideração. Foram muitas noites de estresse durante o desenvolvimento das tarefas semanais, mas com a ajuda incondicional de minha orientadora coautora deste TCC nosso trabalho ficou pronto.

Entre os aprendizados mais relevantes decorrentes durante o curso foram os casos clínicos importantes que permitiram minha capacitação, os estudos de prática clínica levaram-me para a revisão bibliográfica atualizando minhas informações científicas, aprendi a planejar, organizar e desenvolver estratégias e ações através

da metodologia fornecida pela UFPEL com grande importância, pois, permitiu oferecer uma assistência médica de melhor qualidade. Agora me sinto mais capacitado para oferecer uma melhor atenção às crianças de minhas comunidades.

Ao terminar este curso fico sem o medo inicial sem as dúvidas e me sinto animado e qualificado para continuar trabalhando com outros grupos populacionais. As estratégias, metodologias e organização do trabalho ficam comigo para enfrentar futuros reptos em minha vida profissional.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno nº33, Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- 2- Consulta Pública - "Portaria-Diretrizes Brasileiras da Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde"
http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/index.php?modulo=display&sub=dsp_consulta

Anexos

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL