

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



Giselle Homero Da Rocha

**Qualificação da Atenção à Saúde das Crianças de 0 A 72 meses na ESF Parque
Antártica, em Capão da Canoa, RS**

Pelotas, RS

2015

Giselle Homero Da Rocha

Qualificação da Atenção à Saúde das Crianças de 0 A 72 meses na ESF Parque Antártica, em Capão da Canoa, RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Patrocínio Pires Cecilio

Pelotas, RS

2015

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

R672q Rocha, Giselle Homero da

Qualificação da Atenção à Saúde das Crianças de 0 A 72 meses na ESF Parque Antártica, em Capão da Canoa, RS / Giselle Homero da Rocha; Lenise Patrocínio Pires Cecilio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

73 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. Cecilio, Lenise Patrocínio Pires, orient II. Título

CDD : 362.14

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

Giselle Homero da Rocha

**Qualificação da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque
Antártica, em Capão da Canoa, RS**

Monografia aprovada em __/__/__, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

*Dedico este trabalho a comunidade do bairro Parque
Antártica que mostra que é possível realizar
transformações mesmo em um meio adverso.*

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo carinho e apoio, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

“Nunca deixe que alguém te diga que não pode fazer algo. Se você tem um sonho tem que correr atrás dele. As pessoas não conseguem vencer e, dizem que você também não vai vencer. Se quer alguma coisa, corre atrás.”

(A Procura da Felicidade)

RESUMO

ROCHA, Giselle Homero da. **Qualificação da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque Antártica, em Capão da Canoa, RS.** 2015. 73f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A melhoria das taxas de mortalidade infantil é uma busca incessante em todo o mundo. Nesse sentido é necessário realizar um resgate e valorizar a consulta de puericultura na Atenção Primária à Saúde com o objetivo de garantir gerações seguintes de pessoas mais saudáveis. Este trabalho teve como objetivo melhorar uma ação programática típica da Atenção Primária à Saúde no ESF Parque Antártica, Rio Grande do Sul, na área da saúde da criança. A intervenção teve duração de 90 dias e foi desenvolvida em quatro eixos de trabalho: qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação. Ao final da intervenção alcançou-se 80% de cobertura no acompanhamento das crianças pertencentes à área adstrita da unidade. Somado a isso, foram implantadas novas práticas na rotina: a realização da capacitação sobre puericultura, realização de atendimento em equipe, avaliação de risco, e implantação de fichas-espelho junto aos prontuários existentes, que facilitou a verificação dos itens em atraso (consultas, vacinas) e o monitoramento das ações de rotina. A realização da intervenção para a equipe possibilitou uma visão crítica sobre o atendimento oferecido da unidade e a melhoria da prática clínica nas demais ações programáticas. Para os gestores, a intervenção reduziu os atendimentos na instituição de atenção secundária (Centro Materno Infantil) e apontou a necessidade de contratação de odontólogos. Para a comunidade, o projeto proporcionou o resgate do vínculo dos usuários com a unidade de referência.

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

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Quadro do cronograma de atividades da intervenção..... 37
- Figura 2 –** Gráfico indicativo da cobertura da puericultura para as crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque Antártica de agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios..... 43
- Figura 3 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que realizaram a primeira consulta de acompanhamento no primeiro mês de vida, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 44
- Figura 4 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que realizaram o monitoramento do crescimento, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 45
- Figura 5 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que passaram pelo monitoramento do desenvolvimento, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 46
- Figura 6 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com o calendário vacinal em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios..... 47
- Figura 7 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com suplementação de sulfato ferroso em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 48
- Figura 8 –** Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de triagem auditiva, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 49

- Figura 9** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização do Teste do Pezinho, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 50
- Figura 10** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de consulta odontológica, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 52
- Figura 11** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que receberam busca ativa por estarem em falta com as consultas, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios..... 53
- Figura 12** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com os registros em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios..... 54
- Figura 13** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de avaliação de risco, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 55
- Figura 14** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica cujo acompanhante recebeu orientações sobre prevenção de acidentes na infância, alimentação saudável e saúde bucal, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 56
- Figura 15** – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica colocadas para mamar na primeira consulta, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios. 57

LISTA DE FIGURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABO-RH-	Exame que identifica a tipagem sanguínea de acordo com os antígenos de superfície das hemácias
ACS-	Agentes Comunitários de Saúde
ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
BETAHCG-	Teste que verifica os níveis do hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana – e identifica a gestação
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/AD-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
CEMA-	Centro Municipal Atendimento Especializado
CMI-	Centro Materno Infantil
DHEG-	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DM-	Diabetes Mellitus
DPP-	Data Provável do Parto
DUM-	Data da última Menstruação
ESF-	Estratégia Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBSAG-	Exame que indica infecção pelo vírus da hepatite B(HBV)
HGT-	Hemogluco teste
HIV-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG-	Idade Gestacional
IGG-	Imunoglobulina G
IGM-	Imunoglobulina M
MS-	Ministério da Saúde
NAS-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
P-	Pressão Arterial
PHPN-	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RN-	Recém-nascido
SAI-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPré-natal-	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
VDRL-	VenerealDisease Research Laboratory- Teste para identificação de pacientes com sífilis

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 ANÁLISE SITUACIONAL	14
1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) EM CAPÃO DA CANOA EM 08/05/2014	14
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL EM 03/06/2014.....	15
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL.....	19
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
2.1 JUSTIFICATIVA	21
2.2 OBJETIVOS E METAS.....	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos.....	23
2.2.3 Metas	23
2.3 METODOLOGIA.....	24
2.3.1 Ações.....	25
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística.....	33
2.3.4 Cronograma	37
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	38
3.1 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO – FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	38
3.2 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS	39
3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS DA INTERVENÇÃO.....	40
3.4 VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES A ROTINA DA UNIDADE	41
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	42
4.1 RESULTADOS	42
4.2 DISCUSSÃO	57
4.3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO AO GESTOR.....	60

4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO À COMUNIDADE	63
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	65
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS	68
ANEXO A – PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA – FICHA ESPELHO.....	68
ANEXO B: PLANILHA DE COLETA DE DADOS	70
ANEXO C: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	71

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de uma intervenção voltada para a qualificação da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque Antártica, em Capão da Canoa, RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) EM CAPÃO DA CANOA EM 08/05/2014

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que trabalho atende uma população de aproximadamente 3500 habitantes e esta em funcionamento há 6 anos. A mesma já fechou devido a pouca quantidade de atendimento e a existência do Pronto Atendimento 24hs onde a população costumava procurar atendimento médico. Hoje, após sua reinauguração, possui uma equipe de saúde composta por: uma enfermeira, um médico, cinco agentes comunitárias, uma técnica em enfermagem, uma faxineira, uma nutricionista, uma recepcionista.

A estrutura da **ESF** foi muito pouco modificada após sua reabertura. É composta por recepção, sala de triagem, um consultório médico, consultório de enfermagem, sala de convivência, cozinha, almoxarifado (utilizado para guardar os equipamentos do “Programa Melhor em Casa”), outro consultório médico com banheiro para usuário, um banheiro para usuário, sala para autoclave, sala para procedimentos. O piso da calçada é irregular que acaba por dificultar o acesso aos cadeirantes e o jardim foi limpo apenas uma vez durante minha estadia por um morador do bairro.

Quando ocorre grande fluxo de pessoas há falta de cadeiras e os usuários aguardam em pé ou na frente da ESF. O consultório médico que utilizo não possui pia, nem material de higiene, nem armário, apenas uma mesa, uma cadeira, uma maca clínica. Não há sala de vacinas, nem local para depósito de lixo orgânico/ lixo com resíduo biológico. É notável a presença de mofos, as paredes carecem de pintura, todas as salas são pouco ventiladas. As visitas domiciliares são feitas a pé ou com recursos próprios. As poucas melhorias que foram realizadas na unidade básica foram realizadas através de doações de material pela comunidade e a mão de obra utilizada foi à própria equipe de saúde.

Analisando o processo de trabalho percebem-se deficiências, visto que os membros da equipe possuem consciência de seu papel, mas não há ações programáticas implementadas para redução de doenças/danos evitáveis nas populações de risco. O processo ainda está voltado para consulta clínica e é garantido suporte clínico, laboratorial e cuidado continuado à comunidade. As ações interprofissionais são presentes e efetivas, mas não há ações entre a equipe e a gestão que visem à promoção/proteção em saúde em longo prazo. Também devido ao pouco conhecimento sobre o SUS por parte da equipe e da gestão o diálogo torna-se pouco produtivo, ainda discute-se medicina curativa. Entretanto, a pedido da escola do bairro, há o início de ações educativas para promoção da saúde por meio de palestras que abordem saúde do adolescente e saúde bucal.

A relação com a comunidade está melhorando, devido ao fato do fechamento do ESF por algum tempo, está ocorrendo a formação de vínculo entre a comunidade e a equipe, eles estão deixando de procurar atendimento emergencial para buscar a unidade. Percebo que aos poucos a comunidade toma consciência de seu papel e exerce o seu controle social através da divulgação de campanhas na rádio comunitária ou ajuda a manter a estrutura do posto. A comunidade também é receptiva a novos profissionais.

1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL EM 03/06/2014

O Município de Capão da Canoa foi fundado em 1982 e é composto por em quatro Distritos: Distrito de Capão da Canoa (sede do Município), Distrito de Arroio Teixeira, Distrito de Curumim e Distrito de Capão Novo. A Cidade possui 45.744 habitantes (IBGE, POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2013) e conta com uma rede de saúde composta por quatro ESF implantadas (ESF São Jorge, ESF Novo Horizonte, ESF Arco Íris, ESF Parque Antártica), duas ESF em processo de abertura (ESF Curumim e ESF Arroio Teixeira), um Pronto Atendimento 24 hs, um Centro Materno Infantil (CMI), um Centro Odontológico (CO) e um hospital conveniado para a realização de internações e realização de exames de alta complexidade (Hospital Santa Luzia). O Município oferece também exames laboratoriais e atendimento especializado de fácil acesso.

Cheguei em Capão da Canoa para desenvolver as atividades em Março de 2014. E tive minha inserção na ESF Parque Antártica, localizada em área urbana e

considerada uma das áreas de maior vulnerabilidade social do município. A ESF Parque Antártica foi aberta em 1998 e não possui vínculos com instituições de ensino. Esta ESF já funcionou como Pronto Atendimento. Fechou (três vezes) e teve sua reabertura nesta mesma quantidade de vezes. Na última reabertura em 2008 foi como ESF. Atualmente a equipe é composta por um Médico concursado, uma Médica oriunda de Cuba (vinculada ao Programa Mais Médicos), uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, uma Nutricionista, cinco Agentes Comunitárias de Saúde, uma Recepcionista e uma funcionária de Serviços Gerais (faxineira).

A metodologia de trabalho utilizada pela equipe consiste em: elaboração de ações em saúde a partir das necessidades da população, propor e consolidar o vínculo das pessoas usuárias moradoras do bairro com a unidade, promover a continuidade do cuidado e compartilhar a responsabilidade da atenção. A ESF é constituída de dois consultórios Médicos, um consultório de Enfermagem, um consultório de Nutrição, uma sala das Agentes Comunitárias que também é utilizada como sala para realizar reuniões, uma sala para curativos, um banheiro para usuários, um banheiro para uso de funcionários, uma cozinha, um depósito e espaço de recepção.

A ESF carece de uma ampla reforma estrutural porque a mesma não teve nenhuma melhora antes de ser reaberta. Entretanto, com o objetivo de oferecer condições mínimas de atendimento, são necessários insumos como armários para guardar prontuários (parte deles ficam guardados em caixas de papelão no chão), cadeiras para recepção, linha telefônica e lixeiras para descarte de lixo orgânico/ lixo seco, por exemplo.

As pessoas que compõe a equipe possuem vínculo estabelecido com a população e por vezes, utilizam recursos próprios para cumprir sua função da melhor forma. Entretanto, a ausência de insumos que possibilitam condições mínimas de trabalho impede que a equipe consiga realizar a atenção continuada dos usuários e ser resolutiva, o que leva a população a procurar a unidade somente para a realização de renovação de receitas, fornecimento de encaminhamentos para a atenção secundária. Como consequência, favorece não só a utilização da atenção primária de modo inadequado e pouco eficiente, como também fortalece o hábito da população de sempre buscar o atendimento com especialistas. Mas, para que esta situação possa ser modificada e ou amenizada é necessário que toda a equipe estruture e realize ações de educação em saúde de forma permanente para população, além de melhorar a atenção prestada.

A ESF Parque Antártica atende uma população de 3.500 habitantes, composta por 545 homens com idades entre 20-59 anos, 73 homens com idade superior a 60 anos, 840 mulheres com idades entre 20-59 anos, 240 mulheres com idade superior a 60 anos, 42 crianças com menos de um ano. O número de integrantes da equipe é adequado para a população. No ano de 2015, a área abrangida pela unidade irá aumentar, e está programada a contratação de mais profissionais para o atendimento.

O atendimento da unidade ocorre em regime de livre demanda. Os usuários chegam à unidade, são acolhidos inicialmente pela recepcionista, passam pela sala de triagem onde são aferidos os sinais vitais e depois são encaminhados para consulta médica. Essa característica poderia ser amenizada com a implantação do sistema de agendamento e a prática de avaliação de risco dos usuários.

Na ESF o atendimento a saúde da criança de zero a setenta e dois meses ocorre a partir do sexto mês de vida, ou seja, não começa ao nascimento. O enfoque das consultas é apenas clínico, e não há a prática do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, são consultas oportunistas. Os registros são realizados nos prontuários e não existe a prática dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, como o Caderno de Saúde da Criança.

No Centro Materno Infantil, as crianças são acompanhadas até o sexto mês de vida devido ao grande número de profissionais especialistas disponíveis para consulta. Nesta Instituição os registros são realizados em prontuários próprios e as vacinas administradas na criança estão disponíveis em sistema informatizado para pesquisa. Nota-se que, o número de Pediatras disponíveis, as facilidades de obtenção de consultas com Especialistas, somada ao hábito da população em realizar a primeira consulta com Especialista dificultam o estabelecimento do vínculo com a EFS.

Quanto ao atendimento de pré-natal na ESF ocorre uma vez por semana, em regime de livre demanda (no momento estão sendo acompanhadas cinco gestantes porque o médico concursado está dividindo seu horário com a Unidade e Pronto Atendimento 24hs). As consultas são realizadas em conjunto pelo Médico e Enfermeira. Não há seguimento de protocolos para atendimento e os registros são feitos nos prontuários da Unidade e na Caderneta da Gestante. Quando a gestante apresenta alguma alteração é encaminhada ao Centro Materno Infantil, onde é obtida avaliação com Especialistas sem espera. Mesmo com orientação de profissionais do CMI às gestantes para que retornem a ESF, as gestantes acabam por continuar o pré-

natal no Centro Materno Infantil. Esta situação é mais uma das que resultam e contribuem para a perda de vínculo da gestante com a Unidade. Em alguns casos há apenas contatos telefônicos isolados entre Enfermeiros da ESF e a Gestante. Não há registros de referência - contrarreferência formalizados. Estas ocorrências favorecem a realização do pré-natal no Centro Materno Infantil. Para que esta situação modifique é necessária a adoção de medidas como: na CMI - a avaliação das gestantes com pré-natal de baixo risco encaminhá-las para sua Unidade de referência; na ESF - criação de grupo de gestantes para informações e construção de conhecimentos e melhoria do vínculo, com encaminhamento somente das que apresentarem alto risco gestacional. Estas ações são fundamentais para reconstrução da relação com a ESF.

O atendimento das usuárias em relação à neoplasia de colo de útero e mama é realizado tanto no Centro Materno como na **ESF**. Na Unidade, o atendimento é prestado uma vez por semana, em regime de livre demanda. Não há seguimento de protocolos e os registros são feitos nos prontuários das mulheres. No CMI, há coleta de exames todos os dias em regime de livre demanda e, como resultado, as mulheres optam por realizar seus exames de rotina nesse local. O registro dos exames realizados no CMI é realizado no SISCOLO e SISMAMA, entretanto, nunca está atualizado devido à sobrecarga dos profissionais que acabam por desempenhar mais de uma função. Então, há uma sobrecarga de uma das “pontas” do sistema e a utilização inadequada de outra devido à desinformação das usuárias. O “Outubro Rosa”, palestras informativas e atividades educativas, além do estabelecimento de um correto sistema de referência e contrarreferência são ferramentas fundamentais para estimular o retorno da usuária a sua unidade.

O atendimento de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes melitus é feito na ESF todos os dias da semana, em regime de livre demanda. Os usuários procuram a unidade para aferição da pressão arterial e renovação de receitas. Não há seguimento de protocolos de atendimento e os registros são realizados nos prontuários da unidade. Cabe dizer que a implantação do sistema “HIPERDIA” e o estímulo dos usuários à prática de medidas preventivas de modo contínuo em grupo não só facilitaria o controle, mas também aumentaria a adesão dos mesmos ao tratamento.

O atendimento ao idoso no ESF Parque Antártica é realizado de modo individualizado com foco nas doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes melitus, depressão. Os registros são feitos nos prontuários e não é seguido nenhum

protocolo para atendimento. Há um grupo de idosos na comunidade que se reúne uma vez por semana para a prática de atividade física, realização de palestras sobre temas em saúde escolhidos pela população. As palestras são feitas pela Enfermeira da equipe e muitos membros do grupo são usuários da unidade. Eles buscam a ESF para a realização de acompanhamento de suas doenças de base e avaliação para a prática de atividade física.

Acredito que o principal desafio a ser superado pela Equipe do ESF Parque Antártica consiste na construção de vínculo com a população. É importante e fundamental que usuários entendam a necessidade de conhecer o processo de saúde, exercer o controle social e também compartilhe sua responsabilidade com os profissionais de saúde. A equipe da ESF Parque Antártica mostra-se muito engajada e participativa para a construção do elo com a comunidade.

1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

Em um primeiro momento pude perceber que o ESF Parque Antártica está localizado distante das instituições de atendimento de urgência e emergência. O caminho que realizei para chegar à unidade permitiu ver que a comunidade, em sua grande maioria, é composta por pessoas carentes. Nota-se que seu entorno estava sem medidas de higiene. A unidade não apresentava um fluxo excessivo de pessoas, mas estava adequado porque, quando chove, as ruas ficam alagadas dificultando o acesso.

A realização dos questionários e da análise situacional aprofundou minha percepção sobre a unidade e o contexto onde ela está inserida, demonstradas nas principais diferenças percebidas entre os dois textos.

A localização da unidade permite que a comunidade possua um recurso de saúde próximo de suas casas. O bairro possui áreas com estrutura mais adequadas, outras áreas necessitando de melhorias; outras sem nenhuma estrutura básica (saneamento básico). Durante os atendimentos e caminhadas pelo bairro para a realização de visitas, pude perceber que há pessoas extremamente carentes que utilizam todos os níveis de atenção à saúde e outras pessoas que utilizam a unidade somente para troca de requisições e renovação de receitas. Os terrenos no entorno devido à falta de limpeza favorecem a proliferação de doenças e o pouco fluxo de

pessoas ocorre devido à ausência de vínculo. A situação social e econômica do bairro não é o que define a vinculação com a unidade. Existem sim alguns fatores que impedem a criação do vínculo: local onde algumas pessoas residem, alagamentos que dificultam e impede o acesso à ESF, o entendimento equivocado da maioria, que a ESF existe apenas para realização de atendimento para troca de requisição, renovação de receitas e encaminhamentos ao atendimento especializado de outras instituições de saúde. Unidade

Quanto ao trabalho da equipe concluí que era satisfatório em relação ao atendimento, isto é, realizam o acolhimento, informam sobre as facilidades de utilizar a ESF e orientam sobre medidas preventivas em saúde, entretanto não conseguem manter o cuidado continuado de usuários. Isso é devido ao pouco tempo de existência da unidade e ao não rompimento ainda da barreira do hábito de utilizar somente serviço especializado. Com base nos estudos feitos e nos exercícios realizados percebi que a Equipe deve realizar formação sobre o sistema público de saúde possibilitando maior conhecimento e tendo como resultado melhor orientação à comunidade. E que a quantidade de profissionais contempla as necessidades do número de habitantes da comunidade, mas o fluxo não é adequado em razão de haver pouca existência e empenho na criação de vínculo.

Por fim, a realização da análise situacional proporcionou rever a importância do vínculo dos usuários que leva ao controle social efetivo e a utilização da rede de saúde de modo adequado.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde, a queda da mortalidade infantil das crianças com idade abaixo de um ano de vida foi reduzida graças a ações como a redução da pobreza e ampliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família. Com esse objetivo, foram elaboradas ações programáticas e políticas para intervir nessa realidade como, por exemplo, a ampliação dos serviços de saúde, desfragmentação a assistência e a mudança no cuidado às gestantes e aos recém-nascidos. Na atenção primária em saúde, são realizadas ações que reforçam desde o binômio mãe recém-nascido durante o primeiro ano de vida até o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento a partir do segundo ano de vida no contexto familiar.

Em âmbito municipal isso pode ser observado por meio do Programa Rede Cegonha que traz mudanças no modelo de atendimento ao parto, nascimento da criança e acompanhamento até o segundo ano de vida por meio de medidas como o clampeamento tardio do cordão umbilical, permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante toda a internação, incentivo ao aleitamento materno desde o nascimento e estímulo à participação paterna. Esses cuidados continuam após alta hospitalar, quando os recém-nascidos são encaminhados para as ESF para acompanhar o crescimento até o sexto ano de vida, com um olhar voltado para a realidade que a família está inserida.

A ESF Parque Antártica atende uma população de 3500 habitantes em sua área de abrangência composta por 1800 mulheres, 1360 homens e 175 crianças com idades entre 0 e 72 meses. Esses usuários são atendidos por uma equipe composta por um médico brasileiro, uma médica oriunda de Cuba pertencente ao Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e uma faxineira. A estrutura física oferece condições razoáveis de trabalho, com algumas

limitações, mas não impeditivas para a realização de um acompanhamento de qualidade.

No entanto, no município, á preceito das usuárias/dos cuidadores que o acompanhamento das crianças seja realizado no Centro Materno Infantil até o sexto mês de vida. Esse serviço possui especialistas que atendem em regime de livre demanda.

Como o tempo de cada consulta é restrito, a unidade realiza, apenas, consultas oportunistas, sem acompanhamento sistematizado, não faz avaliação do seu crescimento (plotagem nas curvas) e desenvolvimento neuropsicomotor (orientação sobre os marcos do desenvolvimento descritos na Caderneta da Criança), nem esclarecimento dos problemas do recém-nascido.

A unidade possui cadastradas 83 crianças de zero até o primeiro ano de vida. O atendimento é dividido entre a ESF e o Centro Materno Infantil. O último acaba por realizar o maior número de atendimentos as crianças devido ao regime de atendimento em livre demanda com especialistas e, como resultado, os bebês que não tiveram intercorrências no parto/internação hospitalar são acompanhados até o sexto mês de vida por consultas mensais. Já os recém-nascidos que apresentaram alguma doença, são vistos até quando for necessário.

Constata-se que o hábito de toda a criança recém-nascida deve ser avaliada no Centro Materno Infantil ocasiona um atendimento de menos qualidade devido ao excesso de número de consultas e, com isso, as mães/ os cuidadores saem com muitas dúvidas. Somada a isso, a preferência dos pais/cuidadores ao atendimento com o pediatra faz com que haja pouca adesão ao atendimento fornecido na unidade. Não há ações implementadas na unidade com o objetivo de realizar a busca ativa das crianças para atendimento na ESF, tampouco ações em grupo para a construção de conhecimento comum, e isso também favorece essa inversão de fluxos.

É necessária a realização do acompanhamento de qualidade das crianças de zero até o sexto ano de vida na **ESF** devido ao excessivo número de atendimentos realizados na instituição destinados a prática da atenção secundária e à necessidade de corrigir o fluxo de utilização da rede de saúde, além de ser uma ação básica para a execução da Estratégia de Saúde da Família. O principal desafio encontrado será a orientação das mães sobre a complementaridade do atendimento oferecido entre o Centro Materno Infantil e a ESF, que pode ser superado por meio de busca ativa das

crianças e construção/reconstrução do vínculo das mães com a unidade por meio de uma atenção de qualidade.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque Antártica, em Capão da Canoa, RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Aumentar a cobertura do programa
2. Melhorar a qualidade da atenção
3. Melhorar a adesão do público alvo
4. Melhorar os registros da unidade
5. Realizar classificação de risco da população infantil
6. Promover a saúde da população

2.2.3 Metas

Relativa ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do programa

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

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção

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

2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão do público alvo

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

Relativas ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

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

Relativas ao objetivo 5. Realizar classificação de risco da população infantil

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

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde da população

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

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

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

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

2.3 METODOLOGIA

A intervenção foi elaborada para ser desenvolvida no ESF Parque Antártica no município de Capão da Canoa, RS durante 12 semanas. Os participantes serão as crianças com idades entre 0-72 meses pertencentes à área adstrita, a equipe da unidade e os profissionais pertencentes ao Centro Materno Infantil. Será utilizado como protocolo de atendimento o Caderno de Atenção Básica Nº 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, do Ministério da Saúde.

2.3.1 Ações

Relativas ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do programa

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

Para esta meta foi realizado um levantamento do número de crianças pertencentes à área adstrita. A partir disso, as ACS identificaram as crianças com idades entre 0-72 meses que não estavam cadastradas. Foi realizado o cadastro das mesmas. As crianças tiveram prioridade no atendimento sem prejuízo dos demais grupos. As crianças que ingressaram no Programa Saúde da Criança na primeira semana de vida foram monitoradas a partir do número de gestantes com 38 semanas. Além disso, foi realizada a formação dos profissionais para a adoção dos protocolos contidos no Caderno de Atenção Básica Nº 33. Esta medida resultou na realização de um atendimento padronizado e transmissão das principais informações a comunidade.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

A realização das consultas na primeira semana de vida será monitorada a partir do número de gestantes com 38 semanas completas. Elas foram informadas sobre a importância da realização do teste do Pezinho até o sétimo dia de vida. Para os casos detectados de após a data provável do parto que não tenha ocorrido à primeira consulta de puericultura, foi providenciada visita domiciliar pelas ACS. Nas visitas a profissional informará sobre as facilidades de realizar o acompanhamento da criança na unidade de referência e também o motivo de falta.

Um ponto importante para o desenvolvimento do trabalho foi à garantia com o gestor da disponibilização dos materiais necessários para a realização das consultas: cópias do CAB Nº 33, balança adulto, balança pediátrica, fita métrica, vacinas, testes da Orelhinha e do Pezinho, sulfato ferroso.

A realização da capacitação da equipe para adoção dos protocolos contidos no Caderno de Atenção Básica Nº33, possibilitou o agendamento de consultas (8 marcadas previamente e 4 de urgência) sem prejuízo dos demais grupos. Nos casos de consultas de urgência, os/as usuários(as) foram acolhidos e as necessidades escutadas.

Nas consultas houve avaliação de forma padronizada atendendo aos seguintes itens: peso, comprimento/altura, desenvolvimento neuro-cognitivo, vacinas realizadas de acordo com a idade e avaliação odontológica. Como procedimento normativo, ao final da consulta, o cuidado com a criança foi compartilhado com o/a cuidador(o/a) por meio da orientação teste da orelhinha, a leitura da curva de crescimento, habilidades desenvolvidas de acordo com a idade, calendário vacinal, importância da utilização do sulfato ferroso para prevenção de anemia ferropriva. E também de reforçar a facilidade da realização da consulta de puericultura na unidade de referência.

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão do público alvo

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

A periodicidade e o número médio de consultas serão monitoradas pelas fichas-espelho. Constou da formação da equipe, como identificar as crianças com consultas em atraso e/ou faltosas por meio da caderneta da criança e a ficha espelho. Esta tarefa foi desenvolvida pelas ACS e sempre verificada ao final do dia. As ACS

realizarão visita domiciliar das ACS (busca ativa) que informando ao/a cuidador(ora) a importância da regularidade das consultas. As crianças em atraso e/ou faltosas serão atendidas nos horários destinados para consultas de urgência/emergência.

Relativas ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

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

Os registros das consultas de acompanhamento serão monitorados. Durante as reuniões para capacitação profissional, foi apresentada a ficha-espelho que foi adotada pela equipe. Também foi treinado o preenchimento. Foi combinado e efetivado que as ferramentas utilizadas para registro (prontuários e fichas-espelho) serão avaliados mensalmente pela enfermeira. As ACS informarão a comunidade nos espaços de convívio e na UBS sobre seus direitos em relação a manutenção dos registros, solicitação de segunda via e, em particular, das vacinas.

Relativas ao objetivo 5. Realizar classificação de risco da população infantil

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

Foi realizado o treinamento da equipe para a identificação dos fatores de morbi/mortalidade: essas crianças serão identificadas durante o atendimento na UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS. As fichas-espelho e os prontuários receberão um adesivo para destaque e será descrito o fator de risco. As crianças identificadas com alto risco e, as que possuíam consultas em atraso terão prioridade no atendimento. A comunidade foi informada sobre os fatores de risco de morbi/mortalidade nos espaços de convivência e na UBS.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde da população

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

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

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

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

A formação da equipe será realizada sobre os seguintes tópicos: principais acidentes na infância de acordo com a idade, aconselhamento sobre aleitamento materno exclusivo, correção da “pega” durante a mamada, orientação nutricional de acordo com a idade, higiene corporal e higiene bucal. Essas ações serão monitoradas por meio do registro nos prontuários e nas fichas-espelho. Essas informações também foram transmitidas a comunidade nos espaços coletivos para a construção de conhecimento comum e troca de experiências e durante as consultas clínicas/enfermagem.

Para a realização da ação sobre a promoção a saúde da população foi dois profissionais palestrarão sobre os temas vistos na formação profissional . Essa atividade será monitorada nas reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do programa

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

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

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

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

Relativos ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção

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

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

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

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 2.4. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 3. Melhorar a adesão do público alvo

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Relativo ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

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

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado

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

Relativo ao objetivo 5. Realizar classificação de risco da população infantil

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

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Relativos ao objetivo 6. Promover a saúde da população

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos 1 e 2. Aumentar a cobertura do programa e Melhorar a Qualidade da atenção.

A fim de realizar as ações referentes aos objetivos 1 e 2 foi necessário, inicialmente, fazer um telefonema ao Gestor solicitando uma reunião entre a Equipe e a Gestão. A responsabilidade pelo agendamento com o Gestor foi da Enfermeira do ESF Parque Antártica. A reunião aconteceu na Secretaria de Saúde (sala do secretário). A Equipe levou um resumo escrito com os seguintes itens: tema de intervenção, metas, materiais necessários para a execução. O Gestor garantiu a disponibilização dos insumos através de telefonema e envio de Equipe de manutenção que realizou conserto e colocou em condições de uso os seguintes materiais: balança infantil, balança para adultos, fita métrica, antropômetro. Foram fornecidos pelo médico duas cópias do Caderno de Saúde da Criança, uma cópia da Caderneta da Criança que ficarão disponíveis na unidade para estudo da equipe. Após disponibilização de insumos para a realização da intervenção, serão feitas reuniões de equipe.

As reuniões acontecerão uma vez por semana na sala de reuniões da Unidade. A Equipe receberá o comunicado das datas das reuniões por escrito no formato de aviso colocado no mural da Unidade. Recursos utilizados para a realização das reuniões: exposição oral, apresentações de Slides no Programa Power Point, espaço para questionamentos. Todos os temas das reuniões estão contidos no Caderno de Saúde da Criança.

As ACS elaborarão um documento de investigação (questionário) contendo informações primordiais a serem transmitidas à comunidade. O treinamento prático da

equipe (aferição do peso, comprimento, perímetros torácico/cefálico, marcos do desenvolvimento da criança, verificação da carteira vacinal) será realizado na primeira reunião e terá continuidade em toda a intervenção.

Toda e qualquer informação direcionada a comunidade será através de avisos individuais, avisos coletivos na sala de espera da Unidade, comunicados afixados no mural da ESF, cartazes, panfletos, ligações telefônicas, comunicados na residência, comunicado por escrito deixado na residência, de exposição oral e ou impressa em espaços comunitários existentes no bairro. No mural da sala de espera terão avisos importantes relacionados a saúde da criança. Em todos os casos, os dados recolhidos serão registrados nos prontuários da unidade e na Caderneta da Criança.

Objetivo 3. Melhorar a adesão do público alvo

Com o objetivo de concretização da logística desta meta, será utilizada uma agenda. A implantação na unidade do sistema de agendamento permitirá a organização do número de atendimentos por turno. A agenda será aberta com 8 consultas agendadas 4 consultas destinadas para atendimentos de emergência. Ao final de cada dia, serão identificadas as crianças faltosas que irão receber a visita das ACS para monitoramento e avaliação dos motivos e marcação de nova consulta. Essa será marcada nos horários que ficarão disponíveis para consultas de emergência, sem prejuízo dos demais usuários. A agenda será de uso exclusivo da Equipe.

Nas visitas domiciliares, as ACS levarão a ficha dos usuários a serem visitados e anotarão na ficha de atendimento os seguintes itens: nome do cuidador, nome da criança e idade, motivo que não foi a consulta, possibilidade de atraso no desenvolvimento neurológico/motor, orientação a procurar a unidade para avaliação.

Objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

A caderneta, o prontuário e as fichas-espelho serão os instrumentos de informação da situação das crianças. Durante a reunião com a equipe será pactuado que todo o registro deve ser realizado nos prontuários da unidade e na caderneta da criança. A cada consulta deve estar anotado no prontuário: peso, idade, altura/comprimento, ausência ou presença de amamentação, alimentação complementar, avaliação da carteira vacinal, avaliação do crescimento/desenvolvimento, orientações sobre prevenção de acidentes. Na Caderneta de Saúde da Criança serão anotados os seguintes itens: data da consulta,

peso, idade, perímetros cefálico/torácico, plotagem dos dados na curva de crescimento.

A Enfermeira será responsável pela avaliação dos registros mensalmente. A equipe será responsável por informar a comunidade sobre direitos em relação à manutenção de registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Objetivo 5. Realizar classificação de risco da população infantil

A partir da realização das visitas domiciliares e do levantamento das crianças residentes na área pelas ACS e consultas clínicas/de enfermagem, serão identificadas crianças de risco que possuem puericultura/acompanhamento do desenvolvimento em atraso. Nos casos que forem identificados por meio do levantamento das ACS, receberão uma identificação no prontuário (adesivo) e receberão visita domiciliar ou telefonema (para as crianças já cadastradas) para avaliação clínica/enfermagem.

Durante a realização das visitas domiciliares de rotina, poderão ser identificados novos casos pelas ACS. Elas farão as seguintes anotações nas fichas de atendimento: nome cuidador, nome da criança, fator de risco que a criança apresenta, risco de morte, solicitação de avaliação da enfermeira/médico. Essas crianças serão atendidas inicialmente nos horários livres disponíveis na agenda que foram previamente combinados e suas consultas seguintes serão marcadas automaticamente. Em ambos os casos, essas crianças terão prioridade no atendimento e receberão acompanhamento das ACS (acompanhamento complementar ao clínico) uma vez na semana.

Durante as consultas e nas visitas domiciliares, os cuidadores serão informados e orientados sobre a identificação dos fatores de risco de morbimortalidade infantil. Estas informações acontecerão através de comunicados na sala de espera da ESF, comunicados individuais e comunicados individuais nas visitas domiciliares.

Objetivo 6. Promover a saúde da população

Todos os profissionais da Equipe farão orientações sobre promoção de saúde da criança que foram estudados no Caderno de Atenção Básica (Saúde da Criança) durante a formação dos mesmos: importância do acompanhamento do crescimento/desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno até o segundo ano de vida, prevenção de acidentes de acordo com a idade, alimentação saudável. Essas informações serão transmitidas aos cuidadores durante todos os procedimentos que ocorrem dentro da unidade como coleta de citopatológico, consultas clínicas, realização de procedimentos. Serão desenvolvidas ações nos espaços coletivos da comunidade (creches municipais, salões paroquiais) por meio de exposições orais ou recursos visuais que terão como objetivo educar e construir um conhecimento coletivo. Essas atividades serão divulgadas dentro da ESF, na rádio da cidade para convocar a comunidade para participar. No final das palestras haverá tempo livre para a realização de perguntas e sugestão de temas para as palestras seguintes. Após essas atividades será realizada uma avaliação com a equipe para verificar a satisfação e participação da comunidade.

2.3.4 Cronograma

Objetivos	AÇÕES	SEMANA											
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Criança e melhorar a sua adesão	Priorizar atendimento a criança, monitorar o número das cadastradas na ESF e cadastrar as de 0-72 meses.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitorar a periodicidade das consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Buscar as crianças faltosas e informar sobre a importância do acompanhamento regular da criança.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Atendimento clínico das crianças	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Capacitação da equipe	X			X			X			X		
Melhorar a qualidade do atendimento e realizar mapeamento das crianças de risco	Monitorar o percentual de crianças que ingressam no Programa Saúde da Criança na primeira semana de vida garantindo a realização do teste do pezinho/orelhinha.	X		X		X		X		X		X	
	Monitorar o percentual de crianças que foram avaliadas pela curva de crescimento, déficit/excesso de peso.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitorar vacinas em atraso.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Melhorar o registro das informações	Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na ESF Parque Antártica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pactuar com a equipe o registro das informações.	X						X					
	Informar e orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.							X					
Promoção de Saúde	Monitorar o registro de prevenção de acidentes nos prontuários, monitorar ações de educação em saúde sobre o assunto.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definição dos papéis dos membros da equipe na promoção do aleitamento materno, alimentação, prevenção de acidentes na infância.	X						X					

OBS: As visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.

Figura 1- Quadro do cronograma de atividades da intervenção

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO – FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS

Após a fase de elaboração do projeto, foram garantidos com os gestores os insumos necessários para a realização do mesmo. Foi acordado com os profissionais do Centro Materno Infantil que os (as) usuários (as) portadores de endereço referente ao bairro Parque Antártica que procurassem a instituição para a realização de puericultura seriam encaminhados para a unidade de referência.

A intervenção de melhoria da qualidade do acompanhamento das crianças com idades entre 0-72 meses ocorreu no ESF Parque Antártica durante o período de 8 de Agosto a 6 de Novembro de 2014. A meta para ampliação da cobertura foi atingida e superada no ultimo mês de intervenção e os indicadores obtidos foram mostrados e discutidos na reunião de equipe na semana de conclusão da intervenção com o objetivo de melhorar o serviço oferecido na unidade.

A maioria das ações foi desenvolvida de maneira satisfatória, entretanto muitas dificuldades foram superadas para a implementação do projeto no cotidiano da unidade.

Inicialmente foi realizada a formação profissional sobre os protocolos de atendimento contidos no Caderno de Atenção Básica Nº 33 – Saúde da Criança. Somado a isso, as ACS tiveram prioridade na formação, pois irão transmitir conhecimentos à comunidade e, para isso, elaboraram um breve questionário. A realização da formação da equipe tornou a equipe mais crítica sobre o atendimento oferecido na unidade e isso influenciou de maneira positiva nos demais atendimentos oferecidos como as consultas de enfermagem que se tornaram mais resolutivas.

Foi realizado o levantamento do número de crianças pertencentes a área adstrita. Esse dado foi utilizado até o segundo mês da intervenção. Somado a isso, foi realizado um levantamento das gestantes com 38 semanas de idade gestacional que irão receber orientação sobre a realização dos testes da orelhinha e do pezinho,

amamentação, facilidades de realizar a puericultura na unidade de referência. Durante a intervenção nenhuma gestante entrou em trabalho de parto precipitado. Nesse período surgiram dois problemas de difícil solução: aumento da área adstrita sem aumento da equipe e demissão das ACS. Como resultado ainda não houve o cadastro total das famílias novas, porém as mesmas já são atendidas na unidade causando sobrecarga da equipe. Além disso, as ACS sentem-se sobrecarregadas com o número de famílias a serem acompanhadas e desmotivadas por aguardarem seu desligamento de função.

A implementação dos registros nos prontuários e nas fichas-espelho, no primeiro momento, foi pouco aceito pela equipe devido à ausência de espaço para armazenameto (a unidade carece de armários, parte dos prontuários ficam em caixas de papelão) e pela grande quantidade de dados a serem registrados que aumentou o tempo da consulta. Com o avançar das semanas, o registro tornou-se mais dinâmico e passou a ser exigida dos (as) usuários (as) a Caderneta da Criança para a realização do atendimento. Consequentemente os dados foram obtidos com facilidade para preenchimento dos prontuários/fichas-espelho. No final de cada mês, o uso das fichas-espelho era verificado pela enfermeira, o que facilitou a identificação dos usuários que não compareceram às consultas ou vacinas em atraso.

A avaliação de risco foi realizada pelas ACS durante a realização das visitas domiciliares para divulgação do projeto. Quando era identificado o fator de risco, o mesmo era registrado no prontuário e os (as) cuidadores (oras) e os pais foram informados e orientados sobre a identificação de fatores de risco para morbimortalidade infantil. Alguns casos que apresentaram fatores de risco foram acompanhados por meio de visitas domiciliares.

3.2 AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS

Quanto às ações não realizadas: com o objetivo de melhorar a adesão foi planejado implantar o sistema de agendamento. Não foi possível porque devido ao acréscimo de bairros à área antiga da ESF houve grande aumento do número de atendimentos. A equipe concentrou seu trabalho dentro da unidade, isto é, toda a criança que foi encaminhada por uma ACS ou pertencente à nova área da unidade foi atendida, mas sem o sistema de agendamento.

Quanto a promoção de saúde para crianças de 0-6anos foi combinado com a equipe, em um primeiro momento, que seriam realizadas palestras sobre os principais temas relacionados com a Saúde da Criança na unidade e nos espaços coletivos para construção de conhecimento. Não foi possível realizar devido ao aumento do número de atendimentos na ESF. Então foram realizadas conversas informais de sala de espera semanal sobre amamentação, alimentação saudável, prevenção de acidentes, higiene bucal e corporal, cuidados gerais com o recém-nascido. Essas informações foram transmitidas por meio de conversas informais feitas por duas ACS durante a espera de atendimento médico. Nesse momento há a construção de conhecimento coletivo e troca de experiências entre usuários.

Alem disso, as crianças receberam avaliação odontológica somente na unidade (foi realizada pelo médico) devido à ausência de odontólogos suficientes no município. Os casos que receberam consulta odontológica ocorreram na rede privada.

3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS DA INTERVENÇÃO

Com o objetivo de realizar a coleta de dados foi solicitado aos usuários a Caderneta da Criança para a realização do atendimento. Inicialmente eles se esqueciam de levar e muitos dados da ficha-espelho não eram preenchidos. A solução encontrada foi realizar o atendimento da criança para não perder o vínculo e orientá-los a levar a caderneta no dia seguinte. Eles deixavam o documento na ESF e durante a verificação das fichas-espelho pela enfermeira, os dados eram completados. No segundo mês de intervenção, coloquei um cartaz na recepção exigindo a caderneta para atendimento. Com essa medida ficou fácil a realização dos registros nos prontuários e nas fichas-espelho. Além disso, durante a intervenção foram utilizados os indicadores para avaliação e modificação das ações durante o processo, tudo por meio da Planilha de Coleta de dados do Excel, que foi de grande valia para melhorar os registros e acompanhamento.

3.4 VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES A ROTINA DA UNIDADE

Após os três meses de intervenção foi possível observar que as seguintes ações foram incorporadas a rotina da unidade: realização da consulta de puericultura, realização do acolhimento dos pais e da criança, exame físico da criança conforme a idade, realização da busca ativa das crianças faltosas, informação da comunidade sobre os principais temas relacionados a saúde da criança.

A mudança do local da realização da puericultura para a ESF foi difícil no primeiro momento devido ao vínculo com o especialista até o sexto mês de vida. Entretanto a principal reclamação dos mesmos era o tempo de duração de cada consulta e a ausência de solução de dúvidas. Com a realização do novo modelo de consulta, os/as cuidadores(oras) sentiram-se acolhidos porque houve um esforço da equipe em solucionar as dúvidas em cada consulta. Também, a possibilidade de ter atendimento realizado próximo da residência deixa os mesmos mais seguros devido ao fácil acesso ao atendimento. As ACS tiveram um papel fundamental nessa ação pois não só convocaram a comunidade durante as visitas domiciliares, mas também informavam sobre a importância da continuidade do atendimento após o 2º ano de vida.

Entretanto acredito que a continuidade da realização e atualização dos registros não permanecerá devido à necessidade de constante verificação e monitoramento.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

Relativos ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do programa

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde para 60% das crianças entre 0-72 meses pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Indicador: Proporção de crianças entre 0-72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

Avaliação Quantitativa: foram identificadas 175 crianças com idades entre 0 e 72 meses no território. Inicialmente houve uma baixa procura pelos serviços devido ao vínculo forte entre os usuários com a instituição de atenção secundária, fazendo com que apenas 18,28% das crianças (32) fossem cadastradas e atendidas no primeiro mês. Com o avançar das semanas, a realização da divulgação do projeto à comunidade pelas ACS e a orientação do CMI a procurar a unidade de referência (verificação do endereço) esse número aumentou, chegando a 55,42% das crianças (97) no segundo mês. No último mês de intervenção, os usuários já procuravam a unidade espontaneamente, alcançando 85,71% das crianças (150). As crianças com idades entre 24-36 meses foram as mais avaliadas.

Avaliação Qualitativa: o aumento a cobertura deve ser avaliado de forma positiva devido a realização do trabalho em equipe realização das visitas domiciliares pelas ACS, somadas às orientações de cada profissional em sua área, e a realização de busca ativa das crianças, que levaram ao entendimento da comunidade que a unidade é capaz de oferecer serviço de qualidade e que o acompanhamento da criança é realizado de modo contínuo, não somente até os 6 meses de idade. Essas ações levaram não só ao aumento da cobertura, mas também a construção do vínculo dos usuários com a unidade. Também deve ser considerado o apoio do CMI que encaminhou todas as crianças pertencentes à área da unidade para realização de consulta na mesma. A partir do segundo mês de intervenção foi aumentada a área adstrita da unidade e com isso, houve um aumento do número total de crianças, mas ainda não considerado na nossa

intervenção, pois essas crianças ainda não foram cadastradas nem recebem visita das ACS.

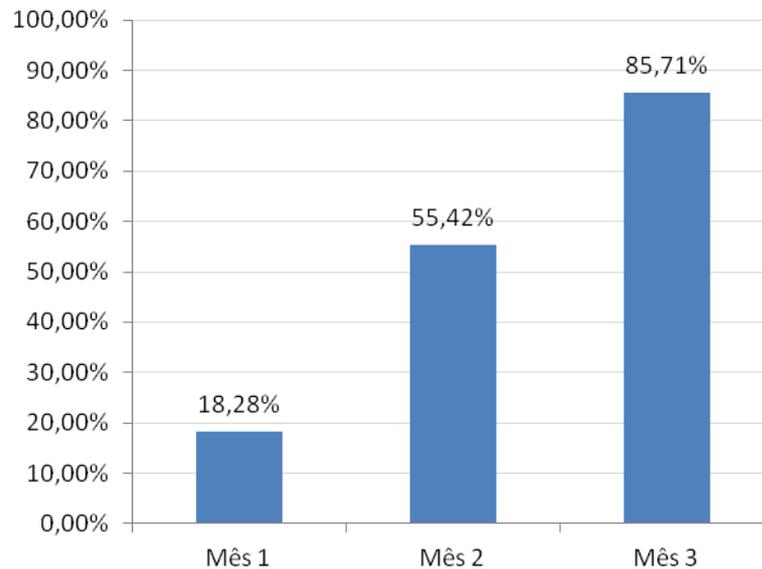


Figura 2 – Gráfico indicativo da cobertura da puericultura para as crianças de 0 a 72 meses na ESF Parque Antártica de agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Relativos ao objetivo 2. Melhora a qualidade da atenção

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

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

Avaliação Quantitativa: esse dado foi obtido por meio da verificação da realização da primeira consulta na Caderneta da Criança para crianças com idade superior a um mês de vida. Já as crianças com idade inferior a sete dias de vida sofreram busca ativa pelas ACS para a realização da primeira consulta. Esses dados foram registrados nas fichas-espelho e prontuários da ESF. As crianças que não realizaram a consulta na primeira semana de vida foram devido à internação hospitalar por complicações no nascimento ou por não comparecimento. Percebeu-se pelos registros que 100% (32 crianças) realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida no mês 1, 93,81% (91 crianças) passaram pelo procedimento no primeiro mês de vida no mês 2 da intervenção, e os 90 dias foram fechados com **97,33% (146 crianças das 150)**.

Avaliação Qualitativa: Um fator que não pode ser avaliado é a qualidade da consulta oferecida na primeira semana de vida, pois os dados coletados foram obtidos da Caderneta da Criança. Em alguns casos está somente registrada a data da

consulta e o peso aferido. No entanto essa qualidade já foi garantida ao longo da intervenção com a realização de busca ativa das crianças com idade inferior a sete dias de vida para iniciar acompanhamento na ESF.

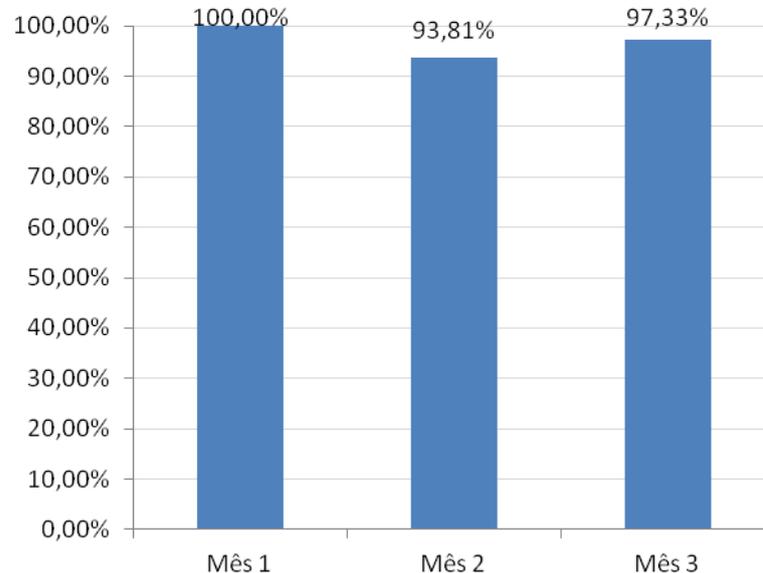


Figura 3 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que realizaram a primeira consulta de acompanhamento no primeiro mês de vida, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Meta 2.2: monitorar o crescimento em 100% das crianças

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento

Avaliação Quantitativa: As crianças que tinham idade inferior a 24 meses de vida realizavam avaliação do crescimento durante a consulta de puericultura por meio da aferição do comprimento. Já as crianças com idade superior a 24 meses eram as que mais possuíam consultas em atraso. Essas sofriam busca ativa pelas ACS ou procuravam a ESF para a atualização do acompanhamento. 26 crianças (81,25%) no mês 1, 75 (77,31%) no mês 2 e 133 (88,66%) das crianças tiveram esse dado avaliado e atualizado.

Avaliação Qualitativa: um aspecto que deve ser levado em consideração é que o dado foi aferido somente nas crianças com suspeita de sobrepeso/obesidade. Embora nenhuma criança apresente alteração no crescimento, o indicador não trouxe melhores resultados porque faltaram dados das consultas anteriores (aferições do comprimento/altura). Esse indicador foi melhorado com o treinamento da equipe para aferição do dado durante a triagem/acolhimento.

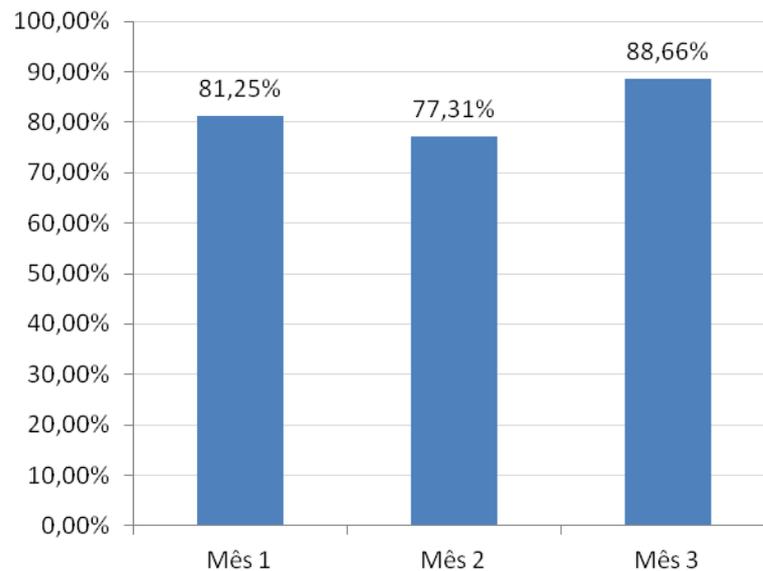


Figura 4 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que realizaram o monitoramento do crescimento, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Meta 2.3: monitorar 100% das crianças com déficit de peso

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

Avaliação Quantitativa: Durante a realização da intervenção, a realização da pesagem e a colocação do dado na curva de crescimento não mostrou crianças com déficit de peso.

Avaliação Qualitativa: A realização da aferição do peso das crianças com idades entre 0-72 meses mostrou quase todas estavam com peso adequado para a idade, nenhuma com déficit, apenas 4 com sobrepeso. 100% das crianças passaram por essa avaliação e monitoramento.

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

Indicador 2.4: proporção de crianças com excesso de peso

Avaliação Quantitativa: Durante a realização da intervenção foi realizada a aferição do peso de todas as crianças com idades entre 0-72 meses de idade e, como resultado, foram identificados 4 casos (2,6%) das 150 crianças avaliadas de sobrepeso e obesidade infantil. Esses casos foram encaminhados para avaliação nutricional e registrados como prioridade no acompanhamento da unidade.

Avaliação Qualitativa: os casos de sobrepeso/obesidade infantil identificados ocorrem por alimentação de má qualidade (consumo de grande quantidade de comida, ingestão de fast food, ausência de consumo de frutas/verduras,

ausência de prática de atividade física). Os principais motivos encontrados foram: ausência de rotina imposta pelos pais, jornada de trabalho dos pais que impede a realização das principais refeições em casa, presença de guloseimas como rotina da alimentação. Esse indicador possui um resultado negativo, pois mostra o comprometimento dos hábitos alimentares saudáveis. Para enfrentar tal problema todos os profissionais da unidade inseriram em sua rotina a orientação aos familiares sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis.

Meta 2.5: monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

Avaliação Quantitativa: A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi realizada conforme a idade, alcançando 78,12% (25 crianças) no mês 1; 71,13% (69 crianças) no mês 2, e 90,00% (135 crianças) no mês 3.

Avaliação Qualitativa: Um fator a ser considerado na avaliação desse indicador foi a avaliação incompleta do desenvolvimento neuropsicomotor para as crianças que iniciaram a puericultura no CMI devido ao grande número de atendimentos realizados. Ao levarem seus filhos para realizar acompanhamento na ESF esse dado passou a ser avaliado de maneira completa. Assim, em breve, todas as crianças estarão com essa avaliação atualizada. Ainda que não seja 100%, o resultado desse indicador pode ser visto de maneira positiva, pois demonstra uma mudança da prática clínica da unidade.

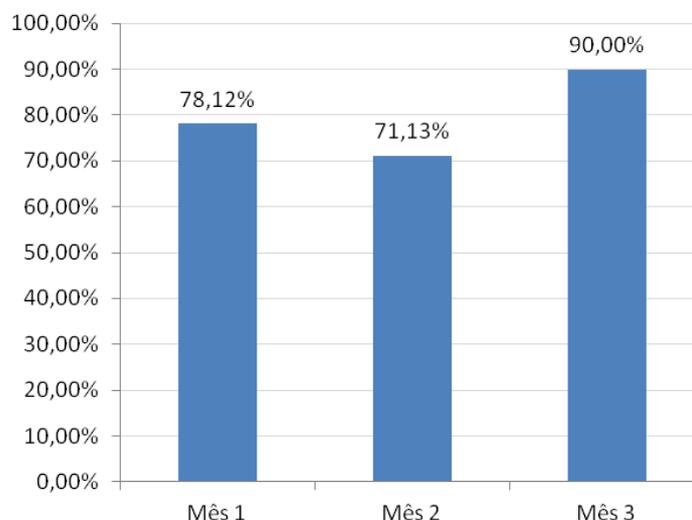


Figura 5 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que passaram pelo monitoramento do desenvolvimento, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

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

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

Avaliação Quantitativa: durante a realização da intervenção foi exigida dos usuários a Caderneta da Criança para a realização de consulta clínica/puericultura. Ao final de cada consulta era verificada a situação vacinal. As crianças que tinham vacinas em atraso foram encaminhadas a procurar a Central de Vacinas (no CMI) para atualização da Caderneta Vacinal. Ao final da intervenção, 100% das crianças tiveram a Caderneta Vacinal avaliada, e, no primeiro mês, 90,62% (29 crianças) ficaram em dia com o calendário, 89,69% (87 crianças) no segundo mês e 98,00% (147 crianças) no terceiro.

Avaliação Qualitativa: um fator que deve ser levado em consideração é a distância entre o local onde são realizadas as vacinas (CMI) e a unidade, que dificulta o acesso para algumas pessoas. Já um fator positivo é que a atualização da carteira vacinal é um requisito para matrícula nas creches municipais, e as mães são notificadas até realizarem a atualização. O resultado desse indicador deve ser visto da seguinte forma: a orientação da unidade e a notificação das creches incentivam os/as responsáveis a manter as vacinas em dia. Entretanto, surge um novo desafio de montar uma sala de vacinas na ESF.

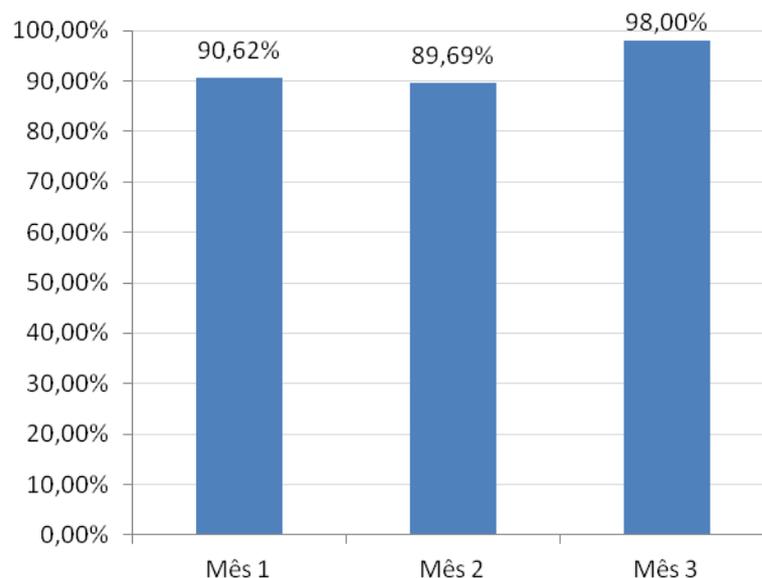


Figura 6 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com o calendário vacinal em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Meta 2.7: Realizar Suplementação de Ferro em 100% das Crianças entre 6-24 meses

Indicador 2.7: Proporção de Crianças de 6-24 meses com suplementação de ferro

Avaliação Quantitativa: Com a realização das consultas de acompanhamento, foi visto que a maioria das crianças não realizava suplementação de sulfato ferroso. Ao longo da intervenção foi feita a suplementação de ferro às crianças com idade superior a 6 meses. No mês 1 tínhamos 14 crianças nessa faixa etária, e 11 delas foi suplementada (78,57%). No segundo mês o indicador se manteve, de 50 crianças na faixa etária, 39 receberam a suplementação (78,00%) e no terceiro mês de intervenção das 77 crianças na faixa etária, 71 delas estavam com indicação de suplementação de ferro em dia (92,20%).

Avaliação Qualitativa: um fator interveniente a ser considerado nesse indicador é que a administração do sulfato ferroso não é permitida durante a permanência das crianças nas creches, e isso é usado por algumas mães como “desculpa”. Mas esse desafio está sendo superado por meio da orientação médica após cada consulta e nas visitas domiciliares das ACS.

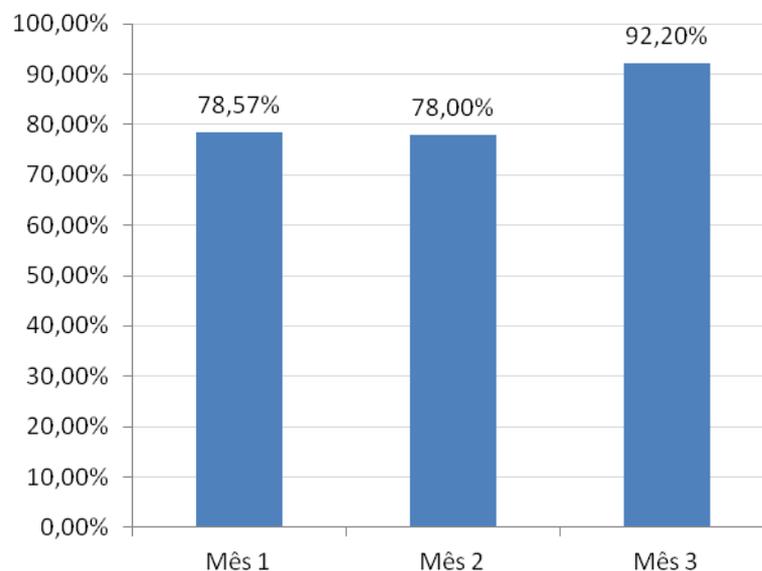


Figura 7 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com suplementação de sulfato ferroso em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva

Avaliação Quantitativa: As crianças que nasceram ao longo da intervenção, durante a consulta do sétimo dia de vida eram orientadas a fazer o teste e traziam o resultado no mês seguinte. Já as demais tiveram seus dados buscados nos registros da Caderneta da Criança. Os casos que foram identificados como não realizados, ocorreram por falta de registro na Caderneta da Criança, ou por não terem sido realizados realmente. No mês 1 tivemos 31 crianças (96,87%) com o teste em dia, no mês 2, 91 crianças (93,91%) e, ao final, 146 crianças (97,33%).

Avaliação Qualitativa: A realização do teste da triagem auditiva está disponível na rede pública do município. Ele pode ser marcado no hospital após nascimento da criança, ou no CMI, e essa é uma característica bastante positiva na cidade que já vem com essa prática há alguns anos. A avaliação desse indicador mostra que a triagem auditiva é parte da rotina da avaliação da criança e comunidade compreende a importância da realização desse teste.

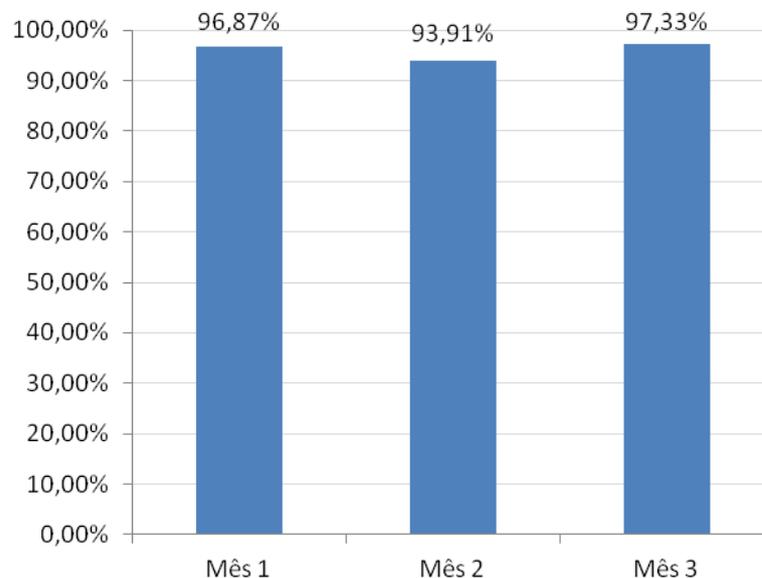


Figura 8 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de triagem auditiva, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Meta 2.9: Realizar Teste do Pezinho em 100% das Crianças até o Sétimo dia de Vida

Indicador 2.9: Proporção de Crianças com Teste do pezinho realizado até o sétimo dia de vida

Avaliação Quantitativa: a realização do Teste do Pezinho também foi verificada por meio da Caderneta da Criança, e os casos que foram identificados como não realizados possivelmente ocorreram por falta de registro. O número de crianças em dia com o teste do pezinho foi de 32 (100%) no mês 1, 91 (93,81%) no 2 e 147 (98,00%) no mês 3.

Avaliação Qualitativa: O teste do pezinho está disponível na rede pública. Este é realizado no CMI, entretanto a distância impede, por vezes, a realização até o sétimo dia de vida. O desafio a ser superado é a implantação na unidade de profissional capacitado para a coleta do teste.

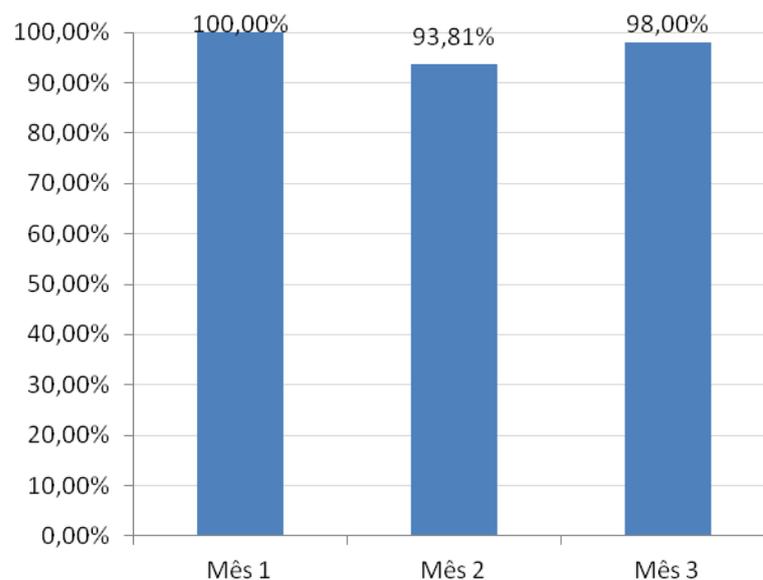


Figura 9 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização do Teste do Pezinho, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

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

Indicador 2.10: Proporção de crianças entre 6-72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

Avaliação Quantitativa: Durante a realização da intervenção, todas as crianças (100%) com idade superior a 6 meses foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico nas consultas médicas de rotina, e orientadas em

relação à essa necessidade, caso existisse ou não, a fim de que os responsáveis pudessem, desde já, inserir os cuidados com a saúde bucal às crianças.

Avaliação Qualitativa: Os principais problemas identificados foram: dentes cariados, problemas relacionados ao uso de chupeta, má higiene dentária, halitose. Esse indicador mostra que a higiene bucal da criança é feita de modo insuficiente. Isso ocorre por falta de material (escova de dente individual, pasta de dente), ausência do hábito de escovar os dentes. Esse desafio pode ser superado com oficinas práticas e distribuição de material para escovação.

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

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

Avaliação Quantitativa: Durante a realização da intervenção, as avaliações odontológicas registradas ocorreram na rede privada, e foram relatadas pelo acompanhante das crianças, ou seja, estamos falando aqui de uma consulta odontológica, não especificamente a primeira consulta odontológica programática, que é procedimento do SUS. Isso aconteceu devido à falta de profissionais e equipamentos suficientes na rede pública (o município dispõe de dois dentistas e apenas um consultório em funcionamento). No mês 1 tivemos apenas 2 crianças (1,33%), no mês 2 foram 21 (14,00%) e no mês 3 fechamos com 33 crianças (22,00%).

Avaliação Qualitativa: As avaliações odontológicas realizadas durante a intervenção ocorreram na rede privada. Esse indicador pode ser visto de maneira muito negativa, pois mostra a demora em conseguir uma consulta odontológica pelo SUS. Esse desafio pode ser superado com aumento do número de profissionais e melhoria das condições de trabalho dos mesmos, bem como com a implantação de equipe odontológica nas ESF.

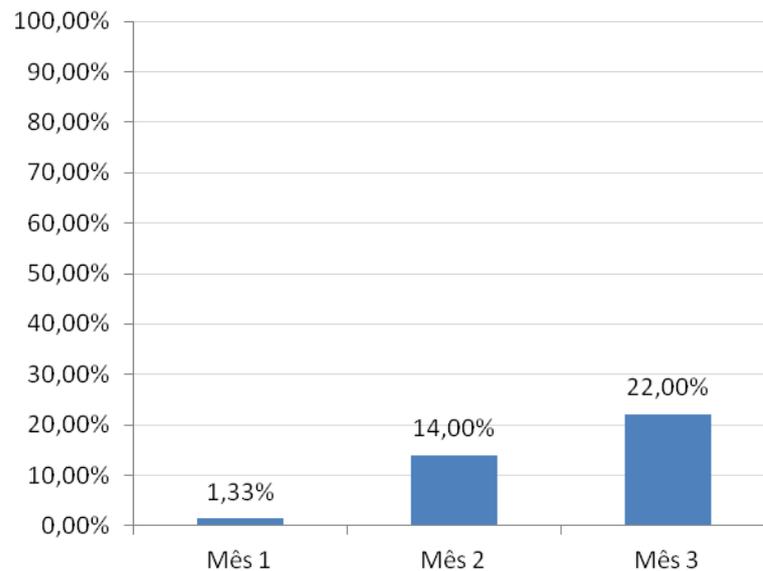


Figura 10 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de consulta odontológica, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Relativos ao objetivo 3. Melhorar a adesão do público alvo

Meta 3.1: fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas as consultas

Indicador 3.1: Proporção de buscas ativa realizadas às crianças faltosas às consultas no programa saúde da criança

Avaliação Quantitativa: Ao final de cada dia da intervenção, era realizada a verificação do número de crianças que compareceram e as faltosas, pelas fichas-espelho. A busca ativa inicialmente era realizada por meio de visita domiciliar pelas ACS. No segundo mês, a instalação do telefone facilitou a realização do processo: a recepcionista entrava em contato com os responsáveis pelas crianças faltosas. Três crianças faltaram no mês 1, e 1 recebeu a busca (33,33%). No mês 2 somou-se 26 faltas, e 100% de busca ativa. Já ao final da intervenção completamos o período com 47 faltas, e 46 crianças buscadas (97,87%).

Avaliação Qualitativa: Os principais motivos alegados pelos responsáveis durante a realização da busca ativa pelas ACS foram a falta no trabalho ou esquecimento da data de consulta. Ainda assim esse indicador pode ser avaliado de forma positiva, pois o número de faltas foi mais baixo que o esperado, já que a puericultura não era feita na ESF e as famílias ainda não tinham esse hábito, e, também, por que finalizamos o período com apenas 1 criança sem a busca, a ser realizada ainda, ou seja, praticamente 100% da ação. Com o avançar das semanas, o uso do telefone pela recepcionista/ACS facilitou muito o trabalho.

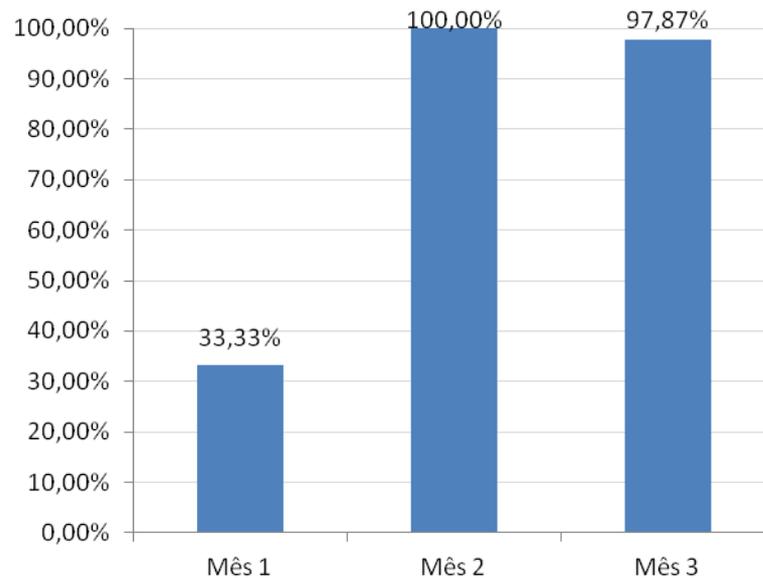


Figura 11 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica que receberam busca ativa por estarem em falta com as consultas, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Relativos ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam o serviço

Indicador 4.1: proporção de crianças com registro atualizado

Avaliação Quantitativa: Durante a realização da intervenção foi realizada a verificação dos registros pela enfermeira uma vez ao mês. Inicialmente não era solicitada a Caderneta da Criança para realização do atendimento e, com o avançar das semanas, foi exigido o documento com o objetivo de coleta dos dados para a ficha-espelho. Essa é a principal razão para que nem todos os registros tenham sido atualizados ainda. No primeiro mês 21 das 32 crianças estavam com o registro em dia (65,62%); no segundo, 81 das 97 (83,50%) e no terceiro mês encerramos com 145 das 150 crianças com os registros em ordem (96,66%).

Avaliação Qualitativa: A implementação do registro nas fichas-espelho inicialmente foi pouco aceito pela equipe devido a ausência de local para armazenamento, aumento do tempo de consulta, necessidade de verificação constante (atualização). Com o avançar das semanas, as fichas-espelho facilitaram a verificação das consultas/vacinas em atraso, e permitiram um melhor acompanhamento e monitoramento do programa, mostrando a todos o quanto eram necessárias. Assim seu preenchimento acabou sendo incorporado na rotina de forma mais natural.

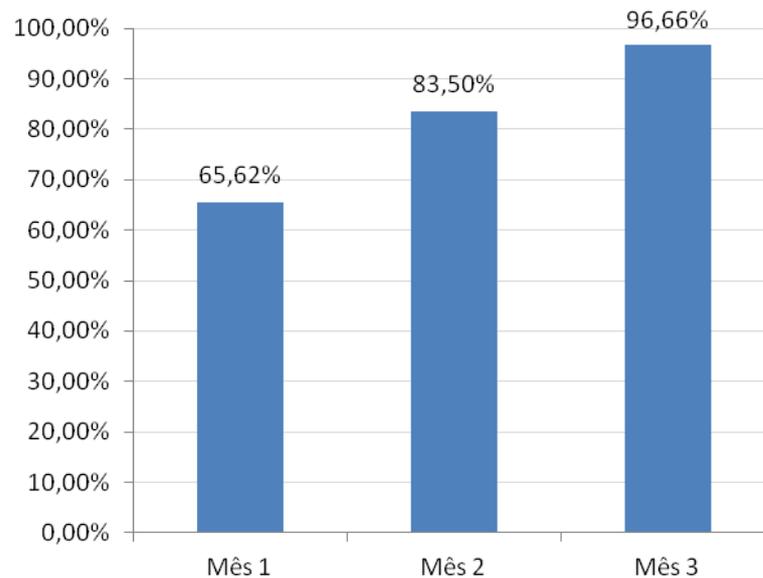


Figura 12 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com os registros em dia, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Relativos ao objetivo 5. Realizar classificação de risco da população infantil.

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças que receberam avaliação de risco

Avaliação Quantitativa: As crianças foram avaliadas quanto ao risco pelas ACS nas visitas domiciliares e nas consultas de puericultura. Durante a realização da intervenção, a situação de risco foi registrada nos prontuários e as crianças que se encontravam em situação de risco tinham prioridade no retorno. No mês 1 todas as crianças passaram pela avaliação e classificação de risco (100%). No segundo mês tivemos 93 das 97 crianças (95,87%), e no mês 3 fechamos com 147 das 150 crianças submetidas à ação (98,00%).

Avaliação Qualitativa: As crianças que tiveram uma situação de risco identificada foram visitadas com mais frequência pelas ACS com o objetivo de realizar diálogo com os cuidadores, escutar dificuldades, reforçar vínculo com a criança. Somado a isso, a comunidade entra em contato com equipe para averiguar situação de violência infantil. Esse indicador mostra que o trabalho entre a ESF e a comunidade trouxe bons resultados porque foram identificados poucos casos de violência contra a criança.

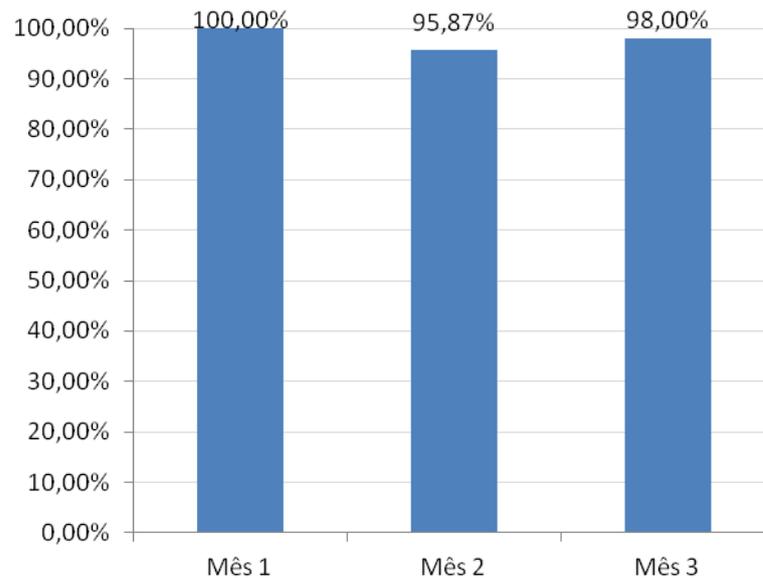


Figura 13 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica com realização de avaliação de risco, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde da população.

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

Indicador 6.1: proporção de crianças cujas mães/acompanhantes receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância.

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

Indicador 6.3: proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com faixa etária

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

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

Avaliação Quantitativa: Ao final de cada consulta foram realizadas orientações aos responsáveis sobre prevenção de acidentes na infância de acordo com a idade, alimentação saudável, e cuidados com a saúde bucal. Ao final da intervenção tivemos praticamente 100% das pessoas orientadas. Foram 100% no mês 1 (32 crianças), 95,87% nos dois (93) e 98,00% no mês 3 (147).

Avaliação Qualitativa: A ação da prevenção de acidentes na infância trouxe bom resultado proporcionou uma reflexão sobre questões socioeconômicas, culturais

e ambientais presentes na comunidade além de atividades para modificação de fator de risco: nas crianças de zero a 1 ano foi realizada orientação sobre afogamentos (amamentação no período da noite). Os/ as responsáveis por crianças com seis meses a um ano foram orientados a colocar protetores nas tomadas e utilizar bocas de trás do fogão para cozimento. Já os pais de crianças com idade entre 2 a 4 anos foram orientadas sobre atropelamento, aproximação de cães desconhecidos.

Quanto às orientações nutricionais, as crianças com 6 meses completos (em idade de introdução de alimentação por via oral) são as mais seguidas: papa de frutas, papas salgadas, as orientações fazem mais sentido para as mães. A medida que a criança vai “envelhecendo”, é esquecido o hábito de ingerir alimentação variada, oferecer frutas para a criança experimentar. Esse indicador esta sendo melhorado com o reforço dessas orientações principalmente para as crianças com idade superior a 3 anos.

Já em relação à saúde bucal, a maior dificuldade é a falta de material para ilustrar as orientações, pois fica tudo um tanto vago para as mães das crianças maiores.

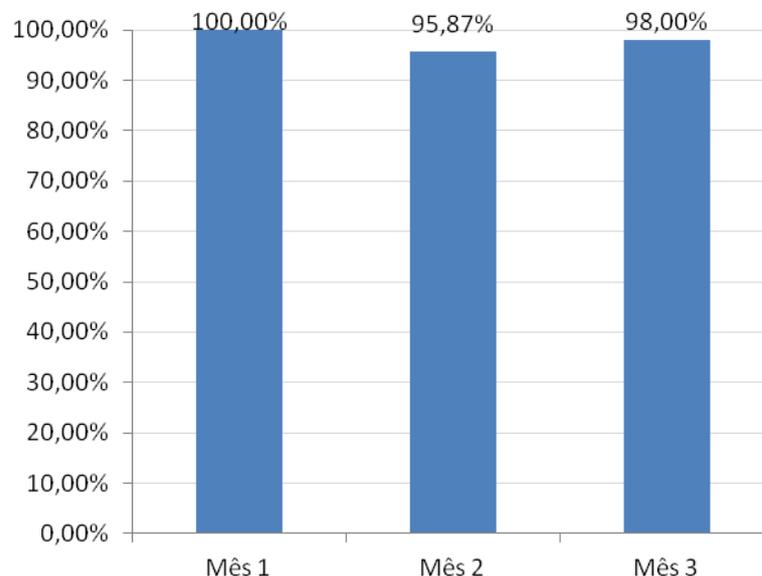


Figura 14 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica cujo acompanhante recebeu orientações sobre prevenção de acidentes na infância, alimentação saudável e saúde bucal, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

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

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

Avaliação Quantitativa: Na rotina de atendimento de puericultura, as crianças com idade entre 0-24 meses eram colocadas para mamar na primeira consulta. Para as crianças maiores, as mães foram questionadas sobre essa ação, mas nem sempre conseguiam responder. Ao final da intervenção coletamos que metade das crianças realizou essa ação, mas os dados, com certeza, podem estar sofrendo por erros de registros ou lembranças. No mês 1 foram 13 das 32 crianças (40,62%), no segundo mês foram 47 das 97 (48,45%) e finalizamos com 78 das 150 crianças (52,00%) .

Avaliação Quantitativa: Durante a intervenção foi constatada que a amamentação exclusiva, no município, na maioria dos casos, ocorre somente até o 3º mês de vida. Isso ocorre por falta de incentivo a amamentação desde o nascimento, por erros na “pega”, problemas relacionados a processos infecciosos. Esse indicador esta sendo melhorado com orientação sobre pega/amamentação em cada consulta e estímulo a amamentação até o sexto mês de vida.

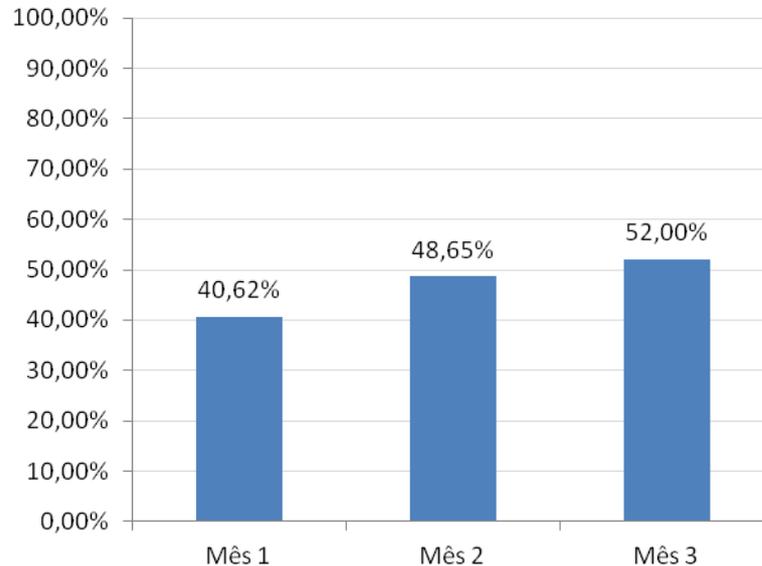


Figura 15 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na ESF Parque Antártica colocadas para mamar na primeira consulta, agosto a novembro de 2014, Capão da Canoa, RS. Fonte: registros próprios.

4.2 DISCUSSÃO

A intervenção realizada no ESF Parque Antártica proporcionou a construção de vínculo entre os usuários e a unidade e, a partir disso, houve a ampliação da cobertura de atendimento as crianças de 0 -72 meses por meio de consultas padronizadas de acordo com a idade, melhoria da qualidade dos registros por meio das fichas-espelho/prontuários e a qualificação da atenção com destaque para incentivo /manutenção da amamentação **exclusiva** até o sexto mês de vida e realização da suplementação de sulfato ferroso para prevenção de anemia ferropriva.

Com o objetivo de preparar os profissionais para a implementação da intervenção na unidade, foi necessário realizar a formação da equipe segundo as recomendações do Ministério da Saúde contidas no Caderno de Atenção Básica Nº33: chegada da criança a família/acolhimento dos pais, primeira consulta do recém-nascido, consultas subsequentes, imunizações, acompanhamento do crescimento/desenvolvimento, alimentação de acordo com a idade, saúde bucal, prevenção de acidentes, proteção aos cuidadores/crianças em situação de violência. Os assuntos foram estudados nas reuniões de equipe por meio de exposição oral, apresentações em slides no Programa Power Point e demonstrações dos procedimentos a serem realizados (aferição do peso, perímetros cefálico e torácico, comprimento/altura) pela médica e pela enfermeira. Essa atividade promoveu a valorização profissional fez a equipe perceber o quanto a prática realizada na unidade estava longe do ideal e promoveu a união dos mesmos para a realização de uma pratica clinica de qualidade e integração entre as áreas da saúde.

Devido à intensa divulgação realizada pela ACS no início da intervenção, a comunidade compreendeu que o serviço de atendimento a criança é feito na unidade e, hoje, as mesmas continuam informando a comunidade sobre a puericultura, porém com menor (menos) intensidade. Hoje realizam avaliação de risco, busca ativa das crianças faltosas, incentivam a manutenção amamentação. A recepcionista também auxilia na divulgação do serviço oferecido e no acolhimento dos usuários. A enfermeira realiza o acolhimento dos cuidadores, encaminha para avaliação clínica quando necessário, verificação semanal dos prontuários para a realização de busca ativa pelas ACS. A técnica de enfermagem realiza a aferição dos dados antropométricos e registra nos prontuários/fichas-espelho. A médica realiza a avaliação do crescimento através da plotagem dos dados nas curvas (peso X idade, comprimento X idade, perímetro cefálico X idade), avaliação do desenvolvimento pelos marcos de acordo com a idade, registro da consulta no prontuário/fichas-espelho. Estas ações

interligadas ocasionaram impacto em outras atividades do serviço. A equipe tornou-se mais crítica sobre a qualidade do serviço oferecido na ESF. Os profissionais perceberam que, para implementar uma prática na unidade é necessário a realização de formação e avaliação constante do processo. Também comprovaram que a formação e avaliação constante do processo possibilitam adaptação das ações à realidade da comunidade permitindo desta forma a mudança organizada da rotina conforme demandas da própria população. Isso pode ser visto na redução da quantidade de atendimento médico, aumento da resolatividade e autonomia nas consultas de enfermagem.

A realização da intervenção foi fundamental para implantar uma nova prática na ESF. Antes a realização das consultas de acompanhamento das crianças de 0 - 72 meses era realizada no CMI. O acompanhamento era realizado somente até o sexto mês de vida por meio de consultas mensais devido à sobrecarga de atendimentos na instituição. Também o atendimento das crianças que era realizado na unidade ocorria após o sexto mês de vida e tinha enfoque na avaliação clínica de casos agudos. O registro dos prontuários na unidade era incompleto, isto é, eram apenas registrados dados que foram vistos na consulta clínica.

O início da intervenção foi bastante trabalhoso devido à convocação dos usuários a comparecerem à unidade e quantidade de dados a serem coletados (Caderneta da Criança com vacinas, registro de consultas anteriores, testes da orelhinha/pezinho). Com o objetivo de mobilizar a população a comparecer na unidade foi combinado com todos os profissionais que o atendimento às crianças ocorreria em regime de demanda livre. As consultas além de ter objetivo clínico, passaram a ser informativas e preventivas. Após algumas semanas, a realização do registro nos prontuários e nas fichas-espelho não só se tornou mais dinâmico, mas também possibilitou a verificação rápida das crianças que tinham consultas em atraso, crianças que não realizavam suplementação de sulfato ferroso.

Através da convocação da realização da consulta de puericultura para as crianças houve um resgate das pessoas que nunca haviam procurado a unidade para realizar consulta clínica e/ou coleta de citopatológico, mamografia, avaliação do paciente hipertenso/diabético. Como resultado houve aumento do uso dos serviços disponíveis na unidade e o resgate do acompanhamento continuado a família. Na área da saúde infantil, os mecanismos implementados promoveram mudanças na relação médico/cuidador através da realização do cuidado compartilhado que reduziu o uso

de medicamentos, melhora do vínculo mãe/bebê, incentivo a amamentação, prevenção de verminoses. Essas ações ao longo do tempo poderão levar ao aumento do período de amamentação, redução da violência infantil e redução das principais causas de morte no primeiro ano de vida.

Após a elaboração escrita do projeto, coleta de dados e realização da intervenção percebi que são necessárias ações promotoras de educação continuada e permanente em espaços coletivos para atingir os usuários que possuem dificuldade de levar seus filhos (as) a ESF devido ao horário de trabalho. Também é fundamental a visita de um odontólogo na unidade, uma vez ao mês, para avaliação e tratamento dos casos graves. Com o final da intervenção e a incorporação da nova rotina as ações educativas em espaços coletivos podem ser realizadas, entretanto é necessário contratação de mais dentistas.

A convocação à comunidade para a realização da consulta de puericultura continuará, porém com ênfase nas crianças já cadastradas. Além disso, foi incorporada à rotina das reuniões de equipe a realização de educação continuada e permanente dos profissionais não só em saúde da criança, mas também nos demais ramos da atenção básica. A partir da análise dos prontuários/fichas-espelho e dos indicadores de déficit/excesso de peso não foi possível avaliar a nutrição oferecida à criança visto que a maioria das crianças é eutrófica. Então será sugerida na próxima reunião a realização do registro do hábito alimentar com o objetivo de fazer uma avaliação pela nutricionista sobre a qualidade da nutrição oferecida.

No momento a área adstrita da ESF foi aumentada e não há profissionais suficientes para acompanhar os novos usuários. O número de atendimentos foi reduzido e, na reunião, ficou combinado com as ACS que as mesmas continuarão visitando as áreas já cadastradas. A equipe conversará com o odontólogo sobre a possibilidade de avaliação de casos graves e realização de oficina sobre higiene bucal. Os usuários pertencentes aos novos bairros comparecerão a unidade para realização de cadastro.

4.3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO AO GESTOR

Ao Secretário Municipal de Saúde

A inclusão de Capão da Canoa no **PROVAB** permitiu a vinda de médicos para o município com o objetivo de ampliar a prática clínica oferecida nas unidades básicas de saúde. Nesse contexto, eu e os profissionais pertencentes à equipe da ESF Parque Antártica tivemos a oportunidade de desenvolver a qualificação do atendimento das crianças com idades entre 0-72 meses durante o período de Agosto a Novembro de 2014.

As ações foram desenvolvidas através de quatro eixos simultâneos e complementares: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público.

As Metas desenvolvidas foram:

- Ampliar e aumentar a qualificação da Cobertura e da Adesão ao Programa de Saúde da Criança;
- Ampliar e aumentar a qualificação do Atendimento;
- Ampliar e aumentar a qualificação do Registro das Informações;
- Mapear as crianças de Risco Pertencente;
- Promover a Saúde da Criança.

A intervenção ocorreu da seguinte forma:

- Houve a formação da equipe sobre as recomendações do Ministério da Saúde contidas no Caderno de Atenção Básica Nº33 sobre chegada da criança a família/acolhimento dos pais, primeira consulta do recém-nascido, consultas subsequentes, imunizações, acompanhamento do crescimento/desenvolvimento, alimentação de acordo com a idade, saúde bucal, prevenção de acidentes, proteção aos cuidadores/crianças em situação de violência. Foi elaborado pelas ACS um breve questionário com as principais informações a serem transmitidas a comunidade.
- Também houve treinamento de todos sobre aferição do peso, aferição do comprimento/altura, plotagem e leitura dos dados nas curvas de crescimento, verificação da carteira vacinal e orientação dos pais a realizar a atualização, a avaliação para encaminhamento ao serviço odontológico.

- Identificação das gestantes com 38 semanas de gestação para orientação sobre amamentação, realização da primeira consulta até o sétimo dia de vida, teste do pezinho até o sétimo dia de vida, teste da orelhinha
- Avaliação dos motivos de falta e realização de busca ativa das crianças faltosas.
- Identificação das crianças de risco pelas ACS que terão prioridade no atendimento. Durante as consultas e nas visitas domiciliares, os cuidadores serão informados e orientados sobre a identificação dos fatores de risco de morbi/mortalidade infantil.
- Realização de educação continuada e permanente a comunidade na sala de espera sobre: incentivo ao aleitamento materno até o segundo ano de vida, prevenção de acidentes de acordo com a idade, alimentação saudável (na sala de espera.)

Antes da realização da intervenção, as crianças eram acompanhadas até o sexto mês de vida por meio de consultas mensais no CMI devido à preferência da realização de acompanhamento por especialista. Após essa idade, as consultas eram realizadas na ESF por motivo clínico. A inclusão de uma nova rotina ocorreu sem prejuízo dos demais grupos de atendimento. Além disso, a realização da formação sobre os principais temas de Saúde da Criança proporcionou a valorização profissional e melhoria da qualidade do atendimento por seguimento dos protocolos. A formação de vínculo com os profissionais da unidade com os da atenção secundária proporcionou o encaminhamento das crianças à unidade de referência para dar continuidade à puericultura.

A coleta de dados e a avaliação dos indicadores mostrou que houve a ampliação da cobertura para 60% das crianças entre 0-72 meses. Entretanto, a avaliação de indicadores como amamentação durante a primeira consulta, uso de sulfato ferroso até o 2º ano de vida, a realização de consulta odontológica conforme preconizado no CAB permite dizer que ainda são necessárias ações para melhorar esses índices. Esses problemas estão sendo superados aos poucos com a orientação nas consultas de acompanhamento e nas visitas domiciliares sobre amamentação/uso de sulfato ferroso. **Também foram realizadas poucas avaliações com o odontólogo da**

rede publica devido à falta de profissionais. É urgente a contratação de um odontólogo para a UBS e disponibilidade de insumos para trabalho.

Além disso, mesmo com a realização da atualização das vacinas, a distância da unidade a central de vacinas ainda impede o acesso dos usuários. Ainda assim, são poucas ações para resolver o problema, merecendo mais atenção da gestão nesse aspecto.

O aumento da área adstrita somada à demissão das ACS causou a redução da convocação da comunidade, redução do seguimento das crianças com fatores de risco. Acredito que isso será solucionado em breve com a duplicação da equipe.

Por fim, a realização do projeto permitiu o resgate do vínculo dos usuários com a ESF por meio das consultas de puericultura, os usuários que utilizavam o Pronto Atendimento e as instituições de atenção secundária para acompanhamento de rotina passaram a utilizar a **ESF**. Acredito que com o apoio e investimentos da gestão conseguiremos melhorar a estrutura da ESF (sala de vacinas, consultório odontológico) e qualificar de maneira continuada e permanente o atendimento oferecido a comunidade.

Equipe do ESF Parque Antártica

4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO À COMUNIDADE

À Comunidade do Bairro Parque Antártica

No mês de **Agosto** de 2014 começamos a realizar uma nova prática na unidade tinha como meta melhorar a qualidade de atendimento as crianças com idades entre 0-72 meses. Para isso foram desenvolvidas as seguintes ações: formação da equipe sobre Saúde da Criança, organização do serviço, realização de busca das crianças faltosas, realização de atividades de conversa em sala de espera para troca de experiências e transmitir conhecimento.

Essas atividades continuam sendo desenvolvidas na unidade porque antes do projeto, as crianças da comunidade eram avaliadas pelo pediatra até o sexto mês de vida por causa do excesso de crianças que procuravam o Centro Materno Infantil. Agora, com a inclusão do atendimento as crianças de 0-72 meses conseguimos incluir um novo serviço à rotina da unidade, que não precisa mais se deslocar até o CMI para acompanhamento. Até o momento foram avaliadas 150 crianças e, contamos com sua

ajuda para que esse projeto continue crescendo, falando sobre o atendimento oferecido na unidade com um vizinho.

Durante a intervenção, na realização das consultas de acompanhamento, foram identificados os principais problemas que geram dúvidas nos pais: por que continuar a puericultura após o sexto mês de vida, dúvidas sobre pega na amamentação, problemas mamários que podem impedir a amamentação, uso do sulfato ferroso na prevenção de anemia, prevenção de verminoses. Com o objetivo de informar a comunidade são realizadas conversas informais na sala de espera e, com isso, contribuiremos para o aumento do tempo de amamentação, redução do número de casos de morte por afogamento, e prevenção de anemia. As gestantes durante a realização do pré-natal recebem orientação sobre cuidados com as mamas para amamentação, realização do teste do pezinho até o sétimo dia de vida e teste da orelhinha.

Todos são bem vindos para utilizar os serviços disponíveis, participar dos grupos e construir uma unidade voltada para as necessidades da comunidade.

Equipe do ESF Parque Antártica

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Após inscrição no Programa de Valorização a Atenção Básica, fui selecionada para atuar no município de Capão da Canoa, Rio Grande do Sul.

Em um primeiro momento, minhas expectativas em relação ao desenvolvimento do trabalho era que seria difícil por que, após a realização dos questionários fornecidos pelo curso, ficou constatado que a ESF possuía problemas estruturais e que o atendimento oferecido não obedecia aos protocolos do Ministério da Saúde. Somado a isso havia dois desafios a serem superados: o desconhecimento da equipe sobre os CAB e a ausência de vínculo dos usuários com a unidade.

Quando ingressei no curso de especialização percebi que além de todos os registros que tinham que ser feitos semanalmente, era necessário realizar a formação da equipe e montar estratégias para construção de vínculo entre a comunidade e os profissionais. Também tinha uma visão segmentada sobre a abordagem do paciente em saúde da família, ou seja, observava apenas a qualidade do atendimento médico sem considerar o desenvolvimento das funções demais profissionais da equipe. Com o avançar do curso, foi feita a capacitação dos profissionais para a realização do trabalho com os usuários. Como resultado a implementação das práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde foram mais fáceis. Paralelo a isso, houve campanhas realizadas por todos os profissionais com o objetivo de construir vínculo com a comunidade e valorizar os serviços oferecidos na ESF.

A realização do curso proporcionou um olhar mais crítico dos profissionais sobre o atendimento realizado não somente as crianças com idades entre 0-72 meses, mas também, a valorização profissional. Como resultado, foi feito um trabalho em equipe que resultou na ampliação da cobertura de atendimento as crianças em acompanhamento. A realização da consulta de puericultura, por meio do resgate do vínculo cuidador do bebê proporcionou a continuidade do acompanhamento da criança com idade superior a seis meses, valorização da amamentação, atualização da caderneta vacinal. Somado a isso, as queixas das

mães foram valorizadas e as dúvidas mais frequentes são solucionadas nas consultas de enfermagem/médicas. Também por meio do resgate do vínculo com o cuidador houve a abordagem de todos os familiares e, por consequência, houve aumento do número de consultas clínicas, coletas de cito patológico, realização de mamografias. As situações de risco passaram a ser identificadas e acompanhadas.

Quanto à prática profissional, a realização da especialização proporcionou a aplicação da prática multiprofissional na atenção primária em saúde, aprofundamento do meu conhecimento sobre condutas pediátricas e outros temas pertinentes. O fórum além de esclarecer dúvida sobre as práticas clínicas mais relevantes também foi uma forma de comparação ao atendimento oferecido em outras unidades. Esse trabalho foi uma experiência gratificante porque possibilita uma realização de uma intervenção em uma realidade adversa.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília. Ministério da Saúde, 2012

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al. "O Programa de Saúde da Família ea puericultura." *Cienc Saude Colet*, v. 11, n. 3, p. 739-43, 2006.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. "Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas." *Cad Saúde Pública*, 24. s1, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA – FICHA ESPELHO



**PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO**

Data do ingresso no programa ___/___/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/_____
 Endereço: _____ Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias
 Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ___/___/_____
 Fenilcetonúria () normal () alterado / Hipotireoidismo () normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado / Observações: _____
 Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ___/___/_____
 Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____			
		Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Tetra viral Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____		Outra: Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____
			VPO Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____				Outra: Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____

ANEXO C: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


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

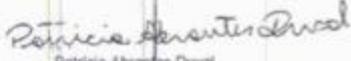
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: *Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL