

**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 das Crianças de 0 à 72 meses na UBS 14
de Março, Canguçu- RS**

Elizabeth Marquez Mussi

Pelotas, 2015

Elizabeth Marquez Mussi

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 à 72 meses na UBS 14
de Março, Canguçu- 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**

M989m Mussi, Elizabeth Teresa Marquez

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 à 72 Meses na UBS 14 de Março, Canguçu- RS / Elizabeth Teresa Marquez Mussi; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pacientes, ao meu filho que me acompanhou e enfrentou com coragem o desafio de mudar de país, aos meus pais que ajudaram nesta profissão que amo e hoje estão longe, a Cristina Bossle, minha orientadora que acompanhou cada etapa deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço ao Brasil por ter nos acolhido;

Ao Ministério da Saúde e SUS pelo apoio e dedicação na melhoria da saúde da sua população;

À UFPEL departamento de Medicina Social pelo curso;

À Cristina Bossle, nossa dedicada supervisora pelo apoio científico e humano.

Resumo

MUSSI, Elizabeth Marquez. **Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 à 72 meses na UBS 14 de Março, Canguçu- RS** Ano 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Puericultura é uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. A puericultura se baseia numa "conexão vertical" dentro dos serviços de saúde, envolvendo todos os profissionais, associada a uma "conexão horizontal" com os programas comunitários de creches, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública sendo o responsável por coordenar esta rede de atenção à criança o pediatra, e o médico de família, pela sua capacidade de atuar em todo o espectro dos cuidados de saúde, do diagnóstico até todas as formas de tratamento. Estimativas do VIGITEL apontam para um número de 200 crianças com idades entre 0 e 72 meses na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde 14 de março do município de Canguçu. A população do quarto distrito de Canguçu, não tinha o hábito de levar as crianças para atendimento de puericultura, pois este serviço não existia, a inquietude de realizar um trabalho neste sentido foi conscientizar a população sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Procurando estabelecer a rotina de acompanhamento em crianças saudáveis e as ações de puericultura, garantindo que cresçam e se desenvolvam de forma saudável, o objetivo geral de intervenção foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, ampliando a cobertura da atenção e melhorando a qualidade do atendimento. A metodologia baseou-se no cadastramento das crianças com base no programa saúde da criança, adotamos o manual técnico de saúde da criança do Ministério da Saúde, 2012. Utilizamos a ficha espelho e as planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso da UFPEL. Foram 52 crianças inscritas no programa de saúde da criança, de um total de 200 crianças de 0 a 72 meses moradoras na área de abrangência das unidades, o que corresponde a 26% de crianças cadastradas, no período de 12 semanas de intervenção, das quais, se avaliou crescimento e desenvolvimento em todas elas, estão em acompanhamento 100% das crianças com excesso e déficit de peso, 100% apresentam vacinas em dia, todas as crianças de 6 a 24 meses estão recebendo suplementação de ferro, todas foram avaliadas em relação a necessidade de atendimento odontológico, e receberam informação sobre prevenção de acidentes, nutrição correta e higiene bucal. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde das crianças, hoje a equipe está firme para continuar o trabalho. A puericultura oferecida no interior rural do município é muito importante, pois as mães abandonam o acompanhamento das crianças com o pediatra pelo fato de ser difícil ir à cidade ao posto central, a partir da intervenção podem dar continuidade ao acompanhamento e melhorar a qualidade de vida das crianças.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de crianças cadastradas na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	59
Figura 2	Gráfico de proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	60
Figura 3	Gráfico de proporção de crianças com excesso de peso monitorado na UBS Quatorze de Março - Canguçu-RS, 2015.	62
Figura 4	Gráfico de proporção de crianças com vacinação em dia para idade na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	63
Figura 5	Gráfico de proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	64
Figura 6	Gráfico de proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	65
Figura 7	Gráfico de proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	67
Figura 8	Gráfico de número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno e Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CM	Câncer de Mama
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2. Relatório da Análise Situacional	12
1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1. Justificativa	22
2.2. Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	46
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.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	70
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	73
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	75
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências.....	80
Anexos.....	81

Apresentação

Apresentamos o trabalho de puericultura realizado no quarto distrito de Canguçu. O objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses moradoras da área de abrangência da UBS 14 de março no município de Canguçu no estado do Rio Grande do Sul.

A análise situacional, descrita no capítulo 1, teve início com o reconhecimento do município, território, equipe, instalações físicas, materiais e insumos, atribuições dos profissionais e como estava a atenção em cada linha de cuidado. A partir dela, foi escolhido o tema para elaboração de um projeto de intervenção.

O capítulo 2 abrange a análise estratégica, visa à organização de objetivo, metas e metodologia a serem aplicadas para a ação escolhida como prioritária. Juntamente com isso, organizam-se as ações propostas, indicadores e um cronograma para contemplar todas as atividades.

O capítulo 3 é composto pelo relatório da intervenção, com a abordagem das ações que foram ou não realizadas, visando avaliar as melhorias obtidas no serviço e as dificuldades encontradas. Além disso, infere a possibilidades de incorporações das atividades realizadas a rotina do serviço.

No capítulo 4 realiza-se uma apresentação da intervenção, contendo uma análise e discussão dos resultados, através da exposição de gráficos, junto a um relatório para o gestor e comunidade.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é desenvolvida no capítulo 5. Por fim, apresentam-se as referências e anexos que deram suporte a este trabalho.

1 Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A população atendida na UBS onde atuo é em sua maioria, rural. A atividade econômica principal é a agropecuária e plantação de fumo.

O município encontra-se dividido em cinco distritos, estando muito distantes um do outro, e cobrindo uma extensão grande de território cada um deles, no meu distrito mora uma população de 4.015 habitantes, (segundo censo do IBGE 2010) muitos deles são descendentes de alemães. Existe uma população de jovens que não pode continuar os estudos e trabalha nas terras dos pais, a realidade destas famílias é que são de baixos recursos e moram longe com difícil acesso a escolas, o que faz impossível a continuidade dos estudos, somado ao fator cultural pois alguns que sim tem os meios, não estimulam os estudos dos filhos pois acham que não é importante. Também existe uma população expressiva de pessoas que não sabem ler e escrever (ainda não tenho números, estatísticas).

A população vive em três tipos de comunidades: quilombola, agricultores e assentados. A relação com os moradores é muito boa e fui muito bem recebida por todos eles.

Somos cinco médicos dentro do Programa que cuidamos da saúde da população, cada um de nós atende num distrito diferente. E dentro desse distrito atendemos em quatro diferentes, nos deslocamos desde o centro da cidade a equipe toda, enfermeiro, dentista e os médicos, cada dia, em dois dos postos eu vou de quinze em quinze dias, alternando-os. A atividade programática foi desenvolvida na unidade 14 de março destinada a ser ESF no futuro. A mesma funciona a modo de unidade central desde onde daria se cobertura a todo o distrito, e assim foi

organizado o trabalho, considerando a todas as crianças da área de abrangência das unidades centralizada nesta unidade.

Com esta forma de trabalho está sendo difícil aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) Atenção primária a Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pois é muito difícil o seguimento dos usuários, indo a cada lugar uma vez na semana. A maioria dos mesmos são portadores de doenças crônicas: Hipertensão arterial sistêmica (HAS): 793 diabetes: 255, segundo dados do IBGE, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença de Chagas, e patologias psiquiátricas de manifestação variada (principalmente depressão).

Em relação aos usuários portadores de transtorno mental somos nós que captamos e medicamos o paciente tentando melhorar a qualidade de vida, pois o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) está atendendo com capacidade máxima e não conta com atendimento de médico psiquiatra. Os usuários usam múltiplos medicamentos há muitos anos e não temos no serviço um histórico prévio, com consultas de especialistas (cardiologista, por exemplo) que ajude a planejar novo tratamento ou a fazer mudanças, pelo menos por enquanto.

As crianças não realizam consultas de rotina na UBS, as mães não tem o hábito de frequentar a UBS para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos, prevenção e educação em saúde. Quando uma criança consulta por qualquer doença, eu aproveito para ressaltar os aspectos de alimentação, higiene, prevenção de doenças crônicas ou transmissíveis, mas acontece que solucionada a enfermidade em curso, as mães não voltam mais.

Não é possível por enquanto fazer visitas domiciliares, com exceção de algum caso muito necessário, pois a demanda em consultas é grande, as distâncias também, e uma visita domiciliar seria feito no lugar do atendimento numa UBS onde é o único dia de atendimento da semana. Não temos agente comunitário de saúde (ACS). Pela mesma razão não fizemos ainda grupos de hipertensos, diabéticos, nem palestras.

A estrutura das quatro unidades é diferente, porém em nenhuma delas há sala de reuniões e uma delas é uma unidade móvel. Uma delas será no futuro a UBS central do distrito, mas, nos informaram que primeiro passará por reforma.

Nas UBS não há meios de comunicação (telefone ou internet), caso seja necessário transferir um paciente ao hospital, pedimos a algum vizinho ou familiar

para levar ele, às vezes, levamos no carro da prefeitura, mas não temos como chamar a ambulância.

Os usuários têm acesso a maior parte dos medicamentos que necessitam na própria UBS, caso não haja na UBS precisam buscar na farmácia central do município ou adquirem em farmácia privada.

O Programa Mais Médico (PMM) (programa do governo destinado a melhorar a cobertura em saúde da população) é novo em Canguçu, estamos trabalhando juntos para melhorar a situação de saúde do município, cada um de nós conforme as possibilidades e atribuições específicas. Tenho certeza que vamos melhorar todos os serviços de saúde nas UBS, sendo a ESF uma proposta de esperança para todos, usuários e profissionais da saúde, que sonhamos com uma saúde melhor, igualitária, de qualidade e humanitária para todos.

1.2. Relatório da Análise Situacional

A população de Canguçu é de 53.256 habitantes, segundo o censo do IBGE, 2010, a maior parte dos habitantes mora na zona rural, sendo o município considerado o maior minifúndio do Brasil, conta com uns quatorzes mil minifúndios. A população vive em três tipos de comunidades: quilombola, agricultores e assentados. A relação com os moradores é muito boa, e fui muito bem recebida por todos eles. O município se divide em cinco distritos. Nossa equipe atua no 4º distrito, composto por cinco UBS, a unidade básica mais próxima fica a 50 km da cidade. A equipe trabalha de forma itinerante e todos os dias nos deslocamos até a unidade com o carro da saúde, levando conosco os materiais e medicações, as vacinas em época de campanha, prontuários, materiais de limpeza, material de odontologia para esterilizar na cidade, lixo contaminado, etc.

Quanto à cobertura em saúde, há 17 UBS distribuídas pelo interior, 5 locais onde o atendimento é realizado em Unidade Móvel de Saúde (serviço que está suspenso por que a unidade esta estragada aguardando conserto). Há quatro UBS destinadas a serem ESF, das quais só uma tem equipe completa e estrutura para tal função, as outras funcionam com atendimento do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), mas ainda não tem pessoal e estrutura suficientes.

Em relação a atenção especializada existem alguns serviços como Fisioterapia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Serviço de Epidemiologia e Controle de Doenças Transmissíveis, vacinas, laboratório de análises clínicas, RX, ultrassom e ECG. Há também um hospital, uma Unidade de pronto Atendimento (UPA), pronto socorro e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Consultas especializadas e outros exames devem ser realizados fora do Município e os usuários são levados pela própria secretaria da saúde. Não contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Hoje a equipe está formada por uma técnica em enfermagem, uma médica de família vinculada ao PMM, e o motorista. Não temos vinculação com as instituições de ensino. A equipe atua como unidade de saúde tradicional, sendo necessário para o atendimento na modalidade ESF termos a equipe completa, do contrário não é possível implantar serviço de ESF, estando a equipe super exigida de trabalho devendo distribuir o tempo entre, a demanda espontânea, a demanda agendada, atividades educativas e de promoção em saúde, visitas domiciliares entre outras, além do mais sendo que a equipe atende uma vez por semana em cada sub-região, não é possível fazer ESF. Com esta forma de trabalho está sendo difícil aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária em Saúde (APS) e da ESF. Pois é muito difícil o seguimento dos pacientes, indo a cada lugar uma vez na semana. A maioria dos pacientes são portadores de doenças crônicas: HAS, diabetes, DPOC, doença de Chagas, e patologias psiquiátricas de manifestação variada (principalmente depressão).

Necessitamos de ACS e psicólogo, para dar apoio ao trabalho da equipe na comunidade. Não temos enfermeiro o que dificulta o trabalho.

Quanto à estrutura física, as unidades de atendimento contam com recepção que se situa juntamente com a sala de espera. Todas possuem sala para médico e dentista e só algumas com sala para exames e enfermaria. Uma das unidades não possui cozinha nem sala para exames. Uma das UBS foi escolhida por assembleia da comunidade para abrigar a sede de ESF a ser implantada pela secretaria de saúde. Os atendimentos nesta Unidade se fazem da melhor forma possível dentro das limitações estruturais, tem dois banheiros, um para funcionários e outro para os pacientes, nenhum deles equipado para pacientes com deficiência, sendo que o da equipe é também o depósito de materiais de limpeza, uma sala de espera que fica

junto à recepção, possui um consultório médico, um consultório odontológico e também a sala do enfermeiro que é utilizada também para exames, curativos e armazenamento das medicações e vacinação em época de campanha. As vacinas não podem ser guardadas nos postos, pois a falta de luz na região é frequente. Contamos com uma cozinha com fogão e geladeira. No consultório odontológico não tem mesa de escritório, o material utilizado é lavado em uma pia afastada do equipo e não tem acionamento com pedal. O compressor de odontologia, esta na cozinha.

A unidade não tem estrutura para atender usuários com deficiência, corrimãos, cadeirantes, idosos. Casos de urgência são atendidos prioritariamente, mas não temos equipamento algum para tratar um caso de emergência. Não temos comunicação de telefone, nem internet, pelo qual se faz muito difícil o trabalho nestes casos, pois não temos como nos comunicar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), devendo levar o usuário no carro da secretaria ou algum vizinho até a cidade sem as mínimas condições de traslado de paciente grave ou instável. A falta de comunicação afeta até as transferências simples ao hospital, pois não temos como nos comunicar com outros serviços. Realizamos reuniões com gestores de saúde, apontando as dificuldades, mas ainda não há soluções para a maioria das demandas.

Isto afeta diretamente o atendimento da população, quem é acolhida da melhor forma possível por parte da equipe dentro das limitações próprias de estrutura e pessoal.

A equipe faz acolhimento à demanda espontânea e demanda agendada. Todos os usuários são acolhidos e tem sua demanda resolvida da melhor forma, seja em atendimento médico ou aconselhamento. Ainda não conseguimos realizar visitas domiciliares frequentes aos usuários que necessitam por falta de pessoal.

A população da área de abrangência é de 4.015 pessoas, das quais 3166 têm 15 ou mais anos, 1240 são mulheres de 10 a 59 anos, 60 são gestantes, 546 são idosos, e 48 crianças menores de um ano, o restante está distribuído nas outras faixas etárias. O número de habitantes é maior do que a capacidade de atendimento da equipe. Ainda temos o agravante de trabalhar em uma grande extensão territorial nos deslocando pela área de cobertura e realizando atendimento em 6 regiões diferentes a cada dia.

Estamos tentando organizar o processo de trabalho para conciliar a demanda espontânea, as ações programáticas e as visitas domiciliares. Aproveitamos os dias

de vacinação nas escolas para realizar ações educativas como palestras, escovação dental supervisionada, etc. Estamos realizando grupos de hipertensos, diabéticos e idosos, com objetivo de melhorar a qualidade de vida, incentivar hábitos saudáveis e acompanhar o processo de territorialização fazendo um contato mais próximo com a população, o que vai permitir maior confiança e melhora no acolhimento.

A equipe esta se organizando para as ações de educação em saúde, procurando afastar a ideia de educação em saúde como uma prática de imposição de condutas, sobretudo numa população como a que estou trabalhando, de moradores da campanha, com práticas impostas de geração em geração, e muitas vezes vindas da Europa, longe da realidade do sul da América com costumes próprios, sendo difícil que adotem hábitos novos sem a devida explicação, e educação.

Referente á saúde da criança há uma grande preocupação comparando os números do Caderno de Ações Programáticas (CAP), em relação aos números de atendimento de crianças em nossas UBS. Segundo o CAP, existe um numero de 48 crianças menores de um ano de idade, 96 crianças com menos de 5 anos de idade, e 543 com 5 a 14 anos.

Nossos registros, baseados nos prontuários de atendimento apontam que somente duas crianças menores de um ano, são atendidas em nossas unidades, e a captação surgiu á partir de consultas por doenças agudas (febre, otite, urticária), a partir do qual conquistei a confiança das mães para que tragam seus filhos para acompanhamento apesar de não estar doentes.

Analisando a caderneta de saúde da criança e os registros do crescimento temos os dados de um controle adequado á idade, o acompanhamento até agora foi realizado na cidade, com pediatra, a partir de agora serão feitos por nós na unidade. A vacinação está em dia.

Uma das possíveis causas para o baixo acompanhamento das crianças nas UBS do distrito poderia ser o fato de que as unidades não tinham médico, e as mães precisavam buscar atendimento na cidade. Outro fator que poderia estar influenciando é o fato que a população no distrito é majoritariamente idosa, sendo colonos que vieram a povoar estas regiões, e ficaram aqui, ocupando suas terras. Muitos deles não escrevem nem lêem em português, e se comunicam no dialeto “pomerano”. Os jovens têm poucas opções na região, e no seu futuro vem o mesmo: trabalhar na

lavoura dos pais e avós. Os que têm possibilidade de escolher vão embora para estudar ou trabalhar nas cidades em procura de outros horizontes.

As mães não têm na sua cultura o hábito de levar as crianças para atendimento quando estão sadias. Levando-as somente em situação de enfermidade. Quando chegam para atendimento peço a caderneta de saúde, mas, na maioria das vezes não trazem. Desta forma inicio o acolhimento tentando ganhar a sua confiança, aproveitando a consulta para fazer puericultura, educação, prevenção de acidentes, alimentação, higiene, enfim, toda a rotina de atendimento. Porém, muitas vezes, elas se mostram desconfortáveis frente a tantas perguntas. Então tento agendar uma próxima consulta para a seguinte semana, tendo como desculpa o controle da doença em curso, mas com a melhora dão quadro elas não retornam.

Uma de nossas atividades programadas é ir às escolas e informar aos professores que o serviço de controle das crianças esta sendo realizado nas unidades, assim fazer extensiva a informação as mães por meio de comunicado escrito. Nas escolas que tem reunião de pais coordenarem uma visita da equipe para dar esta informação diretamente.

Sendo a população de gestantes e recém-nascidos muito pequena, planejamos fazer busca ativa para iniciar a puericultura no domicilio. Outra atividade que temos programado são as visitas domiciliares, pensamos reservar um dia na semana para cada uma das regiões de abrangência de cada unidade para visitas domiciliares em aqueles domicílios que têm crianças e adolescentes.

Em relação ao atendimento de pré-natal e puerpério pode-se considerar que a estimativa do CAP esta de acordo com a realidade, pois, há na área de abrangência 1.240 mulheres em idade fértil. Porém, o número de gestantes não coincide com os dados que temos. Segundo estimativa seriam 60 gestantes e atualmente há 6 gestantes. Não há atendimento de pré-natal em nossas UBS, pois, elas preferem atendimento na cidade e argumentam a escolha pelas facilidades de realização de exames e consultas com especialistas. Temos disponível na UBS o protocolo de atendimento ao Pré-natal do ministério da saúde e como estratégia para atendimento desta população estamos trabalhando com a livre demanda, onde todas as gestantes têm prioridade de atendimento. Realizamos o acolhimento, cadastramento e realizamos as ações conforme preconiza o manual técnico.

Analisando os fatores requeridos para um correto acolhimento das gestantes na UBS, em primeiro lugar não podemos garantir as seis consultas mínimas de controle da gestação, pois o fato de ir um dia a cada posto faz com que não possamos organizar um dia para esta atividade. Assim a gestante deveria agendar a próxima consulta e se não comparecer deverá esperar uma semana para o próximo atendimento.

Temos programado também captar as gestantes da região de abrangência para visitas domiciliares, controle das carteiras, vacinas, consulta odontológico e detecção de fatores de risco, com vistas a sua correção, independentemente de estar realizando o acompanhamento na cidade. Também faremos atividades educativas com o grupo de mulheres em idade fértil, com temas sobre métodos anticoncepcionais, gravidez, puericultura, medicação, hábitos, drogas, alimentação, etc

Quanto à prevenção de câncer de colo de útero e mama, em nossas unidades não coletamos amostras citopatológicas, pois a equipe não tem enfermeira, nem espaço físico disponível para tal atividade. Conseguimos superar esta dificuldade, referenciando a usuária para realizar o exame na UBS da cidade. Orientamos que elas tragam os resultados para serem registrados nas UBS. Não temos na equipe um dia de atendimento de ginecologista, portanto precisamos referenciar as pacientes a cidade novamente em caso de necessidade de ginecologista. E é neste momento que o tratamento em tempo oportuno, se vê dificultado, pois, a paciente fica numa lista de espera para serem atendida pelo ginecologista. Desta forma não se cumpre a integralidade e equidade no atendimento das usuárias.

Em relação às linhas de cuidado de Câncer de Mama (CM), a equipe esta organizada enquanto á prevenção, falamos com as pacientes enquanto aos riscos associados a terapias reposição hormonal, fatores de risco e fatores protetores como amamentação e prática de exercício físico, alertamos enquanto a consultar rapidamente frente às primeiras sinais e sintomas, realizamos exame fisco de mamas em todas as pacientes, e ensinamos ao mesmo tempo a como devem fazer elas mesmas. Nas Unidades se faz a solicitação de exame de mamografia que são realizados na cidade, e logo após temos as mesmas dificuldades enquanto a transferência caso haja necessidade de especialistas. O mesmo acontece em caso positivo, a falta de equipe multidisciplinar com psicológicos assistentes sociais para

acompanhamento e suporte das pacientes. A orientação enquanto a prevenção é realizada para 100% das usuárias atendidas.

Temos programadas campanhas de informação, boletins, e palestras na população para melhorar a cobertura do serviço de controle e prevenção do câncer de colo de útero e mamas. O controle do tabagismo é um dos alvos a serem atingidos, sendo que a maior parte da população se dedica à produção de fumo, têm uma alta prevalência de mulheres fumantes.

Devo ressaltar que todas as atribuições dos profissionais no controle destes cânceres, que envolvem atividades de prevenção, promoção, tratamento, e reabilitação são feitas pela equipe (médico, técnica em enfermagem e dentista). Toda a equipe tem conhecimento das ações de controle destes cânceres e possuímos na UBS o manual técnico e seguimos um protocolo de atendimento. Estamos organizando os registros e prontuários com certa dificuldade em virtude de nos deslocarmos de uma unidade a outra transportando os prontuários.

A cobertura dos pacientes com HAS e DM na zona da abrangência de nossas unidades ainda é baixa, não conseguimos atingir 100% de usuários cadastrados. Um dos motivos para esta falta é o fato do atendimento estar sendo feito em cinco UBS diferentes, também as dificuldades de acesso e transporte, desta forma muitos usuários só buscam atendimento quando estão doentes, transformando as consultas de controle em pronto atendimento, na maioria dos casos.

Porém os casos que atendemos nas unidades atingimos 100% nos indicadores de qualidade, com investigação de fatores de risco, educação em saúde para correção de hábitos inadequados, e prevenção de doença crônica por lesão de órgãos alvos.

Para atingir 100% de cobertura e realizar o atendimento clínico nos usuários com consultas atrasadas, programamos estabelecer duas consultas agendadas por dia para hipertensos/diabéticos.

Os grupos de hipertensos e diabéticos, vão ser realizados no turno da tarde, um grupo por UBS ao mês. Até o momento conseguimos reuniões de equipe uma vez no mês para cada unidade, pois como já foi analisada, a equipe esta incompleta e sobrecarregada de trabalho. Quanto a prevenção primária, a estratégia esta dirigida a grupos de risco e propõe intervenção educativa em indivíduos com valores de PA limítrofes, predispostos à hipertensão. Na equipe ainda temos dificuldades para a etapa do tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de

promoção de mudança no estilo de vida, por falta de pessoal, mas devo destacar o grande esforço da minha técnica de enfermagem em fazer esta tarefa ao mesmo tempo em que faz a recepção dos pacientes, fornece medicação e auxilia á dentista.

Com o inicio dos grupos iniciamos um processo de educação em saúde no qual a pessoa é motivada a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para implementar mudanças no seu estilo de vida. Será importante também a mudança em grupos, fomentando a troca de receitas, de ideias. Um alvo das atividades é o estímulo a redução de peso, incentivando uma alimentação saudável.

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

Quanto aos portadores de diabetes ou usuários com fatores de risco para diabetes são encaminhados para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, são testados mais frequentemente, por exemplo, anualmente.

Muitas das atitudes e mudanças de hábitos que estimulamos para a HAS são as mesmas que para esta doença, podendo ajudar nas duas ao mesmo tempo.

Nas UBS estamos fazendo um trabalho com as pessoas de 60 anos e mais, quando chegam á unidade realizamos uma avaliação primária das possibilidades funcionais do paciente. As possibilidades que tem de atuar sozinho sem depender de outra pessoa para os seus cuidados.

A programação da equipe é atuar na prevenção de doenças com a formação dos grupos, a melhora da sua autonomia, na sua inclusão á família e sociedade, e todas as ações necessárias para melhorar qualidade de vida.

Esta ação programática inclui a construção de um registro próprio para esta faixa etária, com prontuários ordenados e completos, a atualização das cadernetas de saúde para facilitar o controle. Neste sentido nas visitas domiciliares estamos

solicitando nos mostrem como armazenam os medicamentos e organizamos guardando cada tipo em um vidro diferente com o nome em letra grande e horários para que não gerem confusão. Os mais independentes fazem eles mesmos assim fazemos com que se sintam úteis, tendo atividades específicas a cumprir. O planejamento do atendimento inclui também o preenchimento de fichas de atendimento para idosos, que preenchamos junto com a dentista, desta forma, ela tem informações do paciente que possam ser de utilidade, e eu da mesma forma.

Quanto a facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, ainda estamos longe disso, os pacientes são atendidos nas UBS e logo após, para marcar exames devem enfrentar filas, e idas e vindas próprias de um sistema burocrático. Em nossas UBS realizamos o acolhimento de forma correta, com respeito e carinho, escutando as queixas, falando de forma clara, pausada, explicando o tratamento quantas vezes necessárias. Programamos visitas domiciliares, onde avaliamos as necessidades dos idosos, o cuidado que a família dispensa as preocupações e fadiga. Aproveitamos o momento para detectar sinais de maus tratos ou falta de cuidados. Fomentamos que realizem tarefas que estejam o seu alcance, dentro das suas possibilidades, e sejam do seu agrado para se sentirem ativos e úteis no grupo familiar.

Nos grupos fomentamos a aquisição de hábitos saudáveis, que incluem boa alimentação, atividade física, de acordo a possibilidades Funciona muito bem a troca de ideias, experiências, dificuldades, dessa forma sentem-se acompanhados, sua autoestima se eleva. O tema do envelhecimento é tratado por todos os usuários e equipe e para os que têm doença crônica, iniciamos o processo de aceitação da doença para melhorar o autocuidado.

Em resumo como ações urgentes, necessitamos para funcionar como ESF, atuar em uma única UBS, de forma a organizar o trabalho e os registros e realizar o mapeamento e cadastro da população da área de abrangência. Também há necessidade de estabelecer um território menor, pois atualmente atendemos uma população muito maior do que preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). O fato de atender numa UBS diferente a cada dia dificulta dispensar atenção adequada e também para realizar um trabalho de qualidade pelas limitações de estrutura física.

Necessitamos de melhor organização dos prontuários de forma a identificá-los de forma diferente nos pacientes com diferentes doenças, sem risco de perdas dos mesmos em função de transportá-los todos os dias.

Esperamos pelas reformas na Unidade 14 de Março que será sede das futuras instalações para ESF, com as consequentes melhoras na estrutura física e organização dos processos de trabalho para oferecer a população melhor acolhimento e atendimento às suas necessidades de saúde.

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

Quanto à situação atual existe certa preocupação, pois as condições são iguais às do início de nosso trabalho no município, com o agravante de ter acolhido cinco médicos, sem a previsão de melhorias nas condições estruturais ou maiores recursos para exames de laboratório. Deparamo-nos com uma população desassistida, idosa e com doenças crônicas sem ações de prevenção. Tivemos que por em dia consultas, exames laboratoriais e tratamento, gerando uma sobrecarga que superou a capacidade da secretaria quanto ao número de exames. Hoje a equipe esta formada por uma cirurgiã-dentista (PROVAB), uma técnica em enfermagem, uma médica de família (PMM), e o motorista. Não temos vinculação com as instituições de ensino, mas oferecemos palestras e atividades específicas (escovação, vacinação), organizadas pela própria equipe, em concordância com a secretaria da saúde. É necessário para o correto atendimento ter a equipe completa, do contrario não é possível implantar serviço de ESF. Estamos sendo exigidos ao máximo e distribuimos o tempo entre a demanda espontânea, a programada, o acompanhamento dos usuários, as atividades com os grupos, atividades educativas e de promoção em saúde, as visitas domiciliares entre outras. Com esta forma de trabalho está sendo difícil aplicar os princípios do SUS, da APS e da ESF, pois é muito difícil o seguimento dos pacientes, indo a cada lugar uma vez na semana.

Porém continuamos trabalhando, tentando atingir as metas e melhorar a saúde dos usuários.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas, principalmente em virtude da diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da ESF e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010; BRASIL, 2012). As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo país nas últimas décadas acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção á saúde da criança (BRASIL, 2012).

A UBS 14 de Março está localizada na área rural da cidade de Canguçu-RS. Segundo estimativas do IBGE, 2010, há na área de abrangência 4.015 habitantes. A UBS conta com uma equipe de ESF em fase de implantação. Atualmente estão em efetivo exercício de suas atribuições a médica, a dentista e o técnico de enfermagem. Não contamos com ACS para cadastramento e acompanhamento das famílias e a estrutura física não se adapta aos requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A equipe trabalha de forma itinerante e todos os dias nos deslocamos até as unidades com o carro da saúde, levando conosco os insumos necessários para o desenvolvimento do trabalho.

Atualmente não temos um serviço de puericultura organizado, atendemos a demanda espontânea. Estimativas apontam para um número de 200 crianças com idades entre 0 e 72 meses. O atendimento a esses usuários é realizado pela equipe, principalmente pelo médico clínico geral e a dentista, com participação do técnico em enfermagem. Realizamos o monitoramento do crescimento e

desenvolvimento através das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança, avaliação de saúde bucal e encaminhamos as crianças para realização do teste do pezinho, triagem auditiva e vacinação. Todas as ações são registradas no prontuário clínico. Não há excesso de demanda e as consultas de retorno são agendadas.

A população do quarto distrito de Canguçu, não tem o hábito de levar as crianças para atendimento de puericultura, a importância de realizar um trabalho neste sentido é conscientizar a população sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Procurando estabelecer a rotina de acompanhamento em crianças saudáveis e as ações de puericultura, garantindo que cresçam e se desenvolvam de forma saudável. Esta ação programática poderá ser desenvolvida apesar das carências.

A equipe aceitou o desafio e a principal dificuldade será a falta de estrutura física e materiais. A população é receptiva às ações em saúde e tenho certeza que irão aceitar as propostas e a puericultura começará a funcionar. Esta intervenção vai melhorar a saúde das crianças, prevenir o desenvolvimento de doenças, evitar a incidência de acidentes e melhorar a qualidade de vida deste grupo etário.

2.2. Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção a saúde das crianças de 0 à 72 meses na UBS 14 de Março do município de Canguçu- RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo específico 1: Ampliar a cobertura do programa.

Meta 1- Ampliar a cobertura da atenção da saúde para 40% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

Objetivo específico 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.

Objetivo específico 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 específico 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 da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde 14 de Março do 4º distrito de Canguçu, RS. Serão convidadas a participar as crianças de 0 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência da UBS, que serão cadastradas no programa de “Atenção à 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: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% 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 os prontuários e fichas espelho além da revisão das fichas-espelho semanalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Ação: Priorizar o atendimento das crianças

Detalhamento: O cadastramento será realizado no momento do primeiro atendimento por qualquer profissional e serão reservadas duas vagas diariamente para atendimento das crianças da faixa etária alvo.

Engajamento público

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

Detalhamento: através de informação direta nas unidades de saúde, bilhetinhos que serão levados pelas crianças ás famílias desde a escola, informação em meios de comunicação: radio.

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: com reuniões de equipe e estudo destas políticas, previa leitura do material.

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 na própria UBS, pelos profissionais da equipe: médico, técnica em enfermagem e dentista, mensalmente, os temas abordados serão os referentes a controle de crescimento e desenvolvimento das crianças, alimentação e suplementos de vitaminas, vacinas, prevenção de acidentes, higiene, diagnóstico precoce com revisão de sinais de alarme de doenças mais frequentes, manejo domiciliar de doenças, por exemplo hidratação e alimentação em caso de diarreia, controle ambiental e prevenção de parasitoses incluindo manejo correto de animais de estimação e cria.

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.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: com a revisão de prontuários e ficha espelho, e com revisão das datas prováveis de parto nas gestantes.

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: revisar as datas prováveis do parto nos prontuários das gestantes e fazer visita domiciliar caso de falta na consulta em tempo esperado. Cadastramento dos telefones das famílias para facilitar o trabalho, pois ao não terem ACS às vezes fica difícil fazer visita domiciliar, sem comprometer o atendimento nas unidades.

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.

Detalhamento: nas gestantes que realizam o pré-natal na unidade faremos a conscientização diretamente em cada consulta. As que realizam o pré-natal em outro serviço e para a comunidade em geral conversaremos sobre o programa de saúde da criança e quais os benefícios da consulta na primeira semana de vida através de informação em meios de comunicação como rádio.

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.

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

Detalhamento: através da leitura e estudo em grupo dos protocolos.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 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: através da revisão por parte de médico e técnica em enfermagem de prontuários, carteirinhas de controle e fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

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

Ação: Ter versão atualizada do protocolo impressa e a disposição da equipe em cada uma das unidades para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: faremos solicitação ao gestor do fornecimento do material faltante para cada unidade.

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.

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

Detalhamento: Através de informação aos pais ou responsáveis em cada consulta ensinando-lhes as curvas de crescimento.

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.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

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

Detalhamento: No início e durante o trabalho faremos revisão das técnicas e condições dos instrumentos semanalmente.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: todas as crianças com déficit de peso serão registradas em registro aparte para ter um controle rigoroso e busca ativa caso de falta aos controles, todos eles terão visita domiciliar para avaliar moradia e entorno familiar e descobrir possíveis causas externas modificáveis como correção na alimentação e hábitos.

Organização e gestão do serviço

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

Ação: Ter versão atualizada do protocolo com as curvas de crescimento aceitas pelo Ministério impressas e a disposição da equipe em cada uma das unidades para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: faremos solicitação ao gestor do fornecimento do material faltante para cada unidade.

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

Detalhamento: os prontuários destas crianças estarão identificados com uma cor vermelha (identificável só pelo pessoal de saúde e será retirada no momento de levar o prontuário ao médico na consulta) para facilitar a sua procura nos arquivos.

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.

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

Detalhamento: identificaremos fatores externos que possam estar influenciando no crescimento e informar as famílias sobre a importância de mudanças de hábitos alimentares ou outros.

Qualificação da prática clínica

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

Ação: Padronizar a equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões semanais reforçar estas pautas e esclarecer dúvidas.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Todas as crianças com excesso de peso serão registradas em registro aparte para ter um controle rigoroso e busca ativa caso de falta aos controles, todos eles terão visita domiciliar para avaliar moradia e entorno familiar e descobrir possíveis causas externas modificáveis como correção na alimentação e hábitos.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: Faremos solicitação ao gestor do fornecimento do material faltante para cada unidade.

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

Detalhamento: Os prontuários destas crianças estarão identificados com uma cor verde (identificável só pelo pessoal de saúde e será retirada no momento de levar o prontuário ao médico na consulta), para facilitar a sua procura nos ficheiros.

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.

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

Detalhamento: Informar sobre os problemas que trazem para a saúde da criança o sobrepeso e como evitar doenças crônicas, responsabilizando os pais pela correta alimentação da família toda, importante para o acompanhamento dessa criança na mudança de hábitos e estilos de vida.

Qualificação da prática clínica

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

Ação: Padronizar a equipe.

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

Detalhamento: através de reuniões semanais para esclarecer dúvidas e unificar conceitos.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: na consulta médica ou de controle examinar o desenvolvimento, caso desvio da normalidade serão investigadas causas e possíveis fatores externos como falta de estímulo social.

Organização e gestão

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

Detalhamento: vamos solicitar apoio da gestão em saúde em agilizar as consultas para especialistas.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento: os prontuários destas crianças estarão identificados com uma cor amarela (identificável só pelo pessoal de saúde e será retirada no momento de levar o prontuário ao médico na consulta), para facilitar a sua procura nos ficheiros.

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.

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

Detalhamento: vamos realizar palestras nas creches e escolas para facilitar as professoras a identificação de alterações de crescimento e que possam ajudar na busca ativa destas crianças.

Qualificação da prática clínica

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

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: através de reuniões de equipe e das normas do Ministério, previa leitura do material.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

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

Detalhamento: o monitoramento será realizado a partir da revisão das carteirinhas de vacinação de todas as crianças cadastradas no programa.

Organização e gestão do serviço

Ação: Devido a que não temos possibilidade de ter as vacinas nas unidades por falta de estrutura (a falta constante de luz não garante a validade das mesmas) vamos garantir o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta) na cidade, caso uma criança não possa ir á cidade, revisado o motivo será fornecida a vacina no domicilio realizando controle da cadeia de frio, fazer adequado controle de estoque (na cidade) para evitar falta de vacina realizar controle da data de vencimento do estoque periodicamente por parte do pessoal responsável da área de vacinas na cidade.

Engajamento público

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

Detalhamento: organizar com as escolas que seja solicitada a carteira de vacinas no momento da inscrição dos alunos dentro dos documentos a serem apresentados, prévio agendamento, a técnica em enfermagem e o médico farão a visita as escolas da área de abrangência para revisão das carteiras.

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: através de reunião para esclarecimento de dúvidas seguindo os protocolos do ministério de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 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: através da revisão dos prontuários e carteirinhas de controle.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o fornecimento do medicamento (suplemento).

Detalhamento: através de contato com os gestores esclarecendo a importância de ter o suplemento nas unidades.

Engajamento Público

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

Detalhamento: informando a importância do acompanhamento de uma alimentação correta nas consultas e reuniões das UBS destinadas a palestras sobre alimentação da criança sadia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: reforçando os protocolos com leitura semana a semana.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: através dos registros nos prontuários e ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Organizar os serviços de forma de terem garantido este teste com o devido registro na carteirinha.

Engajamento público

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

Detalhamento: organizando com o gestor a facilidade dos agendamentos para as mães não desistirem. .

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Pedir ao gestor impressão dos protocolos em saúde da criança para fornecer nos lugares onde elas são acolhidas.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 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: através do registro em prontuário e na ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: ver a possibilidade de realização no hospital antes da alta ou sair do hospital com agendamento do teste, com dia, hora e lugar de realização com indicações claras à mãe e garantir o resultado na carteirinha de controle.

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: orientando em cada consulta e nas reuniões organizadas nos grupos nas UBS.

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: Não realizamos o teste do pezinho nas UBS. Então vamos orientar a equipe sobre a importância de pedir às mães o resultado do teste, caso não conste na carteirinha.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 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: através dos registros nos prontuários e ficha-espelho

Organização e gestão

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

Detalhamento: organizar os agendamentos, para atender duas crianças ao dia, além das consultas diárias.

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

Detalhamento: Os agendamentos serão realizados de uma semana para outra, e serão as primeiras consulta do dia, para que não tenham que esperar nas UBS.

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

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

Detalhamento: As crianças atendidas pelo médico passarão á consulta com a dentista também nas primeiras consultas agendada do dia.

Engajamento público

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

Detalhamento: Aproveitar a ida às escolas para escovação, fornecimento de escovas, aplicação de flúor para informar e enviar bilhete informativo as famílias

sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, fazer palestras nas creches e escolas para facilitar as professoras a identificação de alterações na dentição e que possam ajudar na busca ativa destas crianças.

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: através da reunião da equipe.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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.

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: As crianças com primeira consulta odontológica serão registradas em prontuário estes serão guardados em envelopes registrados como: saúde bucal- programa saúde da criança.

Organização e gestão

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

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

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

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

Detalhamento: através do cadastramento, registro em prontuários da data do atendimento, os controles agendados pelo médico, também serão agendados para consulta com dentista o mesmo dia, reservando duas consultas diárias, uma pela manhã e outra pela tarde, todas as crianças vão ser cadastradas em planilha de controle odontológica que ficará junto aos prontuários do programa.

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: através de comunicação à comunidade sobre o programa de saúde da criança, bilhetinhos que serão levados pelas crianças às famílias desde a escola, informação em meios de comunicação: rádio.

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.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o 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: através de estudos e discussão pela equipe nas reuniões semanais.

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

Meta 13: 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).

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: o médico e a técnica enfermeira preencherão os prontuários e fichas espelho além da revisão das fichas-espelho semanalmente.

Organização e gestão

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

Detalhamento: Na falta de ACS vamos incluir os telefones nos prontuários para facilitar esta busca.

Engajamento público

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

Detalhamento: através de comunicação à comunidade sobre o programa de saúde da criança, bilhetinhos que serão levados pelas crianças às famílias desde a escola, informação em meios de comunicação: rádio.

Qualificação da prática clínica

Ação: Não temos ACS então será a equipe que fará nas reuniões o treinamento na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

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: os registros serão revisados semanalmente.

Organização e gestão

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

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

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: O médico é o responsável pelo monitoramento registros. Nas reuniões semanais repassar dados e dúvidas.

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: tarefa que já esta se fazendo na comunidade a equipe aproveita as palestras e reuniões para falar sobre os seus direitos em saúde.

Qualificação da prática clinica

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

Detalhamento: através das reuniões de equipe semanais.

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.

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

Detalhamento: através da revisão de prontuários e fichas.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os prontuários das crianças de risco estarão sinalizados com uma cor diferente do resto (vermelho) para ser identificados pela enfermeira no momento do acolhimento inicial e dar prioridade á hora do seu atendimento ou agendamento.

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

Detalhamento: os prontuários destas crianças estarão identificados com uma cor azul identificável só pelo pessoal de saúde e será retirada no momento de levar o prontuário ao médico na consulta), para facilitar a sua procura nos ficheiros.

Engajamento público

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

Detalhamento: através de palestras em escolas, com pais e professores e reuniões de grupo nas unidades.

Qualificação na pratica clinica

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

Detalhamento: através de copias de material a serem lidos pela equipe sistema de intercambio de material dos protocolos do ministério: cada fim de semana um membro da equipe em forma alternada leva um protocolo para ler em casa e na reunião semanal se repassam ao resto da equipe as informações mais relevantes.

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: Revisão de prontuários e cada consulta vai ser perguntada á mãe ou responsável se recebeu informação sobre prevenção de acidentes na infância e será registrado no prontuário.

Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: Todos os membros da equipe têm obrigação de procurar a oportunidade de falar aos responsáveis sobre acidentes e como prevenir-lhos.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Reuniões nas UBS, palestras nas escolas informando do tema.

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: Reuniões da equipe para estudar quais são os acidentes mais prevalentes em relação á faixa etária e as indicações a dar aos responsáveis do cuidado delas.

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, monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta, monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos

Ação: Escrever em prontuário as crianças que estão sendo amamentadas e na ficha espelho.

Detalhamento: Observar cada consulta aleitamento, técnica, forma dos mamilos, perguntar á mãe como esta se sentindo, se tem apoio familiar, se tem horário respeitado no trabalho, e escrever todo nos prontuários e fichas.

Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: Todos os membros da equipe vão estudar as indicações do aleitamento para que possam repassar esta informação as mães e grávidas nas consultas.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Reuniões de grupo e palestras para informar 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: Nas reuniões da equipe vão ser repassadas as vantagens e benefícios do aleitamento materno para que todos possam repassar esta informação as mães e grávidas nas consultas

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: Registrar em prontuários às crianças que foram orientadas enquanto a nutrição. Os prontuários das crianças cadastradas terão uma cópia das

Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: Todos os membros da equipe receberão cópia de indicações nutricionais segundo faixa etária para poder transmitir aos responsáveis quando tiverem oportunidade no acolhimento nas UBS.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Fornecer cópia das indicações nutricionais para cada faixa etária aos responsáveis do cuidado das crianças

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Reuniões de equipe para estudar as indicações nutricionais.

Objetivo 6 – Promover a saúde da criança

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 Registrar em livro de atividades educativas e palestras cada uma destas atividades.

Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: A equipe vai se deslocar às escolas do Município para palestras, e práticas de escovação e aplicação de flúor.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Palestras aos professores e às crianças nas escolas com atividades educativas e participativas.

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. Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: Reuniões de equipe e com professores para transmitir as ações em promoção em saúde da criança.

2.3.2 Indicadores

Indicadores para monitorar o alcance das metas:

Objetivo 1

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade 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 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

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 3 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

Denominador: Número 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.

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

Denominador: Número 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.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4

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

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.

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.

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.

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.

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 da cárie para 100% das crianças 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 saúde da criança, vamos adotar o Manual Técnico de saúde da criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Utilizaremos a ficha espelho e as carteirinhas de controle disponíveis no município. Para dados que não constem na ficha espelho e sejam de nosso interesse vão se elaborar uma ficha complementar que será preenchida pelo médico, técnica, e odontologista com o devido treinamento prévio. Estimamos alcançar com a intervenção 60 crianças. Então pediremos ao gestor municipal para dispor das 60 fichas espelho necessárias que serão arquivadas em arquivo exclusivo da puericultura. Para o acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica em enfermagem e o médica revisarão os prontuários registrando as crianças que vieram ao serviço nos

últimos 3 meses, transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao fazer a procura de dados no prontuário, técnica e médica realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames, e vacinas em atraso. Além disso, cada consulta ou controle será preenchido uma ficha espelho para cada criança ficando uma cópia nos prontuários e outra nos envelopes do programa saúde da criança. Os envelopes terão um adesivo de acordo á cor utilizada para diferenciação de casos: vermelho para crianças com baixo peso, verde para crianças com sobrepeso, amarelo para crianças com alteração no desenvolvimento e azul para crianças com algum fator de risco identificado.

O preenchimento das fichas será realizado pelo médico, técnica em enfermagem ou dentista, toda a equipe estará capacitada quanto a esta tarefa e ficando uma cópia no prontuário não tem risco de preencher duas vezes. As unidades foram equipadas com balanças, antropômetros e fitas métricas para controle do crescimento fornecidas pela gestão. Solicitaremos ao gestor a impressão das curvas de crescimento que ficarão disponíveis em cada unidade.

Para realizar o cadastramento das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a área de abrangência das UBS já solicitamos a secretaria de saúde o mapeamento do distrito e acreditamos que em breve deve estar terminado.

Para priorizar o atendimento as crianças, vamos reservar duas consultas ao dia e informar a população sobre o programa, a fim de que estejam sabendo a causa da reserva destas duas fichas (não incluem as demandas de pronto atendimento das crianças que serão atendidas ainda sem estarem agendadas).

A divulgação deste programa a comunidade será feita através de comunicação direta através das reuniões nas UBS, com a comunidade e nas escolas, rádio e boletins informativos ás famílias com crianças nas escolas com ajuda das professoras. O calendário de vacinas será impresso e afixado no mural nas unidades de saúde.

A capacitação da equipe para o atendimento às crianças, preenchimento das fichas espelhos e monitoramento da ação será realizada às quintas-feiras, ao final do expediente nas instalações da UBS. Para isso cada profissional deverá trazer sua tarefa pronta para aproveitar o tempo. Esse tempo será dedicado a formação e esclarecimento de dúvidas, programação das atividades da semana, revisão das fichas espelho

Para monitoramento da ação programática como não temos ACS faremos cadastramento dos telefones para entrar em contato com as famílias que não trouxeram a criança para consulta agendada e no, caso de não podermos fazer a visita domiciliar, (para não prejudicar o atendimento). Faremos semanalmente a revisão das fichas- espelho e o preenchimento da planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

O presente relatório tem como objetivo descrever o processo de intervenção realizado no Posto de Saúde Quatorze de Março do município de Canguçu-RS no período de março a maio de 2015. O objetivo da intervenção foi melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança. A população alvo foi constituída por todas as crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, moradoras da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) na qual atuo como médica. Inicialmente havia a previsão de realizar a intervenção em 16 semanas, mas, por problemas de atraso no início do trabalho foi necessário diminuir o tempo para 12 semanas, sem prejuízo as metas estabelecidas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nas primeiras duas semanas ocorreram a capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos do protocolo. Esta atividade foi realizada conforme o planejamento e se repetiu quase que semanalmente, apesar de ter sido planejada para acontecer a cada quinze dias. O bom relacionamento da equipe, a comunicação permanente e a colaboração mútua em todas as tarefas permitiu a construção de um espaço para diálogo e esclarecimento de dúvidas. No momento do primeiro encontro de capacitação foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática.

O cadastramento das crianças começou na primeira semana de intervenção e estendeu-se por 12 semanas conforme programado. Tivemos algumas dificuldades, pois a técnica em enfermagem entrou em férias nas primeiras semanas da intervenção e no seu lugar ficou outra profissional que não estava capacitada. Então, além do treinamento na intervenção tivemos que usar parte do tempo em ensinar a atividade nos postos. Mas de qualquer forma a profissional é ótima, teve muito boa

vontade e conseguimos iniciar e dar continuidade a todas as atividades. Nas duas semanas iniciais realizei a capacitação e repassamos as características mais importantes das crianças de acordo com a faixa etária para avaliar o desenvolvimento, assim como treinamento da técnica de pesagem, medida de comprimento, coleta de dados, revisão das cadernetas de vacinação, preenchimento das curvas de crescimento, dados nas fichas-espelho. Todas as fichas-espelho eram preenchidas ou revisadas por mim no consultório com a finalidade de não esquecer nenhum dado de relevância.

Ainda na primeira semana reestabelecemos contato com os gestores e líderes de cada região nas associações de vizinhos para divulgar as ações da intervenção e assim informar a população. Esta atividade foi realizada com sucesso, e nas semanas preestabelecidas, conseguindo difundir a atividade na comunidade.

A maior dificuldade que encontramos nesta atividade é a referente a ideia que tem a população que é mais importante o atendimento dos problemas agudos quando que as ações programáticas e de prevenção em saúde, então a puericultura não é uma ação que pareça ter muita importância para o povo, foi difícil a comunicação pois nas reuniões sempre buscavam tratar de outros temas.

O atendimento clínico às crianças aconteceu de acordo com as normas técnicas do protocolo do MS. As crianças eram acolhidas pela técnica em enfermagem na recepção, onde se iniciava o preenchimento do cadastro com os dados de identificação. No atendimento clínico se realizava a avaliação do crescimento e desenvolvimento.

A orientação nutricional sobre alimentação saudável, prevenção de acidentes e higiene bucal era fornecida no momento do atendimento clínico e também nas atividades de educação em saúde que realizamos nas escolas: Floriano Marechal (Comunidade Trapeita), e Castelo Branco (Comunidade Coxilha das Flores).

As crianças menores de um ano foram colocadas para mamar no peito da mãe para observar a técnica de amamentação, a forma como a mãe pega a criança no colo, o sentimento do olhar para o seu filho e do filho para a mãe, procurando erros a corrigir tanto na técnica quanto na frequência, e dependendo da idade a alimentação complementar a serem usadas, assim como técnica, quantidades, e qualidade dos alimentos do início da alimentação complementar e

logo nos maiores a continuidade da mesma. Assim todas as crianças cadastradas receberam orientação nutricional.

As atividades coletivas de promoção de saúde foram realizadas nas escolas, pois tínhamos muita dificuldade de atrair as mães a uma atividade na UBS. No primeiro trabalho de grupo realizado compareceram somente três mães e as professoras. Tratamos temas de higiene e alimentação com as crianças de quatro à sete anos. Através de atividades lúdicas conseguimos transmitir a importância de uma correta alimentação. As professoras solicitaram a equipe falar em forma especial sobre higiene, pois esse é um problema que atinge de forma geral as crianças nestas escolas. É queixa comum que as crianças vão a escola sem tomar banho, tornando o ambiente de estudo impossível para a convivência. Abordamos também o tema de higiene bucal, escovamos os dentes todos juntos conscientizando sobre a importância da prevenção das cáries.

Quanto a ação de busca ativa das crianças faltosas às consultas, conseguimos realizar visitas domiciliares com grande dificuldade pela falta de ACS na equipe. Priorizamos a busca às crianças menores de um ano que ainda não tínhamos cadastradas e uma das prioridades da equipe é dar continuidade a intervenção cadastrando-as logo após o nascimento e atraindo a UBS oferecendo o serviço de puericultura.

Em relação ao monitoramento da intervenção, realizamos avaliações semanais, analisando os indicadores com vistas a descobrir quais os aspectos que deveríamos melhorar e planejar ações que permitissem atingir o nosso alvo principal que é melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde das famílias e crianças da zona de abrangência de nossas UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma ação prevista e que não possível realizar foi o grupo de crianças. A ideia da equipe era ter um grupo de crianças que se encontrasse periodicamente, assim como temos os grupos de adultos, mas não conseguimos fazer fora do âmbito escolar. A causa é que as mães e famílias não acham importante a puericultura assim como a prevenção nas questões de saúde. É uma questão cultural e necessitamos tempo para mudar esses hábitos.

As ações de saúde bucal no que refere aos atendimentos propriamente ditos, ou seja, aos tratamentos, também foram muito prejudicadas, pois a dentista se desligou do programa antes mesmo do início da intervenção e o gestor não providenciou outro profissional.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente a coleta e sistematização de dados, as fichas e planilhas estão bem organizadas de forma a coletar os dados requeridos. As dificuldades se apresentam no momento de coletar os dados, mas não no preenchimento dos mesmos. A causa é que a maior parte da população do município tem um nível cultural e de informação muito escasso, sendo uma grande porcentagem deles analfabetos, de forma tal, a informação que não se encontra nas cadernetas de vacina é informação perdida, pois as mães desconhecem a resposta. É difícil dar veracidade às informações quando provem de dados fornecidos pelas mães.

Em relação aos indicadores não tive dificuldades, pois no correto preenchimento das planilhas os indicadores são calculados em forma quase espontânea.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As atividades correspondentes ao projeto desempenhadas neste período foram incorporadas na rotina de trabalho naturalmente e sem dificuldades. Um dos determinantes para que isto ocorra foi o fato de termos oportunidade de estudar e discutir temas de puericultura e da sua importância e necessidade para a população, Assim criamos uma espécie de conscientização que foi refletida de forma muito positiva no desempenho do trabalho. A equipe está convencida de continuar com as ações do projeto após o término da intervenção.

Acreditamos na viabilidade da aplicação destas ações, pois a população gosta da ideia e é receptiva, claro que não conseguimos ainda adesão total da comunidade, pois leva tempo criar o hábito da prevenção. O fato de ter um dentista na equipe é imprescindível, pois as mães necessitam levar as crianças para esse tipo de atendimento, então seria muito interessante fazer o tratamento integral.

Para que estas ações sejam incorporadas na rotina do serviço, planejamos solicitar ao gestor melhorar o aspecto de estrutura dos postos, pois não são atraentes esteticamente falando, e para a população infantil isso é importante. Dar cor e vida as UBS vai ser muito importante, para mudar o clima e tornar mais aconchegante para os pequenos pacientes. Acreditamos ser necessário também, um espaço adequado para espera e recepção exclusivo para crianças.

Planejamos reuniões de crianças, grupos de crianças, mães e cuidadores para todas as primeiras segundas-feiras de cada mês no horário da tarde, um espaço dedicado a educação em saúde, puericultura, prevenção de doenças, alimentação, etc.

Para melhorar o cadastramento e a busca ativa as crianças, sobretudo aquelas menores de um ano, solicitaremos os dados de nascimentos no hospital da Caridade da cidade, que correspondem a crianças de nosso distrito, e os dados como endereço e ou telefone para poder contatar as famílias e convidá-las a participar das ações na UBS. Já havíamos solicitado estes dados para a assistente social e não obtivemos resposta.

Pretendemos dar continuidade as atividades nas escolas e temos como meta organizar grupos de crianças dentro das escolas para tratar temas de saúde, do cotidiano em forma de cartazes, representações, músicas, formas de livre expressão e fazer uma mostra destas produções ao final de ano com todas as escolas do distrito. Faremos a solicitação de uma data para a apresentação das crianças no teatro municipal para a mostra e a data será a combinar com professores e diretores das escolas. O traslado das crianças se dará através do transporte escolar da prefeitura municipal. O objetivo de realizar esta mostra na cidade é expor o trabalho feito no interior pelas crianças, promovendo a integração entre zona urbana e zona rural, afastadas pelos costumes e realidade geográfica, também como forma de difundir as ações e oportunizar a troca de experiências sobre o trabalho em saúde e aquisição de hábitos saudáveis desde a infância.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Quatorze de Março no município de Canguçu-RS nos meses de março a maio de 2015. A intervenção foi voltada para o alcance de dezenove metas com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das crianças de 0 à 72 meses residentes na área de abrangência da UBS.

Residem em nossa área de abrangência aproximadamente 4.000 pessoas, com uma estimativa de 200 crianças (segundo VIGITEL). Dedicamo-nos a cadastrar e acompanhar 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 de atenção às crianças de 0 à 72 meses:

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 40% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde

Indicador: Proporção de crianças entre zero a 72 meses inscritas no programa.

Foram 52 crianças inscritas no programa de saúde da criança, em um total de 200 crianças de 0 a 72 meses moradoras na área de abrangência das unidades, o que corresponde a um total de 26,0% de crianças cadastradas, no período de atuação de 12 semanas, conforme figura 1. No primeiro mês cadastramos 20 (10%) crianças, no segundo mês foram 34 (17%) crianças e chegamos a 52 (26%) no terceiro mês. Para cadastramento das crianças usamos a forma de agendamento, e como não é costume trazer as crianças para controlar nas UBS, nos ajudou muito o fato de aliar o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família

(PBF), assim já aproveitávamos para cadastrar e atender essas crianças. Também as visitas nas escolas, durante as tarefas de educação em saúde, onde solicitávamos previamente às mães que levassem as cadernetas de saúde de todos os filhos. O contato com lideranças comunitárias para divulgação das ações da puericultura também facilitaram o cadastramento. Quanto às dificuldades, acredito que a maior delas tenha sido a falta de ACS e a falta do dentista, nos facilitou alguns dados de crianças nascidas nos últimos tempos como endereço. Achemos poucas crianças menores de dois anos cadastradas, e uma das causas dessa falha foi o fato da equipe não estar completa ainda. Não temos agente comunitário de saúde, todo o trabalho é feito só pela técnica e eu, a área geográfica do distrito é muito grande, pelo tanto uma visita domiciliar as vezes leva mais de duas horas o que interfere com o funcionamento da UBS, pois a equipe deve deslocar-se ao domicilio da criança e fechar as unidades.

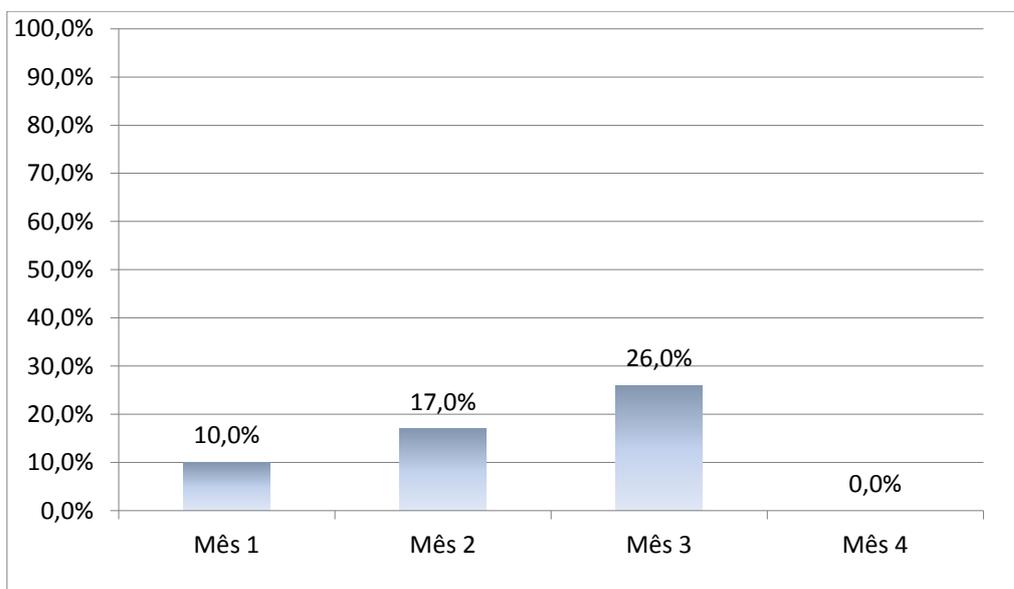


Figura 1: Proporção de crianças cadastradas na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

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

Essa meta foi alcançada para 25 (48,1%) crianças. Ficando assim distribuído: no primeiro mês, das 20 crianças cadastradas 17 (85%) tinham anotações de primeira consulta na primeira semana de vida, no segundo mês foram 13 (38,2%) crianças das 34 cadastradas e no terceiro mês 25 (48,1%) criança das 52 cadastradas no programa de atenção à saúde da criança, conforme figura 2. Realizamos a avaliação desta ação a partir do preenchimento das cadernetas de saúde das crianças e desconsideramos caso não houvesse registro da consulta na primeira semana de vida.

O baixo percentual de alcance deste indicador pode estar relacionado ao fato de que os pediatras atendem na cidade e é muito difícil para as mães se deslocar até o posto central. A ideia é que uma vez estabelecida a puericultura no interior, as crianças que nasceram no hospital tenham alta com a primeira consulta agendada na UBS correspondente ao distrito onde moram, dessa forma, só teriam que voltar para a cidade para realizar teste do pezinho e vacinas. A partir da implantação do programa de atenção à saúde da criança trabalhamos no sentido de realizar a consulta na primeira semana de vida dos bebês nascidos na área de abrangência da UBS.

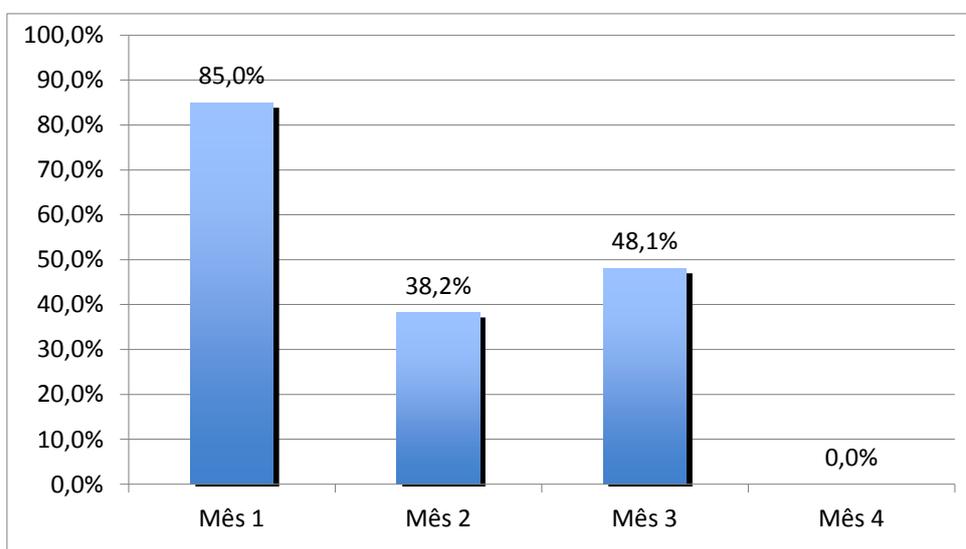


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 3: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento.

Esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes a intervenção. Ficando assim distribuído: no primeiro mês 20 (100%) crianças, no segundo mês 34 (100%) crianças e no terceiro mês 52 (100%) crianças.

Foi fundamental para o alcance deste indicador as primeiras semanas de formação do pessoal para se familiarizar com as curvas de crescimento, e praticar as corretas técnicas de medidas antropométricas.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

Esta meta foi atingida ficando em 100% em toda a intervenção. No primeiro mês nenhuma criança com déficit de peso foi encontrada, no segundo mês foram 5 (100%) e no terceiro 5 (100%). Realizamos o monitoramento do déficit de peso em todas elas, além da investigação das causas possíveis e correção das mesmas.

Em três crianças fizemos tratamento para parasitoses, e correção de hábitos alimentares, conseguindo pequena melhora nas curva de crescimento o déficit de peso não afetou a estatura. As outras duas crianças tem co-morbidades, uma delas está sendo estudada por hipocrescimento já com alterações na estatura, o hipotireoidismo não foi confirmado (não tinha feito o teste do pezinho). A outra criança tem um baixo peso possivelmente secundário a infecções de repetição, e já foi avaliada por especialista. Nenhum destes déficits de peso é grave e o baixo percentual neste indicador pode estar relacionado ao fato de que praticamente todas as famílias têm produção de alimentos para consumo próprio, são pequenos produtores.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Das 52 crianças cadastradas só duas delas encontravam-se com excesso de peso (conforme figura 3) no momento do cadastramento, estão sendo acompanhadas pela equipe e criaram bom vínculo conosco, começaram a fazer exercício na escola, e no time de futebol, pois tinham hábitos totalmente sedentários. Um deles, já tem resultados na curva de peso, o outro é mais difícil, pois a avô que

cuida dele refere que não tem acesso a verduras nem frutas, então pusemos em contato com as lideranças comunitárias para fornecer este tipo de alimentos da produção dos próprios vizinhos.

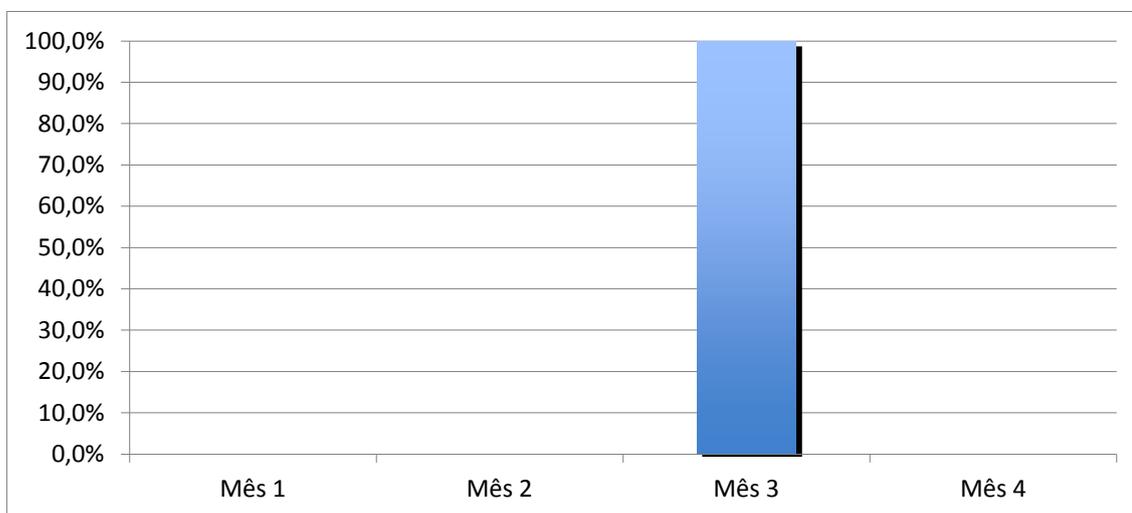


Figura 3: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado na UBS Quatorze de Março - Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

Das 52 crianças cadastradas no programa todas tiveram avaliação do desenvolvimento, no primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%). Facilitou esta tarefa as semanas de capacitação da equipe, onde destacamos os aspectos mais relevantes do desenvolvimento normal segundo o grupo etário. Assim como a boa relação que temos com professores e diretores das escolas que ajudam na detecção de problemas mais sutis como déficits leves de atenção, ou transtornos comportamentais que possam passar despercebidos na consulta. Isto foi uma ação muito importante, pois os professores encontravam-se sem apoio neste aspecto. A partir da intervenção todas as crianças que foram identificadas com algum tipo de problema na escola foram encaminhadas a consulta para avaliação, e eu faço o contato com a psicóloga para avaliação e diagnóstico e possíveis tratamentos, estudos, etc. as crianças com problemas mais graves de desenvolvimento por patologias crônicas, estão frequentando a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da cidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

No primeiro mês identificamos 19 (95%) crianças com vacina em dia, no segundo mês 32 (94,1%) e no terceiro mês 52 (100%), conforme figura 4. Foi possível alcançar 100% de crianças com vacinação em dia através do monitoramento conjunto com a UBS Central do município, para onde as mães eram encaminhadas para vacinação.

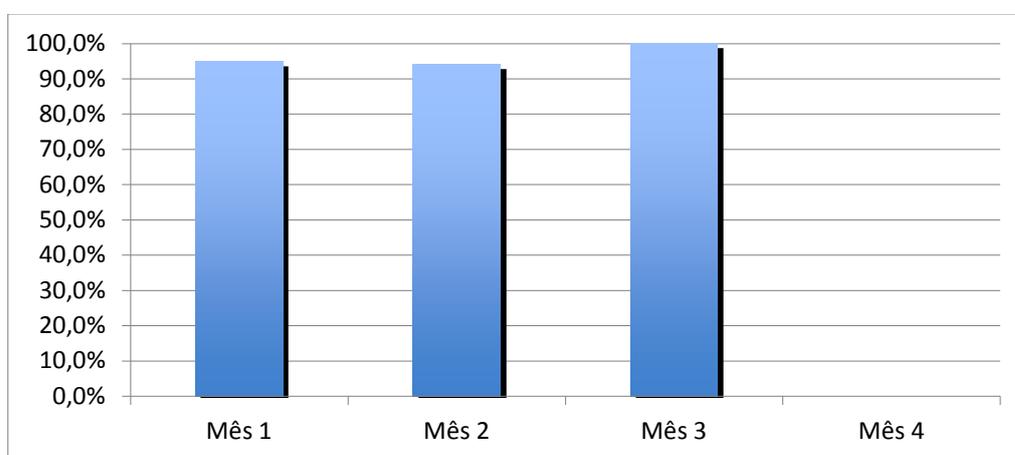


Figura 4: Proporção de crianças com vacinação em dia para idade na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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.

No primeiro mês identificamos 11(100%) crianças com suplementação de ferro, no segundo mês 13 (100%) e no terceiro mês 15 (100%). Nenhuma delas fazia uso do suplemento antes do cadastramento e acompanhamento na UBS. A causa que argumentam as mães do não cumprimento desta indicação é que quando foram ao pediatra não havia ferro na farmácia do posto central. Outras que trouxeram o suplemento para casa, mas a criança não gosta então não dão mais. Outras que não retornaram para acompanhamento e acharam que não necessitavam dar mais. Tivemos um bom trabalho em conscientizar as mães da importância de suplementar com ferro nesta faixa etária e até fomos um pouco

firmes na indicação explicando que é uma norma do MS e tem obrigação de ser cumprida. Após a intervenção atingimos a meta de suplementar as 15 crianças 100%, devendo as mães pegar o suplemento nas unidades de saúde mais perto da sua casa e levando nas unidades controle das crianças que estão recebendo o suplemento em caderno especial para este fim, de forma que aquela família que não buscou o suplemento se faz busca ativa.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 9: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Das 52 crianças inscritas no programa, 22 fizeram triagem auditiva no nascimento, segundo consta nas carteirinhas de controle. Foram 9 (45%) no primeiro mês, 10 (29,4%) no segundo mês e 22 (42,3%) das crianças no terceiro mês, conforme figura 5. Este baixo percentual poderia estar vinculado ao fato de que grande parte das crianças cadastradas nasceram em tempos em que não se fazia esta triagem ainda no município. As crianças mais novas tem feito a triagem. Dos que tem feito a triagem só um foi patológico no início, e foi repetido o exame com resultado normal no segundo controle.

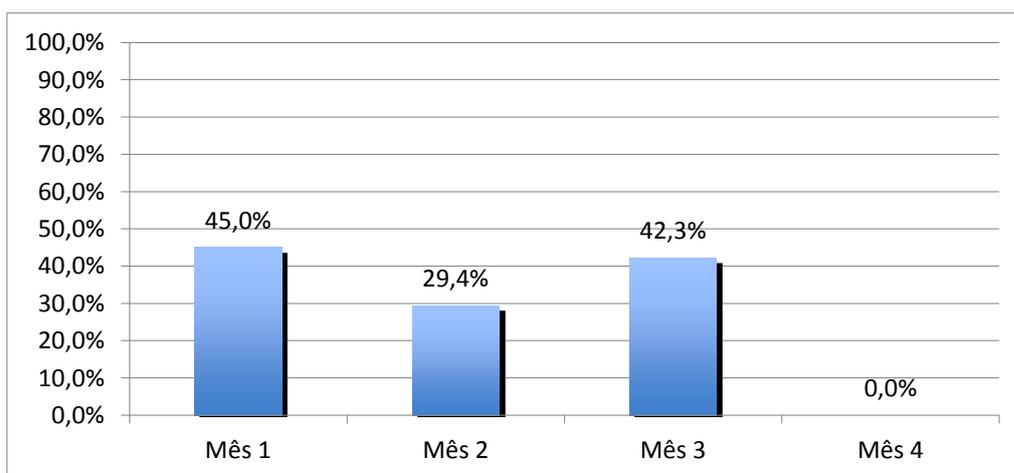


Figura 5: Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

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 10: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até o sétimo dia de vida.

Identificamos 17 (85%) crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida no primeiro mês, no segundo mês foram 27 (79,4%) crianças e no terceiro mês 41 (78,8%) crianças, conforme mostra a figura 6. Chama a atenção o baixo percentual deste importante indicador. A explicação possível é que quando tem alta do hospital após o nascimento, os pais levam o encaminhamento com data e horário para o teste, bem como a data da primeira consulta com pediatra, porém essas datas são diferentes, então as mães vão à primeira semana fazer o teste e logo no voltam para primeira consulta. Do mesmo modo outras mães escolhem fazer a primeira consulta e não fazer o teste, pois existe a costume neste interior rural que na cidade se vá só uma vez no mês, geralmente a “receber” como eles dizem. Esta realidade agora vai ser mudada, pois todas as crianças que nascerem no distrito terão consulta agendada no próprio distrito, de modo que só terão uma viagem na cidade e poderão cumprir com a indicação de fazer o teste. Além do mais se conseguirmos contato com as gestantes, já podemos ir conscientizando da importância de cumprir com todas estas indicações como parte do cuidado do seu bebê.

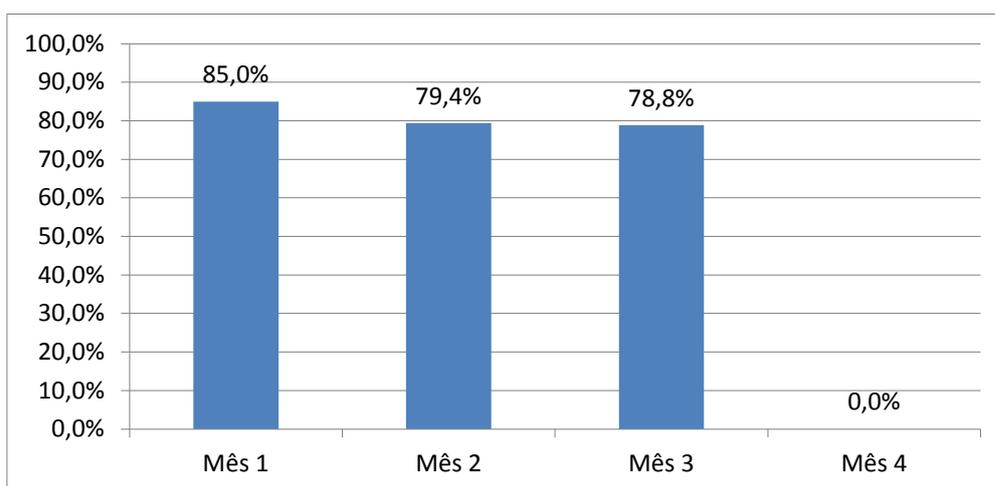


Figura 6: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador 11: Proporção de crianças entre 6 a 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Todas as crianças com idades entre 6 e 72 meses inscritas no programa tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês foram 19 (100%), no segundo mês 33 (100%) e no terceiro mês 49 (100%) Esta atividade está integrada as atividades da equipe desde o ano passado quando tínhamos uma dentista do PROVAB e continuamos a tarefa nas escolas agora sem esta especialista na equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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.

Não conseguimos realizar nenhuma consulta odontológica, pois a equipe ficou sem a dentista antes mesmo do início do período da intervenção. As crianças que necessitavam de atendimento odontológico foram encaminhadas para consultar na UBS Central do município, porém, as mães não cumpriram a indicação de levar as crianças na cidade. Sentimos uma falha grande em não poder cumprir com esta meta, mas é muito difícil conscientizar as mães na necessidade de tratamento odontológico.

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

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

Indicador 13: Proporção de busca ativa de crianças faltosas às consultas no programa saúde da criança.

No primeiro mês não tivemos crianças faltosas, no segundo mês foram 3 (100%) e no terceiro mês 10 (100%) crianças faltosas, conforme mostra a figura 7. Todas foram buscadas apesar das dificuldades em função de não contarmos com o trabalho de ACS. É difícil fazer visitas domiciliares sem afetar o funcionamento das unidades, pois precisamos fechar mais cedo. As lideranças da comunidade ajudam muito e assim auxiliam na busca ativa às crianças.

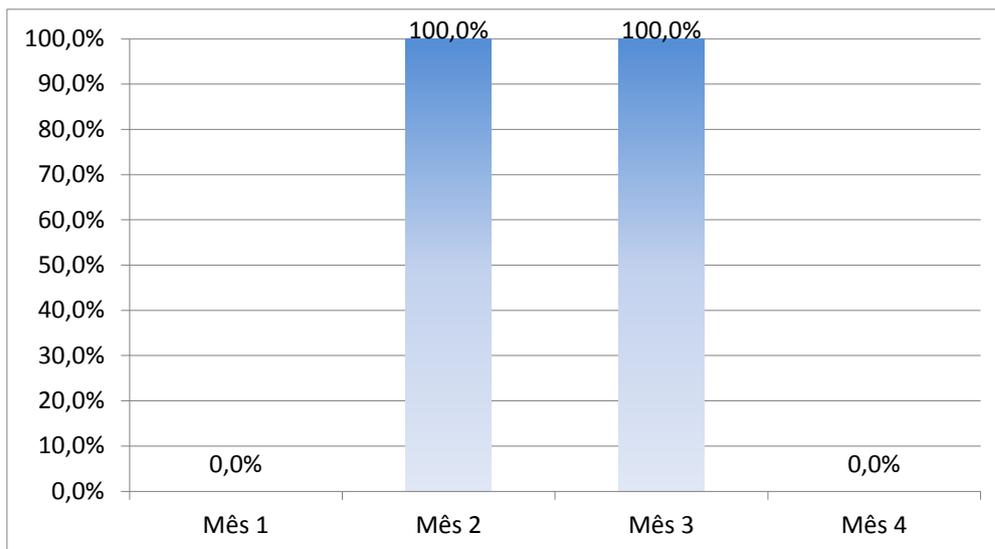


Figura 7: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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.

Todas as crianças cadastradas no programa de saúde da criança tem o registro atualizado ao final da intervenção, e continua sendo atualizado a cada consulta. No primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%). Facilitou esta tarefa o fato de terem todas as planilhas e fichas-espelho organizadas em cada unidade, por ordem alfabética e com alertas de cores para casos de risco, baixo peso, sobrepeso, ou algum dado a destacar. Os registros são atualizados com endereço telefone, para fácil acesso à família caso de necessidade e com vistas a ter registro adequado para os ACS.

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 15: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Todas as crianças inscritas no programa foram avaliadas quanto aos riscos de adoecer, sofrerem acidentes, risco social e de qualquer tipo de dano a saúde e

integridade física e mental. No primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%) crianças avaliadas.

Nos domicílios esta avaliação foi facilitada por estar na área de atividade e convivência da criança com a família.

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 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes.

Todas as crianças inscritas no programa de saúde da criança receberam orientação sobre prevenção de acidentes. No primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%) crianças avaliadas. Os grupos de crianças facilitaram esta atividade, porque surgiram temas de discussão em conjunto com mães e até as próprias crianças. Esta atividade foi desenvolvida nas escolas Fermin Ferreira, Castelo Branco e Lauro Çá, com uma frequência de 24 crianças na primeira, 20 na segunda e 19 na terceira, só três mães compareceram no primeiro grupo, 6 no segundo e 4 no terceiro. Porém tivemos um logro já no final da intervenção, pois fizemos um grupo de mães e crianças no posto principal e compareceram 32 pessoas, entre mães e familiares que cuidam das crianças junto aos seus pequenos, foi muito gratificante, pois solicitaram mais atividades como aquela.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Indicador 17: Número de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.

Todas as crianças menores de um ano estavam sendo amamentadas e todas elas foram postas para mamar na primeira consulta de contato com a equipe, observamos técnica da lactação corrigindo as falhas que pudessem comprometer o aleitamento ou qualquer tipo de alteração que fosse possível corrigir. No primeiro mês foram 3 (15%) crianças, no segundo mês 6 (17,6%) e no terceiro mês 10 (19,2%) crianças, conforme mostra a figura 8.

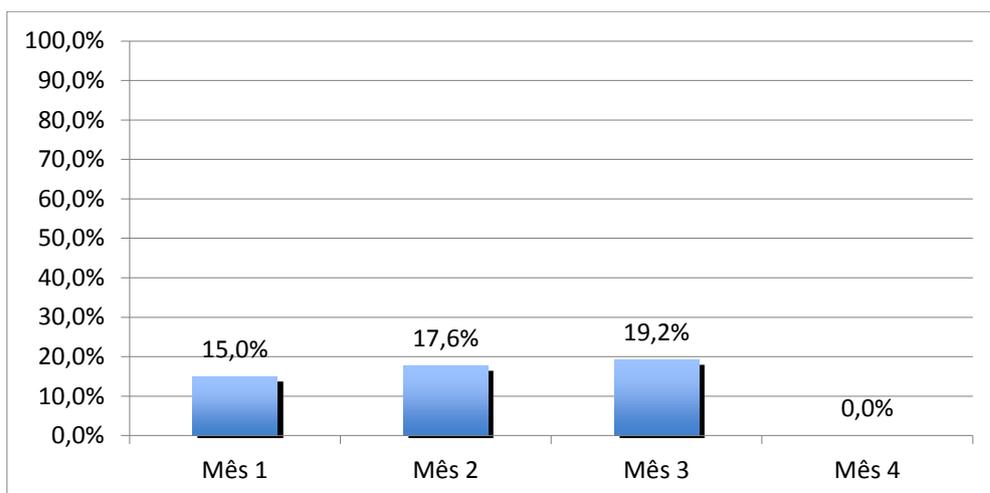


Figura 8: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS Quatorze de Março – Canguçu-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Indicador 18: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Todas as mães receberam orientação nutricional no momento da consulta de acordo a idade das crianças. No primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%) crianças receberam as orientações. Facilitou a tarefa os encontros da equipe nas semanas iniciais, para formação e conhecimento, assim como as cópias de orientações nutricionais que entregamos de acordo a faixa etária.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

Todas as mães receberam orientação sobre higiene bucal, causas e prevenção de cáries. No primeiro mês foram 20 (100%), no segundo mês 34 (100%) e no terceiro mês 52 (100%) crianças receberam as orientações. A prevenção com informação e educação na prevenção de caries, parece ser bem aceita e entendida por todos, mas não levam as crianças na UBS Central para fazer atendimento.

Então é certo que não temos odontologista nas unidades, mas devemos nos esforçar mais na conscientização das famílias.

4.2 Discussão

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde Quatorze de Março no município de Canguçu-RS nos meses de março a maio de 2015. O objetivo da mesma foi melhorar a atenção a saúde das crianças de 0 à 72 meses residentes na área de abrangência da UBS. Das 4.000 pessoas que residem na área de abrangência, estima-se que 200 são crianças. Dedicamo-nos a cadastrar e acompanhar as crianças de 0 a 72 meses de idade nesses três meses de intervenção, conseguimos aumentar a cobertura do programa para este grupo etário que estava desprovido de atendimento. Junto a esta cobertura melhoramos os registros, o acompanhamento, conseguimos introduzir a suplementação com ferro, norma que não estava sendo cumprida, assim melhorou a qualidade de atenção neste grupo, com educação em saúde, prevenção de doenças e acidentes, fornecendo as mães e famílias informações de interesse como correta alimentação, prevenção de acidentes e vacinas. Melhoramos também a cobertura em vacinas porque algumas crianças estavam com o calendário atrasado.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde das crianças. Promoveu o trabalho integrado da médica, da técnica de enfermagem e até do motorista (únicas pessoas da equipe). Toda a equipe está engajada na intervenção e continua realizando suas atribuições. Eu continuo com os atendimentos clínicos, preenchimento de fichas-espelho, revisão das curvas de crescimento das crianças, avaliação do desenvolvimento, diagnóstico de doenças, planejamento do tratamento e correção dos fatores de risco. Também realizo algumas ações de saúde bucal na ausência de dentista, avaliando necessidade de atendimento odontológico. A técnica em enfermagem preenche parte das fichas, revisa as cadernetas de vacinas, faz as medidas antropométricas das crianças, fica atenta ao nascimento dos bebês alertando a equipe na necessidade de possíveis buscas ativa, controla o abastecimento de ferro na farmácia. O motorista nos leva aos domicílios, e também sempre esta em procura de crianças novas que não tenham passado pelo cadastramento na UBS, avisa a

equipe, e tentamos fazer busca ativa. Esta atividade influenciou a equipe no sentido de exigir o máximo de cada um de nós porque somamos outro trabalho ao que já estávamos acostumados a fazer. Tivemos que nos informar e estudar estimulando muito o trabalho em equipe, cada um dentro de suas atribuições buscando auxiliar o outro quando havia necessidade, assim o trabalho se faz em harmonia e solidariedade.

Este é um serviço novo, pois antes da intervenção não existia atividade de puericultura nas UBS, o início foi de muito aprendizado e adaptação. O fato da boa aceitação do trabalho por parte da equipe e da compressão na necessidade que a comunidade tinha desta atividade facilitou muito a aceitação de uma nova tarefa em uma equipe que já estava saturada de trabalho, Desta forma as tarefas fizeram-se parte da rotina de trabalho com naturalidade e prazer, e tem entendido a importância da educação em saúde em idades pequenas com o que sempre estão dispostos a atividades fora das unidades, nas escolas por exemplo. O fato de priorizar um número mínimo de atendimento de crianças por semana faz com que a equipe permaneça alerta em cadastrar os novos, e controlar os que já estão captados. O serviço ficou com a ideia firme de captar os menores de um ano, e atrair as gestantes para começar a puericultura antes do nascimento. O entusiasmo é tal que a última proposta que me fizeram foi desenhar uma pequena área de recepção para crianças que fora mais acolhedora, em vistas que estão aparecendo cada dia mais crianças em todas as UBS.

A melhora e organização dos prontuários facilitaram e agilizaram a tarefa, a marcação dos prontuários de crianças com fatores de risco facilita também o monitoramento do seguimento de estas crianças. O agendamento prévio das crianças que devem ser acompanhadas facilita também o planejamento do trabalho rotineiro para não prejudicar os atendimentos de demanda espontânea.

A puericultura oferecida no interior rural do município é muito importante, pois as mães abandonam o acompanhamento das crianças com o pediatra pelo fato de ser difícil ir à cidade ao posto central. Ainda existe resistência na população geral idosa que não entende a importância desta atividade, e não quer dar prioridade aos atendimentos pediátricos, a tal extremo que de existir uma criança com febre tenho que sair da consulta e pedir por favor que me permitam atender antes. Existe muita necessidade de educação em saúde em esta população, ainda temos muito trabalho a fazer. A comunidade continua acreditando que o número de consultas é o que

conta e não a qualidade das mesmas, o que gera muitas situações estressantes na recepção. Conseguimos um bom percentual de cadastramento nestes três meses, porém, ainda faltam muitos, se continuarmos neste ritmo alcançaremos em breve 100% da população alvo.

Pensando em alguma coisa que faria diferente, seria dar maior educação a população para que saiba de início quais são as formas de trabalho desta equipe, pois fazê-los entender que as crianças tem os mesmos direitos que os idosos, e que além do mais vão ser priorizados não é fácil. Nos demos continuidade a atividade então já está incorporada a rotina do serviço, mas sempre gera uma situação incomoda para alguns usuários que querem ser atendidos na hora. O resto das dificuldades como falta de pessoal da equipe, não está em nossas mãos solucionar esse problema, mas a equipe vai superando as dificuldades.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço, porém necessitamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção das crianças, em especial os de alto risco.

Necessitamos agregar nas fichas a presença de fatores de risco, e quais são eles, em especial aquelas crianças de alto risco social, que são muitas. Devemos insistir com os gestores, na necessidade de ter uma equipe melhor constituída com ACS, dentista e enfermeira, pois é muito difícil e desgastante trabalhar com estas condições com pouco pessoal e precária estrutura. O futuro do projeto vai estar comprometido na medida em que os gestores deem início ao que tem programado que é agregar dois postos de atendimento a esta equipe. É inviável realizar todo o trabalho com uma equipe só e ainda formada por duas pessoas, atendendo cerca de 4.000 pessoas. A nossa preocupação quanto a isso é grande, pois tínhamos programado usar a experiência nesta atividade para aumentar a cobertura das mulheres em idade fértil e que tenham pensado ter filhos ou já estejam grávidas para iniciar a educação em saúde antes do nascimento.

O modelo assistencial está mudando de um modelo assistencial puro intervencionista a um modelo de atenção integral a saúde, onde não podem faltar a prevenção. Educação para a saúde, estímulo do auto cuidado com compromisso do usuário, e integralidade no referente a todas as áreas da atenção incluindo a gestão em saúde.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório é uma síntese referente ao trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família, modalidade à distância pela UFPEL, que visou reconhecer a realidade de um serviço de atenção básica. O tema escolhido foi a atenção à saúde da criança. A intervenção ocorreu nos meses de março a maio do ano de 2015, na Unidade de Saúde Quatorze de Março no município de Canguçu, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação da ação programática.

A puericultura é uma ciência que controla, por meio do seguimento e estimula o correto desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. A puericultura se baseia numa "conexão vertical" dentro dos serviços de saúde, envolvendo todos os profissionais, associada a uma "conexão horizontal" com os programas comunitários de creches, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública sendo o responsável por coordenar esta rede de atenção à criança o pediatra, ou médico de família, pela sua capacidade de atuar em todo o espectro dos cuidados de saúde, do diagnóstico até todas as formas de tratamento.

Devido ao fato que a população do quarto distrito de Canguçu, não tinha o hábito de levar as crianças para atendimento de puericultura, a ideia de realizar um trabalho neste sentido foi conscientizar a população sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Procurando estabelecer a rotina de acompanhamento em crianças saudáveis e as ações de puericultura, garantindo que cresçam e se desenvolvam de forma saudável.

O objetivo geral de intervenção foi melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência da UBS 14 de março.

A metodologia baseou-se no cadastramento das crianças com base no programa saúde da criança, adotamos o manual técnico de saúde da criança do Ministério da Saúde, 2012. Utilizamos a ficha-espelho e planilhas de coleta de dados fornecidas pelo curso da UFPEL.

Quanto aos resultados em geral, foram 52 crianças inscritas no programa de saúde da criança, de um total de 200 crianças de 0 a 72 meses moradoras na área de abrangência das unidades, o que corresponde a um total de 26% das crianças

cadastradas, no período de atuação de 12 semanas. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde das crianças, hoje a equipe está firme para continuar o trabalho.

O atendimento clínico às crianças aconteceu de acordo com as normas técnicas do protocolo do MS, realizando avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, onde as crianças menores de um ano foram colocadas para mamar no peito da mãe para observar a técnica de amamentação, prevenção de acidentes e higiene bucal em 100% das consultas. Também realizamos atividades de educação em saúde nas escolas Marechal Floriano (Comunidade Trapeira), e Castelo Branco (Comunidade Coxilha das Flores).

As atividades coletivas de promoção de saúde foram realizadas nas escolas, pois tínhamos muita dificuldade de atrair as mães a uma atividade nos postos. No primeiro trabalho de grupo realizado compareceram somente três mães e as professoras. Tratamos temas de higiene e alimentação com as crianças de quatro à sete anos. Através de atividades lúdicas conseguimos transmitir a importância de uma correta alimentação, bons hábitos de higiene e prevenção das cáries.

Quanto a ação de busca ativa das crianças faltosas às consultas, conseguimos realizar visitas domiciliares com grande dificuldade pela falta de agentes comunitários de saúde na equipe.

Em relação ao monitoramento da intervenção, realizamos avaliações semanais, analisando os indicadores com vistas a descobrir quais os aspectos que deveríamos melhorar e planejar ações que permitissem atingir o nosso alvo principal que era melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde das famílias e crianças da zona de abrangência de nossas UBS.

As ações de saúde bucal também foram muito prejudicadas, pois a dentista se desligou do programa antes mesmo do início da intervenção.

A equipe está formada por uma técnica em enfermagem, uma médica de família e o motorista. Atuamos como unidade de saúde tradicional, sendo necessário para o atendimento na modalidade estratégia saúde da família termos a equipe completa. O número de habitantes é maior do que a capacidade de atendimento da equipe. Ainda temos o agravante de trabalhar em uma grande extensão territorial devendo nos deslocar pela área de cobertura e realizar atendimento em 5 regiões diferentes a cada dia.

Com esta forma de trabalho está sendo difícil aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária em Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Pois é muito difícil o acompanhamento aos usuários, indo a cada lugar uma vez na semana. Necessitamos de Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro e dentista, para compor a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde. Quanto a estrutura das unidades, necessitamos melhorias, como área de recepção mais ampla onde as crianças possam ter seu espaço. Assim como equipamento para atender deficiências, cadeirantes, facilitando o acesso a todas as áreas de atendimento. Necessitamos sala de vacinas para implantar o programa de imunização no interior e descentralizar este serviço que até hoje só é oferecido na cidade.

Para melhorar o cadastramento e a busca ativa as crianças, sobretudo aquelas menores de um ano, seria muito interessante ter uma aliança com o serviço de maternidade do hospital da Caridade da cidade a fim de obter dados de nascimentos, que correspondem a crianças de nosso distrito, e os dados como endereço e ou telefone para poder contatar as famílias e convidá-las a participar das ações na UBS. Além do mais isso melhora a qualidade da atenção em puericultura porque cumpriríamos com os seus princípios de “horizontalidade nos serviços” podendo interagir com a equipe de neonatologia em temas de importância como resultados dos testes do pezinho, da orelhinha, dentre outros.

A intervenção já se encontra incorporada a rotina do serviço e, portanto aproveitamos a oportunidade para solicitar a contratação dos agentes comunitários de saúde, de uma enfermeira e de um dentista, bem como a realização de um recadastramento da área de abrangência da unidade de saúde Quatorze de Março. Assim estaremos qualificando cada vez mais as ações de promoção e prevenção em saúde aos usuários do serviço de saúde desta comunidade.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Aos usuários dos serviços das Unidades de Saúde do 4º distrito de Canguçu

Durante 12 semanas, entre março a maio do ano de 2015 foi desenvolvido um projeto de intervenção o qual tinha como objetivo principal cadastrar e acompanhar as crianças com idades entre 0 e 72 meses moradoras da área de abrangência da

unidade de saúde, oferecendo o serviço de puericultura no próprio distrito onde moram.

Desta forma, tendo o serviço perto das casas, as mães não vão ter dificuldade em levar as crianças até a unidade de saúde. Realizar o acompanhamento das crianças é importante para avaliar o crescimento e desenvolvimento, evitando o desenvolvimento de doenças ou alteração no crescimento e desenvolvimento.

A equipe tem trabalhado em conjunto com as escolas, avaliando alterações de aprendizagem para atuar de forma precoce, evitando problemas maiores e de mais difícil resolução. Caso a criança necessite usar medicação a equipe fornece nos postos, bem como os suplementos vitamínicos e demais necessidades de cada criança e família em particular.

Durante a intervenção realizamos o cadastramento e acompanhamento de 52 crianças que correspondem a 26% do total de crianças moradoras do 4º distrito. Avaliamos as 52 crianças quanto ao crescimento e desenvolvimento, bem como a situação de vacinas. Todas as crianças avaliadas como sobrepeso ou desnutridas estão em acompanhamento e todas receberam orientações sobre alimentação saudável, incluindo suplementação com ferro, saúde bucal prevenção de acidentes.

Para que estas ações sejam incorporadas na rotina do serviço, solicitamos ao gestor melhorar o aspecto de estrutura das UBS, pois não são atraentes para a população infantil. Dar cor e vida as unidades de saúde vai ser muito importante, para mudar o clima e tornar mais aconchegante para os pequenos pacientes. Acreditamos ser necessário também, um espaço adequado para espera e recepção exclusivo para crianças.

Planejamos reuniões de crianças, grupos de crianças, mães e cuidadores para todas as primeiras segundas-feiras de cada mês no horário da tarde, um espaço dedicado à educação em saúde, puericultura, prevenção de doenças, alimentação, etc.

Para melhorar o cadastramento e a busca ativa das crianças, sobretudo aquelas menores de um ano, solicitaremos os dados de nascimentos no Hospital da Caridade da cidade, que correspondem a crianças de nosso distrito, e os dados como endereço e ou telefone para poder contatar as famílias e convidá-las a participar das ações na unidade de saúde.

Pretendemos dar continuidade as atividades nas escolas organizando grupos de crianças para tratar temas de saúde, do cotidiano em forma de cartazes,

representações, músicas, formas de livre expressão e fazer uma mostra destas produções ao final de ano com todas as escolas do distrito. Faremos a solicitação de uma data para a apresentação das crianças no teatro municipal para a mostra e a data será a combinar com professores e diretores das escolas. O traslado das crianças se dará através do transporte escolar da prefeitura municipal. O objetivo de realizar esta mostra na cidade é expor o trabalho feito no interior pelas crianças, promovendo a integração entre zona urbana e zona rural, afastadas pelos costumes e realidade geográfica, também como forma de difundir as ações e oportunizar a troca de experiências sobre o trabalho em saúde e aquisição de hábitos saudáveis desde a infância.

A comunidade pode nos ajudar nesta tarefa, divulgando as atividades de puericultura, os dias de reuniões, de atividades de grupo e de atendimento individual às crianças. O Estatuto da Criança e do Adolescente coloca em seu Artigo 4º que "É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária". Desta forma todos somos participantes ativos destas ações.

A participação comunitária é um dos princípios do SUS: "Participação Social", no qual a população tem o direito e o dever de participar nas gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; desta forma se fazem participantes ativos da sua própria saúde e da saúde da comunidade. Adquirem desta forma responsabilidades no cuidado sanitário das suas famílias, da comunidade e do entorno físico onde vivem.

Podemos afirmar que o projeto não termina por aqui. O pontapé inicial foi dado através da intervenção e ainda precisamos melhorar alguns aspectos para aprimorar cada vez mais nossa assistência as crianças. Uma assistência de qualidade e profissionais capacitados é um direito de todos, por isso estaremos buscando a cada dia aperfeiçoar nosso conhecimento.

Elizabeth Teresa Marquez Mussi
Médica do Programa Mais Médicos

Canguçu, julho de 2015.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Iniciei o trabalho com grandes expectativas, porém com muito temor de não conseguir fazer por falta de pessoal na equipe e estrutura física adequada nas unidades de saúde para cobrir as nossas necessidades como profissionais e as da população como usuários.

No início do curso, propus trocar o projeto a minha orientadora Cristina, sem me dar conta que estava cometendo um grande erro. E foi graças a ela que me deu confiança, conhecimento e apoio, não permitindo trocar de tema, de objetivo, visando, a necessidade da população, me deu valor e força para continuar com o projeto “Puericultura”, que finalmente foi aplicado e desenvolvido com muita satisfação.

A implantação do programa de puericultura foi um grande desafio, pois, não existia este serviço, então começamos com um projeto novo tanto para população quanto para a equipe. Foi após a equipe compreender a importância e benefícios desta ação programática que a atividade teve andamento e continua até hoje. O aprendizado após a realização do projeto é grande, sobretudo na hora de gerar experiência e confiança para a realização de novos projetos, uma vez que este já está incorporado à rotina do serviço.

Assim adquirimos a habilidade para implantar ações programáticas realmente úteis e produtivas, ao ter oportunidade de aplicar os conhecimentos em organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, e todo isto estabelecendo rotinas de trabalho e organizando as

funções dos integrantes da equipe, e envolvendo a comunidade com a finalidade de lograr uma melhoria na competência e resolubilidade do atendimento clínico.

O curso oferecido pela UFPEL para o desenvolvimento de nosso trabalho é de suma importância, pois oferece todo o necessário para entender o SUS, um sistema de saúde novo para quem veio de outro país. O conhecimento correto dos princípios do SUS permite acolher a população de forma técnica e humanamente adequada, além de entender os objetivos deste sistema de saúde e padronizar a atuação de todos os profissionais. São muitas as ferramentas que me foram fornecidas pelo curso para desenvolvimento da gestão e para a organização do serviço em Atenção Primária à Saúde.

A avaliação do serviço de saúde desde a minha chegada e o monitoramento em saúde no curso dos quase dois anos de exercício, foram possíveis graças a estas ferramentas e enriquecimento no conhecimento das áreas sociais, aperfeiçoando o acolhimento da população, no dia a dia e estimulando a participação social da minha comunidade. O fato de fazer o curso estando ao mesmo tempo trabalhando nas UBS é muito produtivo, pois dá nós a oportunidade para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde da família, de forma prática, pois o aprendizado surge a partir do trabalho sobre a realidade do serviço no qual estamos inseridos.

Quanto a qualificação da prática clínica o curso oferece atualização permanente em casos clínicos e a realização dos TQC é outra forma de atualização pois determina a necessidade de ler em forma quase permanente os protocolos clínicos usados no Brasil, para realizar os estudos de prática clínica requeridos.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pof: 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil, 2010.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group – WHO Child Growth standards based on length/height, weight and age. In: De Onis, M; Garza, C; Onyango, AW and Martorell, R, Guest Editors – WHO Child Growth Standards, Acta Paediatrica, 2006, 95 (suppl 450):76-85, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante