

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na qualidade da atenção em saúde das crianças de 0 a 72 meses
na UBS Conquista I, em Rio Branco/AC**

Yuselys Caridad Izquierdo Gonzalez

Pelotas, 2015.

Yuselys Caridad Izquierdo Gonzalez

**Melhoria na qualidade da atenção em saúde das crianças de 0 a 72 meses
na UBS Conquista I, em Rio Branco/AC**

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

Orientador: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015.

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G643m González, Yuselys Izquierdo

Melhoria na Qualidade da Atenção Em Saúde das Crianças de 0 a 72 Meses na UBS Conquista I, Em Rio Branco/AC / Yuselys Izquierdo González; Antonio Maurício Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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. Brasil, Antonio Maurício Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus pais, que sempre me
impulsionaram para eu seguir em frente.

À minha irmã, ela que sempre confiou em mim.

Ao meu esposo, aquele que me acompanha no dia a
dia.

Agradecimentos

Ao meu pai, exemplo de pesquisador que dedica anos da sua vida à procura de soluções na área da agronomia e que me impulsiona na procura de soluções.

Ao meu esposo, amigo, companheiro no dia a dia.

À equipe de saúde da família da UBS Conquista I, sem eles não haveriam resultados.

Aos meus usuários e suas mães e pais, pela sua colaboração. Sem o apoio de todos vocês essa conquista não teria sido possível.

Resumo

GONZALEZ, Yuselys Caridad Izquierdo. **Melhoria na qualidade da atenção a saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Conquista I, Rio Branco/AC.** 78fls. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Com o objetivo maior de melhorar a qualidade da atenção em saúde da criança da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Conquista I no município de Rio Branco/AC, foi construído e implementado um projeto de intervenção. O processo se deu com a participação da comunidade e de toda a equipe de saúde da família (ESF) da referida UBS, unidade esta pertencente ao complexo denominado Centro de Saúde Vila Ivonete. Foi construído um projeto de intervenção, sendo escolhidos objetivos específicos e traçadas metas a serem alcançadas, com seus respectivos indicadores de análise. As atividades propostas para o alcance das metas compreenderam aspectos como ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na área de abrangência da UBS Conquista I em Rio Branco-AC, além de outras relacionadas à qualidade do cuidado ofertado como melhorar a qualidade do atendimento à criança, melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, melhorar o registro das informações na unidade, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência da unidade e fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Os resultados da intervenção realizada são descritos numa perspectiva quali-quantitativa, permitindo-nos a apreciação de todos eles, como os seus respectivos indicadores, fragilidades e elementos positivos potencialmente aproveitados. Foi alcançada uma cobertura de 100% das crianças que faziam parte do público-alvo da intervenção, contemplando 119 crianças pertencentes à área de abrangência da unidade. Os resultados foram apresentados aos gestores municipais e à comunidade, mostrando-lhes os avanços em relação às práticas de saúde direcionadas à saúde da criança na unidade, compreendendo a população de zero até setenta e dois meses. Uma vez finalizada entendemos, como as ações desenvolvidas contribuíram e seguem contribuindo para o processo de melhoria de qualidade de vida da população alvo, com a inclusão da intervenção à rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, na prevenção de doenças e saúde bucal, através do fortalecimento na mudança de hábitos e comportamentos, mediante a atuação dos seus pais ou responsáveis.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	40
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	42
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento do crescimento.	
Figura 4	Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas.	44
Figura 5	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	45
Figura 6	Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade	46
Figura 7	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	47
Figura 8	Proporção de crianças com triagem auditiva	48
Figura 9	Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.	49
Figura 10	Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	50
Figura 11	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	51
Figura 12	Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.	52
Figura 13	Proporção de crianças com registro atualizado Proporção de crianças com avaliação de risco	53
Figura 14	Proporção de crianças com avaliação de risco.	54
Figura 15	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.	55
Figura 16	Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	56
Figura 17	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.	57
Figura 18	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CC-	Caderneta da criança.
CS -	Centro de Saúde.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
FE-	Ficha espelho.
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCCU-	Preventivo do Colo Uterino
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
URAPS -	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa.....	16
2.2 Objetivos e metas.....	17
2.2.1 Objetivo geral.....	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística.....	33
2.3.4 Cronograma.....	35
3 Relatório da Intervenção.....	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	36
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	36
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	36
4. Avaliação da Intervenção.....	38
4.1 Resultados	38
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da Intervenção para Gestores	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	70
Anexos	71

Apresentação

O presente volume foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, cuja autora é participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, lotada na UBS Conquista I, no município de Rio Branco/AC. Foi construído mediante a implementação de um projeto de intervenção que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade.

O volume divide-se em sete partes, sendo a primeira referente à Análise Situacional realizada, que permitiu uma importante e necessária aproximação e apropriação do cenário no qual seria desenvolvido o projeto, suas características gerais e nuances mais específicas.

A segunda parte trata-se da Análise Estratégica, que compreende os aspectos relacionados à construção do projeto de intervenção a ser implementado, com seus objetivos geral e específicos, metas, indicadores e o conjunto de ações desenhado para alcançar as metas propostas. Constatam ainda a logística que seria necessária e o cronograma estabelecido.

Na parte três, está o Relatório da Intervenção, cujo conteúdo aborda as ações que foram cumpridas, aquelas não cumpridas, além de aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e viabilidade de incorporação dessas ações à rotina do serviço.

A Avaliação da Intervenção se constitui na quarta parte, momento em que são trazidos os resultados com suas respectivas reflexões pertinentes, além de uma Discussão abordando aspectos diversos como os impactos da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Constam ainda, os relatórios da intervenção, direcionados aos gestores e à comunidade respectivamente partes cinco e seis, além da reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem na parte sete e, ao final, são apresentadas as referências utilizadas para esta construção e os anexos contendo os instrumentos utilizados durante o processo de implementação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF/APS está desenhada, no que eu percebo, para tentar ofertar o melhor atendimento possível. Parto da nossa posição, na qual contamos com uma estrutura física e uma equipe focalizada para desenvolver ações de saúde dentro e fora da unidade. A mesma tem uma equipe onde atuo sendo constituída por 1 dentista, 1 médico clínico geral, 1 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiros, e 12 agentes comunitários de saúde.

A estrutura física da unidade é nova, com conforto de climatização e insumos médicos para o atendimento. Possui salas para consultório médico e odontológico, sala de vacinação que oferece imunização do quadro básico do Ministério de Saúde. A farmácia da unidade conta com medicamentos para as principais doenças crônicas, a consulta de acompanhamento pré-natal e PCCU. A sala de acolhimento e triagem possui estrutura adequada e conta com ar condicionado e tranquilidade para dar o primeiro passo no serviço integral ao usuário do SUS. Existem banheiros para profissionais e para usuários. Neles, como no resto da unidade, não existem barreiras arquitetônicas que impedem a livre circulação de portadores de deficiências físicas quando procuram por atendimento. Possuímos escovódromo, servido além para ações de educação em saúde bucal. A sala de reuniões e arquivo possui as condições necessárias e existem locais para depósito de lixo comum e lixo hospitalar, que periodicamente são coletados.

O trabalho de intervenção na comunidade para o diagnóstico precoce daqueles problemas ou situações permite atuar no preciso momento. Sendo assim, oportuniza mudança nos estilos de vida e propicia o desenvolvimento da qualidade nos cuidados em saúde ofertados às famílias e às pessoas. É essa a nossa missão mais importante.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Centro de Saúde Vila Ivonete, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde “Conquista I, localiza-se no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, na região Norte do Brasil. Na referida unidade, foi lotada a médica do Programa Mais Médicos para o Brasil e relatora desta análise situacional da saúde.

Rio Branco tem uma estimativa populacional de 305 mil habitantes e segue em crescimento pelo aumento de possibilidades de trabalho oferecidos pelos governos estadual e municipal (IBGE, 2010). A Secretaria de Saúde do município oferece atendimento em 88 instituições de saúde distribuídas como a seguir: cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), 13 UBS tradicionais. Conta o município com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A atenção especializada é oferecida no Centro “Dra. Cláudia Vitorino”, o serviço hospitalar acontece em quatro hospitais: Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana. A complementação dos diagnósticos médicos é realizada pelo Sistema Único da Saúde (SUS) no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), num CAD de Imagem e no Laboratório Central (LACEN).

O C/S está no município urbano de Rio Branco, na capital do estado do Acre. Ele atende uma população de 20.000 pessoas, têm quatro ESF, e uma destas é a UBS Conquista I, que abrange uma população de 3.500 pessoas. A equipe é composta pela médica que é clínica geral, 1 enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista e doze agentes comunitários de saúde, que apoiam em grande medida a atuação da equipe. Para o atendimento mais distribuído aos usuários do SUS, vale dizer que são disponibilizados pela SEMSA e utilizados pela ESF os protocolos de atendimento para as diferentes ações e procedimentos de saúde.

Do ponto de vista estrutural, a UBS “Conquista I” é uma construção nova, que possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera e escovódromo. Possui os consultórios para médico, enfermeira e PCCU, além de sala para aconselhamento aos fumantes e usuários de álcool e outras drogas.

As informações são disponibilizadas aos usuários desde que este chega ao local. É feita a triagem de todos os que venham à procura de atendimento e dos serviços que se oferecem, o que possibilita um atendimento mais completo, buscando a integralidade do cuidado.

Nossa aspiração é possibilitar um serviço mais integral ao usuário, de modo que ele possa solicitar e nós oferecermos informações que são contidas nos seus prontuários e que, porventura, sejam requeridas por eles ou por outros especialistas para o atendimento em outros níveis da rede. O usuário pode requerer na UBS a confecção do seu Cartão do SUS no momento que chegarem. Estrategicamente, se capacitam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que dentro da comunidade possam realizar identificação precoce de problemas que apareçam e atuar na prevenção deles e suas complicações mediante ações de educação em saúde.

As ESF têm funções e atribuições diversas. Dentro destas está realizar encaminhamento para outros serviços de saúde mais indicados para o atendimento dos usuários. Temos tido dificuldades para conseguir vagas pela superlotação, o que obriga inevitavelmente à espera por parte dos doentes até que apareça oportunidade. Do mesmo modo, ocorre no momento de solicitar exames complementares de maior tecnologia e complexidade.

Nossa ESF tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir a quantidades de encaminhamentos e está na identificação precoce, acompanhamento, investigação daqueles usuários portadores de doenças crônicas que podem evoluir a outras complicações que só são da competência de especialidades hospitalares. Temos intensificado as ações vigilância e observação na comunidade aos usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF e dessa forma, contribuimos para a diminuição da necessidade de encaminhamentos.

A área de abrangência da UBS compreende uma população de 3.500 pessoas, sendo que a maior parte é do sexo feminino, que representam 54,5 (1.910 pessoas), ao passo que temos 1.590 são do sexo masculino, o que corresponde 45,5 % em relação ao total de usuários na nossa área. Temos uma mistura racial, representativamente maior de pardos, seguido dos brancos, negros e menor quantidade indígena, nessa ordem.

Posso citar como exemplo as ações de vacinação que são feitas tipo mutirão onde, no dia marcado, saem para vacinar a enfermeira ou técnico de enfermagem,

bem como seus pares homólogos das outras equipes, para que seja mais completo o serviço. Quando feito o PCCU, utilizamos a mesma estratégia. Assim, com cada ação que desenvolvemos é que estamos enfrentando a situação da grande população que merece o melhor dos serviços.

Foi desenhada uma estratégia que possibilita a atenção à demanda espontânea, que nem sempre acontece pelo fato de ter por perto o C/S Vila Ivonete, segmento ao qual pertencemos, assim como outras instituições de saúde com melhor equipamento e disponibilidade de atendimento nos casos que são necessários. No entanto, quando temos um aumento da demanda espontânea, contamos com pessoal preparado desde o momento da triagem para atuar em redirecionar e dirigir sempre que necessário para atender onde houver maior acessibilidade.

Com relação à Saúde da Criança, temos cadastradas em nossa UBS 99 crianças. De acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), possuímos uma cobertura de 79% das crianças de zero a 72 meses. Uma saúde de qualidade para crianças é uma das nossas prioridades e uma aspiração do SUS. Por esse motivo, fazemos o melhor acompanhamento possível, seja nas consultas médicas ou de enfermagem. A equipe é treinada sistematicamente, ficando atualizada na condução de casos específicos que envolvem a saúde da criança. Nossa UBS utiliza os protocolos fornecidos pelo MS para tais fins que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento da criança. São feitas ações em palestras para educar aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas respondem ao cronograma. Não podemos deixar de dizer que é fornecido o serviço de vacinação como é estabelecido no Brasil em correspondência à idade. Nossas atividades tem recebido a aceitação da população pela qualidade com que são desenvolvidas e hoje se constitui numa das mais importantes ações de saúde desenvolvidas na unidade.

Quanto ao pré-natal e puerpério, podemos dizer que a realização de consultas periódicas, ocorre como preconizado pelo MS no acompanhamento às gestantes como está estabelecido possibilita que sejam detectadas antecipadamente quaisquer alterações que apareçam e seja oportuno atuar nesta. A participação das gestantes nas atividades de promoção é ótima, isso por si só, já fala bem da qualidade do serviço, já que a equipe tem alto comprometimento e responsabilidade e, de fato, quem procura é porque gosta e se sente bem atendida. Após haver

iniciado o trabalho em nossa UBS em termos percentuais, podemos dizer que cresceu de 75% de gestantes que regularmente compareciam às consultas para 92% que agora ficam motivadas com seu acompanhamento pré-natal e vão à procura de participar. Esta é, sem dúvidas, uma conquista significativa que temos obtido.

Importante dizer que para todos os programas são utilizados os protocolos estabelecidos e são utilizadas as normativas que estabelece o Ministério da Saúde, juntando as ações específicas para cada.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero e de mama penso que temos uma boa oferta de cuidado. O câncer é considerado como uma das principais causas de morte e neste século listado entre as principais delas. Não é segredo que se constitui uma prioridade e, acima disso, porque envolve a população feminina. O atendimento ao câncer de mama, embora possa acontecer nos homens, é de pouca incidência. Para esta ação programática e segundo o CAP, temos uma cobertura de 81%, se considerarmos o grupo de mulheres compreendido na faixa indicada para controle periódico que é de 1190. Com relação ao câncer de colo uterino, temos uma cobertura de 83%.

Apoiados nos protocolos, periodicamente desenvolvemos ações de saúde que vão desde a realização do PCCU, ultrassonografia de mamas, mamografia até as palestras instrutivas para os usuários que são atendidos na UBS. Os próprios usuários avaliam como muito positivo e oportuno o trabalho feito. Temos realizado palestras explicando a importância de agir de forma preventiva. As atividades têm recebido a aprovação dos usuários do SUS e o trabalho feito pelo pessoal da enfermagem e pela médica são importantíssimos já que são os profissionais mais preparados nesse tema. Existem registros específicos destas atividades nas consultas especializadas e são preenchidos, constituindo uma arma para pesquisas direcionadas para o incremento da qualidade de vida desse grupo populacional.

Com relação a atenção à HAS e ao DM, podemos dizer que são acompanhados em nossa área de abrangência, 97 hipertensos e 88 diabéticos, com percentuais de 81% e 69% de cobertura respectivamente. Doenças como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são estão entre as mais requentes entre nossos usuários. Tais comorbidades recebem atendimento específico, pois, como sabemos, podem levar à deterioração progressiva de outros órgãos e sistemas. Conhecendo essa realidade, se desenvolve na UBS o acolhimento na sala de enfermagem onde se faz um acompanhamento prévio de cada usuário, sendo

avaliadas as curvas de pressão e glicêmicas e registrados no seu histórico e seu prontuário, recebendo orientações por pessoal qualificado na área. Não somente procura-se monitorar os parâmetros, como sinais que sirvam para fornecer conselhos para mudar seus estilos e modos de vida. Durante o acompanhamento feito pelo clínico geral, se faz uma avaliação baseada nos informes feitos na consulta anterior, para que tenhamos uma longitudinalidade, com vistas à uma atenção integral e resolutive. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento, no qual o usuário recebe o tratamento medicamentoso fornecido pela farmácia, em correspondência a suas necessidades. A avaliação dos serviços ofertados é positiva. São aplicados os protocolos que para esse fim foram desenhados. Reconhecemos que as maiores dificuldades estão no abandono e as mudanças que o próprio usuário faz, às vezes até sem a aprovação médica, o que leva aos estados de descompensação da doença e evolução às complicações. Pensando nisso, é feito um controle feito pelos ACS, visitando o usuário e comprovando o consumo, indicado pelo médico, dos remédios. Como outro ponto fraco posso citar que às vezes faltam remédios básicos, o que condiciona que aquele usuário de baixos recursos financeiros fique sem a continuidade do tratamento, já que a maioria não tem como adquirir nas farmácias pelo alto custo.

Quanto à Saúde do Idoso, de acordo com o CAP, temos em nossa área de abrangência, 285 idosos, ficando a cobertura em torno de 70%. Cada dia, a idade alcançada pelo usuário é maior e se constitui um grande objetivo para a APS garantir a ela a maior qualidade possível. O usuário idoso precisa muito amor, paciência e atenção. Nós realizamos atividades direcionadas para eles e com a participação das suas famílias, quer seja no ambiente da unidade ou da comunidade. Nestas, explicamos o envelhecimento fisiológico e as mudanças que aí acontecem. Como enfrentar a etapa com a maior tranquilidade como consequência do avanço da vida. Criamos um grupo de idosos que se reúne periodicamente para fazer atividades de promoção de saúde. Este é muito reconhecido e aprovado por eles e suas famílias, porque o envelhecimento não é só responsabilidade da ESF, mas também da família e toda a sociedade. Participam com frequência a médica, o enfermeiro, e ACS além dos professores de educação física que se juntam a nós para trabalhar. Importante dizer que este tipo de atividades direcionadas aos idosos está contemplado nos

protocolos de que dispomos e que junto a elas são ainda realizadas ações de educação em saúde com foco em saúde bucal e nutrição.

A saúde de qualidade para a população se constitui numa prioridade. Nós contamos com uma equipe comprometida, dedicada e com vontade de lutar pela saúde do população, de oferecer atendimento de qualidade para as gestantes, para as crianças, para aqueles que sofrem de doenças crônicas, para os idosos. O amor que possuem os integrantes da ESF pelo eu fazer em saúde garante que o cuidado ofertado seja gratificante para o usuário que chega à procura dele e para o profissional que se sente satisfeito quando realiza bem o seu trabalho. Obviamente, as fragilidades existem e os desafios estão unidades, como para qualquer dos sistemas públicos de saúde, sobretudo em relação ao financiamento e alta demanda. No entanto, nossa ESF está comprometida com a causa do SUS. Possuímos uma estrutura física que possibilita um atendimento diferenciado e contamos com a vontade das autoridades e aceitação da comunidade e isso é ótimo. No mais, construiremos nossos caminhos qualificando a atenção no dia a dia de nossa UBS e junto à comunidade. A situação da ESF/APS na UBS “Conquista I” desde o início tinha a estratégia de melhorar todos os indicadores e aspectos acima descritos e que vão melhorando aos poucos. Passo significativo foi completar as equipes e poder apresentar um serviço mais integral. Isso é possível quando a ESF concorda em trabalhar de forma coesa pelo e para o população, alvo principal e nossa razão de ser profissionais da saúde.

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

Quando fiz a comparação entre a minha percepção da realidade que existia no momento em que cheguei à UBS e após fazer a análise situacional, chego à conclusão de que existem nexos de junção entre aquilo que é preconizado pelo ministério da saúde em relação com o que existe na nossa unidade. Atuar e desempenhar as atividades médico assistenciais num ambiente em que respiramos coesão e empoderamento pela ESF, a comunidade e usuários do SUS, permite que possamos conseguir tudo o que desejamos. Após a análise situacional, construímos uma maior apropriação da realidade e do cenário no qual atuamos, a fim de propormos estratégias mais eficazes, buscando a melhoria no cuidado em saúde ofertado à comunidade. Minha intenção é que possamos mudar a realidade que

havia anteriormente a nossa chegada à UBS, conseguindo distinguir, identificar e atuar de forma direcionada, com o enriquecimento da qualidade de vida da população, dos grupos prioritários e da população geral, tendo como ganho uma mudança na qualidade de vida dos usuários pertencentes à nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil têm ocorrido mudanças importantes relacionadas à saúde e à qualidade de vida das pessoas, incluindo aquelas que dizem respeito diretamente à saúde da criança. Reforçar as ações direcionadas à saúde integral das crianças, e fundamentalmente, aquelas na faixa de zero até 72 meses (6 anos) torna-se cada vez mais uma prioridade (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). São vitais as ações voltadas para a promoção à saúde e prevenção de agravos, além da avaliação dos riscos, minimizando a possibilidade de acidentes. O governo federal, através de políticas sociais e de redistribuição de renda, tem contribuído para a prevenção de problemas diretos ou indiretos à saúde. Levando em conta a mortalidade de crianças de até 6 anos no país, a queda é de 77,4%, quando avaliamos o período entre 1990, quando essa taxa era de 62 mortes a cada mil nascidos vivos, caindo para 14 mortes a cada mil nascidos vivos em 2013 (BARROS, N. F.; SIEGEL, 2007; ABRAPIA, 2010) . A área programática escolhida como foco desta intervenção tem muita importância, sobretudo quando pensamos que o investimento nessa área se encontra entre os Objetivos do Milênio estabelecidos pela ONU em 2000 e que previa a redução da mortalidade de crianças de menos de 6 anos para 21 mortes a cada mil nascidos vivos até 2015 no Brasil. Segundo a Unicef, o país já superou em 33% a meta estabelecida, mais de um ano antes do prazo previsto. O estudo aponta ainda, que o Brasil teve o melhor desempenho entre os países da América Latina (UNICEF/ONU, 2012).

A USF Conquista I tem uma estrutura física em correspondência aos preceitos do Ministério da Saúde e de fato possui as condições gerais para operacionalizar o projeto que nos propomos implementar com foco em saúde da criança. Essa estrutura vai nos permitir a realização das ações que apresentamos no presente

projeto e assim contamos com o apoio de ACS, enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos clínicos gerais e médicos pediatras, além de dispormos de psicólogos que podem ajudar em muito no desenvolvimento de metodologias participativas como oficinas, rodas de conversa e palestras junto à comunidade, fortalecendo as ações de educação em saúde.

Temos em nossa área de abrangência 119 crianças de zero a 72 meses de acordo com estimativa do Caderno das Ações Programáticas e possuímos uma cobertura de 79%. Fazemos o melhor acompanhamento possível, seja nas consultas médicas ou de enfermagem. A equipe é treinada sistematicamente, ficando atualizada na condução de casos específicos que envolvem a saúde da criança. São feitas ações em palestras para educar aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas respondem ao cronograma. Não podemos deixar de dizer que é fornecido o serviço de vacinação como é estabelecido no Brasil em correspondência à idade. Nossas atividades tem recebido a aceitação da população pela qualidade com que são desenvolvidas e hoje se constitui numa das mais importantes ações de saúde desenvolvidas na unidade. No entanto as ações não são realizadas de forma programática nem sistematizada, necessitando investimentos na melhoria da qualidade do cuidado ofertado.

Nossa meta de cobertura propõe a incorporação dos 100 % das crianças entre zero e 72 meses às atividades da rotina no Centro de Saúde Vila Ivonete, possibilitando, mediante as atividades planejadas, mudar indicadores de saúde em relação à detecção precoce de alteração no crescimento e desenvolvimento, a fala, a saúde bucal, a imunidade pós-vacinal e outros aspectos que contribuam efetivamente para que a criança cresça de forma saudável em um ambiente harmônico, quer seja em casa, no bairro ou na sociedade. Para tanto, dispomos da ESF disposta a trabalhar de forma comprometida e engajada, lutando para alcançar os resultados desejados através de nosso trabalho junto às crianças de nossa comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses, pertencentes à área de abrangência da UBS Conquista I, em Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

- **Meta 2.1:** 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 meses;
- **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 e 72 meses;
- **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.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

- **Meta 6.1:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;
- **Meta 6.2:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;
- **Meta 6.3:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;
- **Meta 6.4:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Conquista I, no Município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção a equipe de saúde, nosso público-alvo comunidade por 119 crianças entre zero e setenta e dois meses de idade e a comunidade como um todo.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de crianças cadastradas no programa. Todos os membros da equipe participarão do processo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, assim como priorizar o atendimento de crianças. Será organizada a porta de entrada a fim de melhor organizar os fluxos internos do serviço para garantir a prioridade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento da criança, na Política Nacional de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança pounidades pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Os processos de capacitação serão realizados pela médica do serviço e pela enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. Será feito pela enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. Atividade realizada principalmente pelos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. A médica e a enfermeira do serviço farão as capacitações.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Principalmente realizada pela enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, estadiômetro, fita métrica).

Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Já articulada com a gestão pela médica do serviço.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. Ações realizadas principalmente pela médica e enfermeira do serviço.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as crianças com déficit de peso. Enfermeira e médica serão as responsáveis durante as consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, estadiômetro, fita métrica).

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar a equipe.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as crianças com excesso de peso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, estadiômetro, fita métrica).

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Padronizar a equipe.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança, as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e responsáveis acerca das habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Médica e enfermeira da equipe farão as capacitações.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. A enfermeira do serviço fará este monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Realizar controle da cadeia de frio.

Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Ações feitas por todos os membros da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. Médica da unidade fará a articulação junto ao gestor.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Todos os membros da equipe participarão do processo.

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas. Enfermeira do serviço fará o monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. "

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. Enfermeira do serviço fará o monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. Capacitação feita pela médica e enfermeira do serviço.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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. Será feito pela médica do serviço.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade. Capacitação feita pela médica e pela enfermeira do serviço.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Todos os membros da equipe participarão do processo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Médica e enfermeira do serviço farão a capacitação da equipe.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar as atividades educativas coletivas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Identificar e organizar os a serem trabalhados nas atividades educativas.

Organizar todo material e conteúdo necessário para essas atividades.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Divulgar as potencialidades das ações interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar. Todos os membros da equipe participarão do processo.

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

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % 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.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

Indicador 2.1. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. 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) avaliados/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde/Denominador: Número de crianças 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 e 72 meses.

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

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

Meta 2.11. Realizar 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.

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

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

Indicador 3.1. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas/Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro na ficha 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.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco. Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco /Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

Indicador 6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura/ Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa 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

Para a realização da nossa intervenção, utilizaremos como documento-base o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, 2013. Como instrumento para coleta será utilizada a ficha espelho da criança disponibilizada pelo curso, sendo que serão acrescentados campos para contemplar a coleta de outras informações importantes. Além disso, teremos a caderneta da criança como instrumento de apoio para extração inicial de dados. Serão necessárias 119 fichas-espelho de forma a contemplar 100% das crianças de nossa área de abrangência e respeitando a meta de cobertura estipulada. Foram feitas articulações prévias com a gestão a fim de garantir a disponibilidade de fichas em número suficiente.

Inicialmente, os registros serão revisados pela enfermeira em busca das crianças que compareceram às consultas e aquelas faltosas. Isso será feito em parceria com o médico da unidade. Serão investigadas informações gerais acerca aspectos como vacinação, crescimento e desenvolvimentos e outras que sejam importantes para dar início a um banco de dados.

Na primeira semana de implementação do projeto, serão estabelecidas as atribuições de cada membro da equipe e realizada a necessária capacitação da equipe com relação aos protocolos existentes em saúde da criança. O médico e a enfermeira irão conduzir esta atividade e deverá ser providenciada a versão impressa dos protocolos, impressão da ficha espelho, disponibilização das cadernetas de saúde da criança junto à gestão da unidade.

O processo de cadastramento será realizado por toda a equipe ao longo do processo de intervenção, através do acolhimento, dentro e fora da unidade. Todos serão devidamente capacitados para esta finalidade e para utilização correta dos instrumentos utilizados, de maneira a termos uma uniformidade na qualidade das ações realizadas no âmbito da intervenção, sendo a enfermeira e do médico responsáveis por esse treinamento.

Semanalmente, será realizada a reunião de equipe, com a participação de todos para o planejamento das atividades, momentos de educação permanente, sendo também um momento de balanço e reflexões sobre o andamento da intervenção.

Na primeira sexta-feira de cada mês ocorrerão os encontros com as lideranças comunitárias, buscando a articulação e apoios necessários e para efeito de devolutiva com relação ao andamento do processo e contribuindo também para o empoderamento da comunidade. Espera-se, dessa forma, fortalecer as ações realizadas pela intervenção. As atividades do grupo de crianças ocorrerão semanalmente, sendo esta atividade conduzida principalmente pelo médico e pela enfermeira.

3 Relatório da Intervenção

A presente intervenção estava prevista para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi realizada em 12 semanas, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o desenvolvimento das ações planejadas para esta intervenção em saúde da criança, temos a satisfação de ter realizado todas elas integralmente, com qualidade e sistematicidade, o que nos levou a obter os resultados finais deste trabalho. Para o sucesso da intervenção foi decisivo o fato da coesão e dedicação da ESF, sem os quais não teríamos alcançados os resultados atingidos.

Quando definimos as ações a serem desenvolvidas estávamos cientes das dificuldades, mas sempre houve triunfos e ganhos que contribuíram para o bom sucesso do trabalho. A capacitação e/ou treinamento da ESF, dos ACS foi a chave inicial. Eles precisavam saber o rumo que as coisas tomariam, além de saber como atuar, como preencher documentos / registros, como se engajar cada situação, seja nas visitas domiciliares, busca ativa, ações de promoção e educação em saúde. Foi um aspecto importante e necessário, já que qualificou a equipe e permitiu não sobrecarregar a rotina de trabalho, conseguindo colocar cada ponto específico das ações programáticas no momento certo. Definimos o papel de cada um na intervenção, a fim de organizar os processos de trabalho e otimizar a atuação individual e em equipe.

Sem o esforço do dia a dia da equipe, sobretudo dos ACS, não teríamos conseguido o cadastro de 100 % das crianças da área de abrangência, embora no primeiro mês não atingimos o total, mas que foi conseguido quando no início da

semana cinco da intervenção, o que mais que uma porcentagem, significou a possibilidade de um contato mais próximo com cada uma das crianças. A equipe realizou sistematicamente as visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos e mesmo com o incremento progressivo do número de crianças cadastradas, verificamos que cada vez menos crianças faltavam às consultas planejadas, fruto do trabalho sério realizado pela equipe, seja nas ações na unidade ou fora dela. Fomos ganhando a confiança e o reconhecimento junto à comunidade, principalmente com os pais e/ou responsáveis, que passaram a enxergar a importância de um acompanhamento continuado de suas crianças.

O atendimento clínico ocorreu diariamente na unidade e sempre foram momentos importantes para além do acompanhamento do quadro de saúde. Significaram momentos de aproximação com as crianças e seus responsáveis, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos com a equipe de saúde e nos quais podíamos investir nas ações de educação por meio das orientações feitas para manutenção ou recuperação da saúde.

As atividades de educação em saúde com ênfase na promoção à saúde e prevenção de agravos foram um sucesso, abordando temáticas diversas, seja nas atividades coletivas em formato de sala de espera, seja nas orientações ofertadas individualmente durante as consultas. Devo dizer também do imenso prazer que produziu em mim cada atividade de promoção de saúde, cada palestra, porque consegui visualizar que as famílias estiveram motivadas com as nossas atividades, o que fala muito bem da aceitação que temos na comunidade.

Durante toda a intervenção em suas reuniões semanais, a equipe realizava o monitoramento e avaliação da implementação do projeto, observando os ganhos que estávamos obtendo, revendo as estratégias utilizadas para alcançar as metas e planejando as atividades coletivamente.

Foram ainda realizados os encontros previstos com as líderes comunitárias, buscando um movimento de articulação e aproximação com a comunidade, além de dar ciência sobre a intervenção que estava sendo realizada, corresponsabilizando a comunidade com o cuidado com a saúde das crianças da área de abrangência. Mesmo com os desafios iniciais, progressivamente fomos conseguindo o apoio

necessário seguir em frente e isso foi essencial. Penso que as reuniões com lideranças comunitárias foram muito bem aproveitadas, já que eles como força popular entenderam e apoiaram a nossa ESF em cada coisa na que foi pedida a sua colaboração, dando um passo à frente para contribuir.

Felizmente, com o empenho e dedicação de todos da equipe, conseguimos realizar o conjunto de ações previstas para a intervenção com a qualidade necessária e alcançar bons resultados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante o transcurso desta intervenção, não tivemos ações que não fossem desenvolvidas. Com o redimensionamento do período da intervenção por orientação da Coordenação Geral do Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL, intensificamos nossa dedicação e empenho em busca de alcançarmos as metas estabelecidas, trabalhando de forma coesa a fim de levar em frente as ações planejadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve um momento inicial no qual experimentamos uma falta de documentos para registro, especificamente a Caderneta da Criança. No entanto, graças ao movimento de articulação feita junto à gestão administrativa, esse problema não perdurou de forma prolongada ou representou um obstáculo para o desenvolvimento das ações de coleta / registro de dados. A falta de equipe odontológica também se constituiu num desafio inicial, solucionado através da articulação e busca de apoio junto à Secretaria municipal de Saúde (SEMSA), sendo então solicitada deles uma solução e que também foi resolvida, não chegando a atrapalhar o andamento da implementação do projeto, nem as ações previstas. Dessa forma, a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção ocorreram dentro das expectativas e conseguimos fechar as planilhas e sistematizar os dados, obtendo os resultados já esperados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção realizada com foco em saúde da criança é perfeitamente viável no sentido de sua incorporação à rotina das atividades em nossa UBS. Incorporamos o conjunto de ações, com intensificação daquelas relacionadas à promoção de saúde, sendo todas elas desenvolvidas junto à comunidade. Buscamos sair das paredes da unidade, o que fala do bom relacionamento saúde-comunidade que construímos ao longo do processo de intervenção. Mantemos nossa articulação com a gestão a fim de fortalecer as ações e garantir o apoio necessário para a continuidade das ações, a exemplo do material necessário para os registros, sempre solicitando ao nosso pessoal responsável o preenchimento desta, contribuindo assim, para que os dados sejam sempre confiáveis e sirvam para definir futuras ações de saúde. Pensamos criar um manual de promoção de saúde próprio, baseado na nossa realidade, que poderá periodicamente ser revisitado e atualizado, contribuindo para a melhoria constante da qualidade do cuidado ofertado às crianças da comunidade.

A intervenção trouxe e segue trazendo benefícios para todos, aumentando a acessibilidade aos serviços ofertados, permitindo acompanhamento qualificado e mais detalhado. Além disso, contribuiu para a construção e fortalecimento dos vínculos com a comunidade, sobretudo, com os responsáveis das crianças na faixa avaliada da nossa área de abrangência. A intervenção oportuniza um acompanhamento continuado, dando conta da longitudinalidade do cuidado, através de um conjunto sistematizado de ações, contribuindo efetivamente para melhorar os níveis de saúde das crianças.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Antes de apresentarmos os resultados propriamente ditos com as respectivas reflexões, importante resgatarmos aqui algumas informações. A população adstrita à minha área na UBS Conquista I, em Rio Branco, estado Acre é de 3.500 pessoas, sendo que delas, 119 são crianças compreendidas entre zero e setenta e dois meses de idade, sendo este último dado o alvo da nossa intervenção, representando 3,4% do total. Focado nessa faixa etária foi implementado o projeto, por meio de um conjunto de ações planejadas e posteriormente avaliadas pelos indicadores prounidades, de forma a verificar o que conseguimos alcançar junto a essa população escolhida para nossa intervenção.

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

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

Como parte do processo de intervenção, o primeiro dos indicadores avaliados foi a proporção de crianças dessa faixa etária inscritas no programa na nossa unidade de saúde. De um total de crianças que nosso cadastro continha, compreendida nessas idades (119 no total) com a intervenção da equipe, desde o começo, iniciamos no mês 1 com 97 cadastros, sendo um 82% em relação ao total. No mês 2, com o esforço de todos, atingimos os 100% dos cadastros incorporados às atividades da intervenção, o que consideramos um triunfo pela importância que tem contar com todas as crianças já que as atividades para eles desenhadas, vão proporcionar qualidade de vida e saúde para o seu desenvolvimento futuro.

A comunidade desempenhou um ótimo papel na divulgação das atividades, possibilitando uma inter-relação equipe-população que é braço direito do trabalho.

Em relação com este objetivo, com a nossa intervenção conseguimos cumprir a meta desejada que no sentido de ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na nossa Unidade de Saúde, chegando aos 100% dos cadastros das crianças de zero a setenta e dois meses de idade pertencentes à nossa área de abrangência. Foi muito importante o comprometimento da equipe e fundamentalmente dos ACS que contribuíram para obter esse resultado. Do mesmo modo, foram importantes as ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança e o estabelecimento e definição de prioridades de cada membro da ESF em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas e especificamente o cadastramento de todas as crianças correspondentes à nossa área de abrangência pertencentes ao programa.

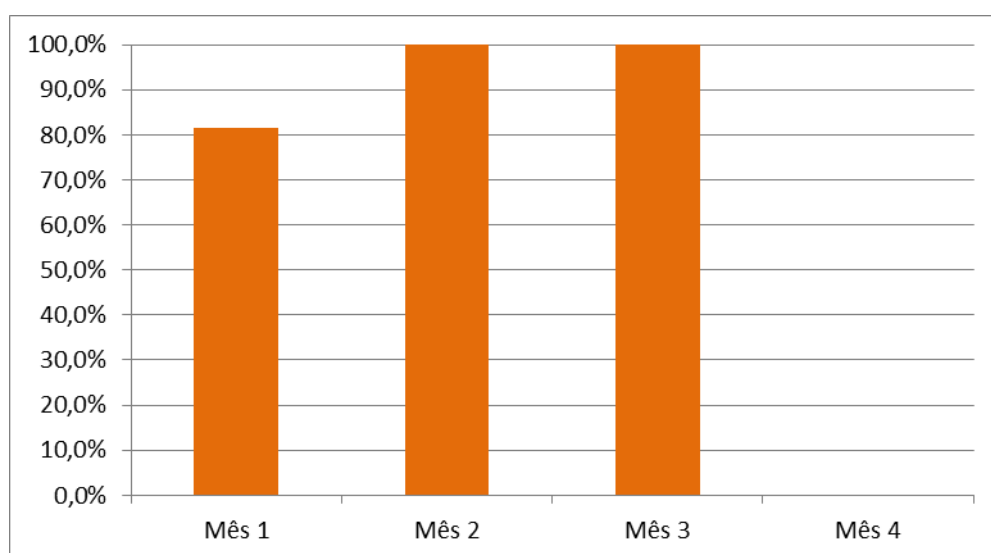


Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Para conseguir estabelecer uma proporção apoiamos-nos nas cadernetas das crianças e nos registros existentes na unidade assim como nos prontuários do arquivo da unidade destes usuários, não houve dificuldade em aqueles que já

tínhamos feita a primeira consulta na primeira semana, mas nos outros (aqueles maiores de um ano, aqueles que mudaram-se para a nossa área) onde não constavam evidências de ter sido feita a primeira consulta tivemos que nos apoiar nas provas que as mães trouxeram para nós, nos seus documentos. No gráfico 2 aparece representado como evoluímos nesse indicador onde no primeiro mês chegamos aos 79% (77 crianças de 97 cadastradas), depois aumentamos os cadastros no segundo mês e tivemos 78% (isso pela relação 93/119 total de cadastros) já para os últimos trinta dias da intervenção. Tivemos que cobrar muito das mães as cadernetas da criança de aquelas que a possuíam, assim também como qualquer outro documento oficial que registrasse a data na qual foi feita a primeira consulta na unidade, com todo isso foi que encerramos com 83 % na proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Nós tínhamos a certeza das que havíamos feito nós, mas tínhamos que indagar pelas que não havíamos feito. Toda a equipe trabalhou de forma coesa, buscando essa meta com a maior seriedade e tentando obter as respostas o mais confiáveis. Contribuiu para obter esse resultado as informações contidas nas cadernetas das crianças e nos prontuários existentes nos arquivos. Houve mães de crianças que não possuíam esse documento nem também estavam cientes de haver sido feita a consulta nos seus filhos na primeira semana de vida, nesses casos desconsideramos colocar como efetivada a primeira consulta na primeira semana.

Essas crianças foram justamente aquelas maiores de 48 meses, já que muitas delas não moravam na nossa área quando nasceram sendo que vieram da zona rural onde infelizmente não houve um acompanhamento direitinho, coisa que nós estamos garantindo às nascidas na nossa área. Para poder conseguir realizar este objetivo foi importante as ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança e as atividades de consulta.

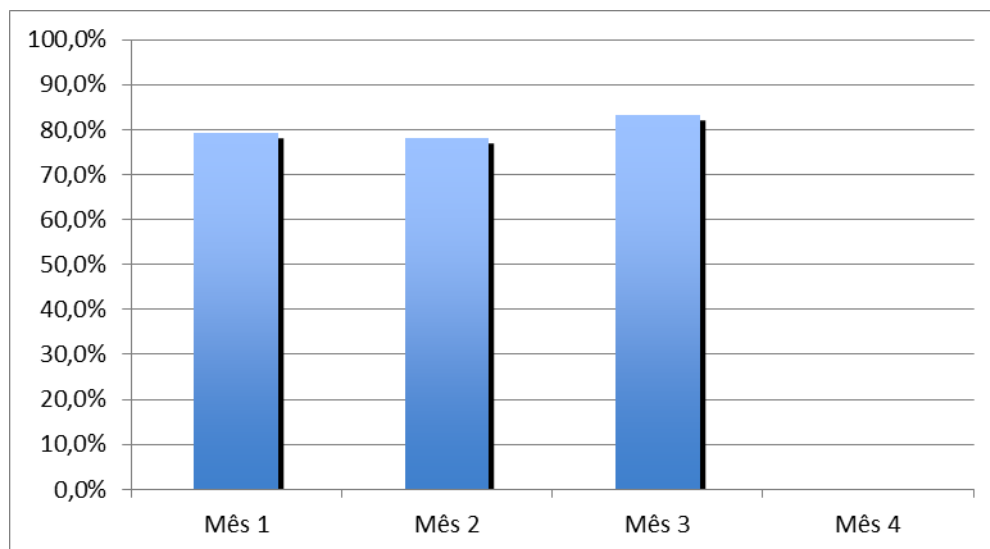


Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

- **Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

O crescimento da criança constitui um indicador de avaliação do seu desenvolvimento, sendo o controle frequente e regular dele em consulta muito importante. Aqui a equipe teve um trabalho significativo. Aproveitamos as consultas, as atividades de promoção com as crianças para ter em dia essa avaliação, claro que sem o treinamento adequado dos membros da equipe não tivesse sido possível. No primeiro mês, monitoramos o crescimento de 78 das 97 crianças cadastradas, correspondendo a 80,4%. No segundo mês houve uma pequena queda, pois aumentamos o número de crianças cadastradas e alcançamos 95 das 119 crianças, chegando a 79,8%. Fechamos o terceiro mês com 115 das 119 crianças com monitoramento do crescimento, avançando para 96,6%. Foi determinante o planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção em relação ao tema da saúde da criança, bem como o treinamento adequado aos ACS que participaram das visitas domiciliares em busca das crianças faltosas às consultas agendadas.

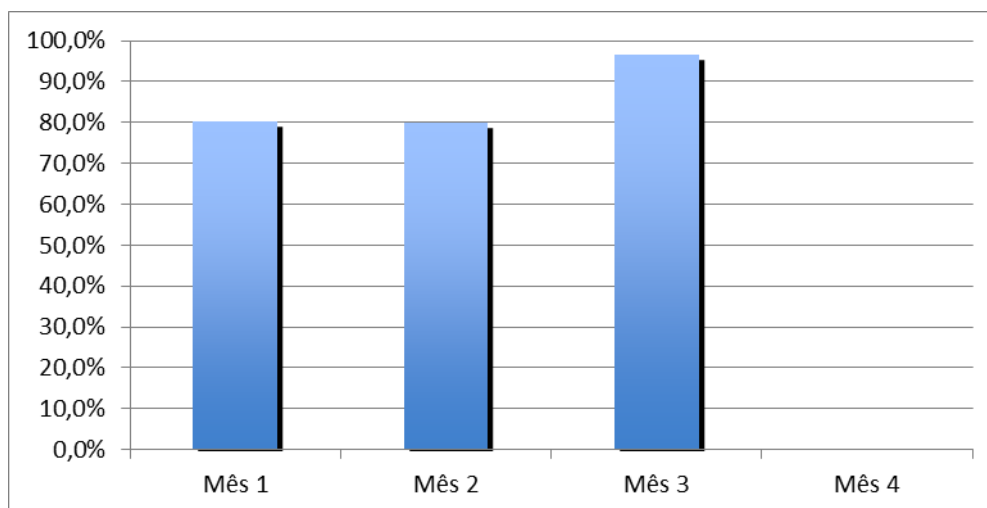


Figura 3 - Proporção de crianças com monitoramento do crescimento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Embora a maioria das nossas crianças castradas sejam hípidas, sempre há alguma que, por alguma razão em particular, não consegue se manter no peso ideal para a sua idade e cai na classificação de criança com déficit de peso. Nossa equipe fez um excelente trabalho no monitoramento e controle das crianças que haviam sido enquadradas nessa categoria. No primeiro mês tínhamos só quatro, depois uma delas evoluiu ao peso normal e quando chegou o terceiro mês, tínhamos duas crianças que estavam no limite inferior do peso normal que quando foram acompanhadas não tiveram ganho de peso e caíram para o déficit, importante dizer que estão no escore limite. É visível no gráfico como se comportou essa questão mensalmente, onde os 100 % das crianças foram acompanhadas em todos os períodos avaliados e que também foi abordada nas atividades de promoção de saúde. Importante ainda, as atividades de atendimento clínico em consultas agendadas e às atividades encaminhadas ao grupo de crianças, que oportunizou instruir às mães sobre as medidas gerais para prevenir o baixo peso.

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

Muito similar aconteceu com esse indicador em que o monitoramento das crianças com excesso de peso atingiu os 100 no último mês da intervenção. Observamos pelo gráfico como se comportou o indicador em questão, sendo que no primeiro mês, quando haviam 12 crianças com excesso de peso, monitoramos a

sete delas (58%) as outras, em quatro tentativas de visita as suas casas haviam viajado. Já no segundo mês, acompanhamos 12 das 16 crianças nessa condição (75%) e encerramos o terceiro mês, com 100 % de monitoramento. Foram muito úteis as atividades encaminhadas ao grupo de crianças, sendo que contribuírem na conscientização de que criança acima do peso não é sinônimo de saúde, embora exista a crença equivocada das famílias em pensarem dessa forma.

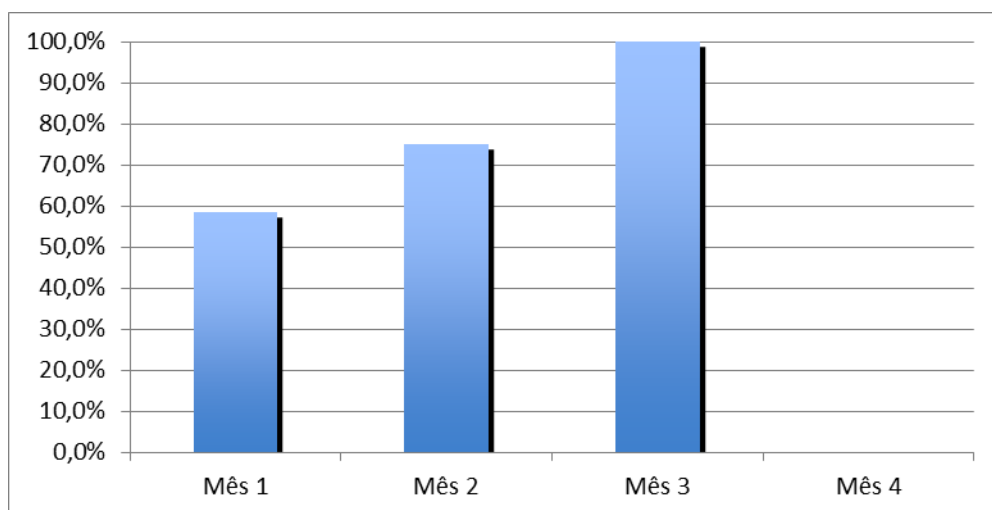


Figura 4 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Uma família sempre deseja que os seus filhos cresçam fortes, saudáveis e que não adoeçam. É extremamente importante avaliar como estão se desenvolvendo, assim é possível detectar alguma alteração no seu desenvolvimento, potencialmente tratável e que traga bem estar futuro para ela e a sua família. Quanto à avaliação do indicador relacionado ao monitoramento do desenvolvimento cabe, antes de tudo, deixar claro a estreita relação que este tem com outros indicadores pesquisados, a exemplo do crescimento, devendo, pois, ser aspectos avaliados pensando nas possíveis correlações, na medida em que dialogam entre si. No primeiro mês da intervenção havíamos avaliado 64 dos 97 cadastrados, o que representou um 66%, já para o segundo mês dobrando esforços e com a valiosíssima participação dos ACS atingimos a quantidade de 105 crianças, o que foi em torno dos 88% e já no último mês a cifra foi para 118 crianças, um 99 % em relação aos 119 cadastrados, houve uma criança que faltou

que estava viajando. Essa meta foi muito bem atendida pela nossa equipe de saúde, embora não atingíssemos os 100 % pela falta de uma criança que em três tentativas de busca estava viajando, ficamos satisfeitos por haver conseguido avaliar esses 99 % de crianças (118). No entanto, já foi feito contato com a mãe da criança que está retornando e foi agendada consulta para o seu acompanhamento adequado. Um grande impacto neste sentido do monitoramento o tiveram o atendimento clínico às crianças em consultas agendadas e as atividades realizadas junto ao grupo de crianças.

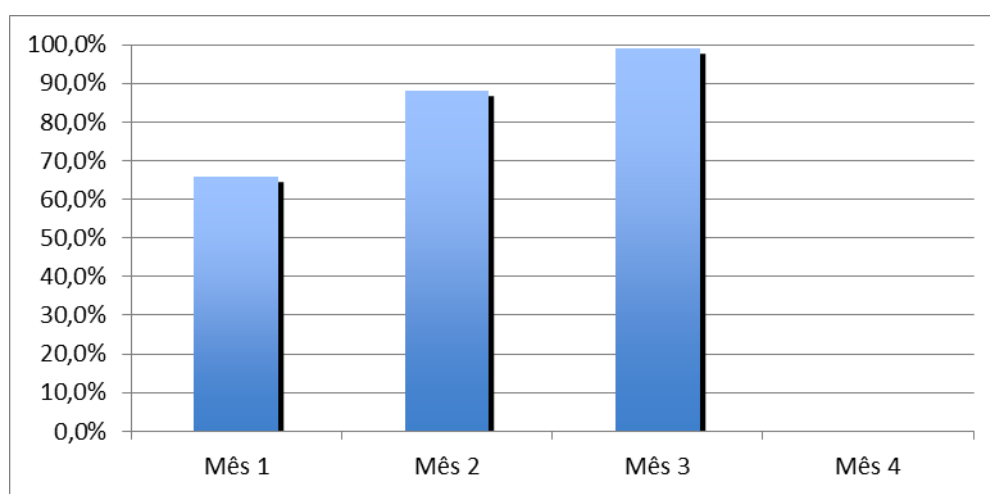


Figura 5 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

A vacinação além de ser um direito das crianças e uma obrigação do Ministério da Saúde é um indicador a ser avaliado sempre, desde que seja completado o esquema vacinal de cada um ficará mais protegido de doenças potencialmente letais. No desenvolvimento deste indicador nossa equipe, no primeiro mês da intervenção, conseguiu atualizar o esquema vacinal em 88 dos 97 cadastrados, no segundo mês já foram 115 dos 119, até aqui um 91% e 97% respectivamente no mês um e mês dois da intervenção. Encerramos o terceiro mês atingindo aos 99%, sendo que só faltou um que estava viajando. Acho oportuno dizer que embora não atingíssemos os 100% das crianças a vacinar em correspondência à idade, essa criança que falta ainda está em tempo para tomar a vacina, não ficando fora de calendário, nem havendo perdido ela. Importante também dizer que nada seria possível sem o comprometimento da equipe na

realização deste trabalho, do acompanhamento nas responsabilidades de cada um e sem o treinamento adequado dos ACS que foram participar das atividades de vacinação, visitas domiciliares e busca das crianças faltosas.

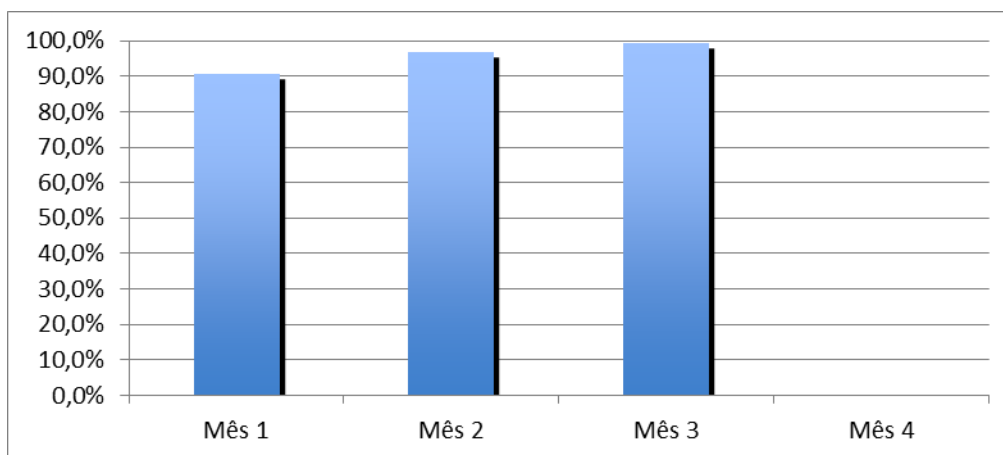


Figura 6 - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

A suplementação de ferro é consideravelmente importante para a prevenção das anemias, ela, junto com uma boa orientação nutricional contribui para evitar essa doença que compromete o bem estar da criança e seu desenvolvimento. A suplementação de ferro, preconizada pelo ministério da Saúde, para as crianças entre seis e 24 meses foi realizada em 53 das 59 crianças compreendidas nessa faixa etária, o que significou um 90 % no primeiro mês. No segundo mês, 73 das 74 crianças entre 6 e 24 meses receberam a suplementação, sendo 99 % e encerramos com esse mesmo por cento no terceiro mês em 78 das 79 crianças com esse critério. As crianças que chegaram à idade de 6 meses em cada período foram quantificadas e receberam a suplementação, mas faltou uma que embora estivesse viajando, não corre o risco de ficar fora pois está em tempo de tomar a suplementação ainda. Apoiamo-nos nas ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança, assim como no atendimento clínico em consultas agendadas e as atividades encaminhadas ao grupo de crianças que foram de fato roteiro para a

realização das atividades da intervenção.

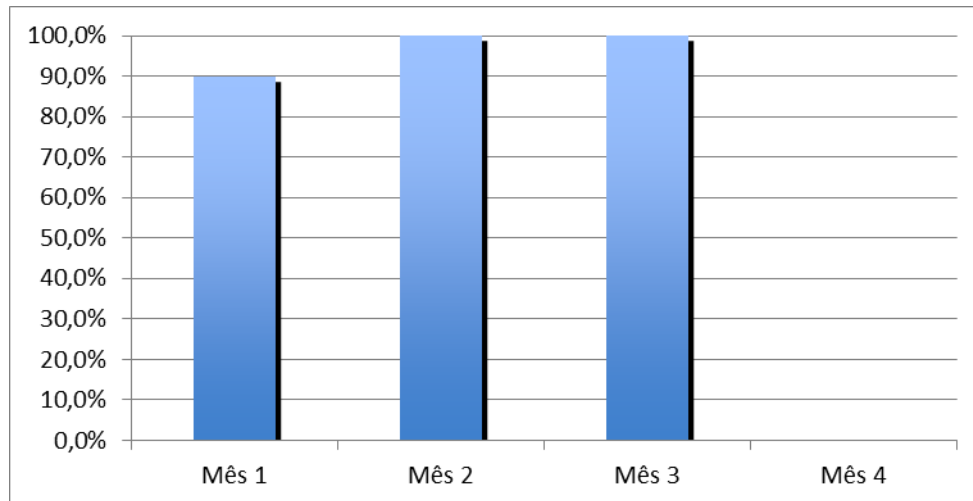


Figura 7 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

- **Meta 2.8:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

A triagem auditiva, como preconizado pelo ministério da saúde por lei, deve ser feita no recém-nascido até o quinto mês, sendo obrigatório nos hospitais e maternidades que recebem a criança. A realização do teste no período certo permite a detecção precoce de dificuldade na audição. Foi isso também o que dissemos aos membros da ESF quando os treinávamos para executar as ações desta intervenção. No gráfico aparece com foi o comportamento deste indicador, sendo que no primeiro mês tivemos só 63 %, representado pelos 63 avaliados, no segundo mês tivemos um aumento nos cadastros e porcentagem de avaliados, sendo 76 dos 119 cadastros para 64 % e encerramos o terceiro mês com 97 crianças avaliadas o que decidiu um 82 %. As 20 crianças faltantes já tinham mais de 5 anos de idade e não tinham demonstrado deficiência auditiva alguma. Nós, conseguimos acompanhar a realização desta triagem em todas as nossas crianças até os 48 meses de idade, sendo que havia constância nas suas cadernetas da criança, mas nos casos daqueles acima dessa idade e perante a falta desse documento ou constância de realização, não foram levadas e, conta. Não existe nenhuma das 119 crianças com problemas de audição, isso é muito importante.

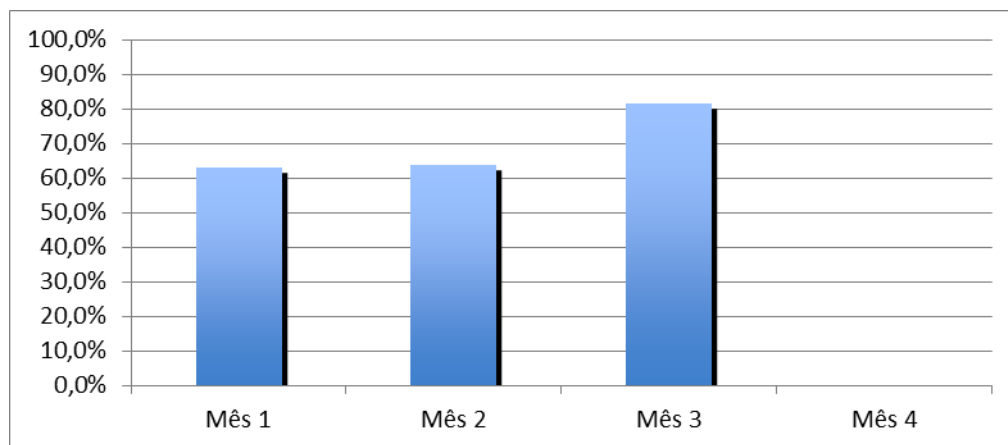


Figura 8 - Proporção de crianças com triagem auditiva. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Outro aspecto importantíssimo na avaliação da saúde da criança e como diagnóstico de outras doenças congênitas que podem trazer complicações na vida e na saúde da criança. Foi outro dos nossos indicadores avaliados. Todos os nossos cadastros em menores de 5 anos haviam feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. No gráfico aparecem os resultados deste indicador. Para efetivar os resultados tivemos que conferir nas cadernetas da criança, nos prontuários no arquivo da unidade e nas referências confiáveis das mães da realização do mesmo. Houve uma parte das crianças da intervenção que as mães não lembravam ou não tinham certeza se havia sido feita nos seus filhos esse importante exame. Tentamos ser o mais fiéis possível para evitar erros e ter um resultado coerente. No primeiro mês aparecem 84 testes do pezinho feito em relação aos 97 cadastros, sendo isto um 87 %, depois no segundo mês houve 99 e no terceiro mês 101, os dois em relação a 119 cadastros de crianças existentes o que ficou em 83 % e 85 % respectivamente. Embora não foi conseguido chegar aos 100 % também é importante dizer que nenhuma dessas crianças tem ou sofre das doenças que são diagnosticadas com o teste do pezinho. Nós fizemos ênfase na importância do exame, os ACS receberam orientações de como deve ser feito esse exame, de quanto importante ele é e foram também dadas informações na comunidade, para que todos estivessem cientes da utilidade e importância em realizar esse exame.

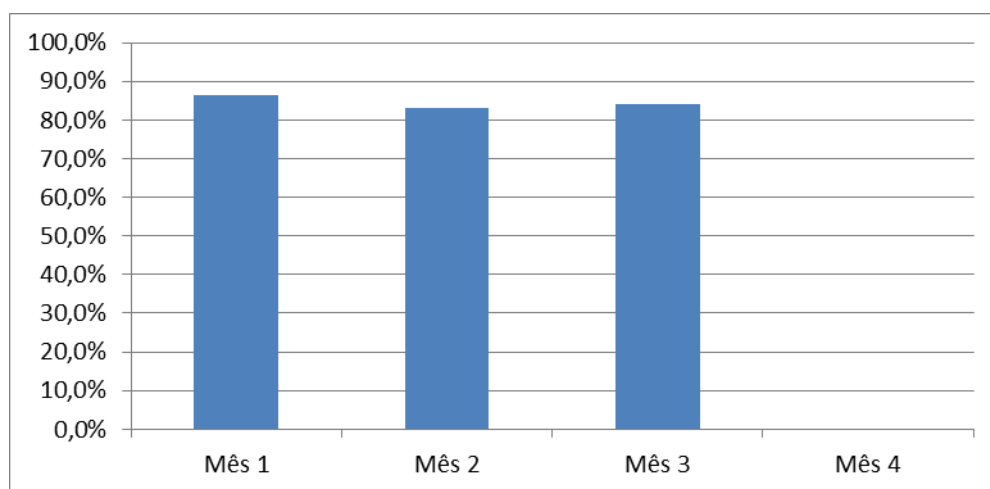


Figura 9 - Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Nesse indicador os resultados foram gradativamente aumentado no decorrer da intervenção, mas atrapalhou um pouco a falta de equipe odontológica, o que foi solucionado ao longo do processo. Aparece no gráfico a representação dos resultados, donde no primeiro mês houve 88 % de realização da avaliação, depois cresceu para 96 % para já finalizar no terceiro mês com 95 %. Vale dizer que isto foi em relação às crianças entre 6 e 72 meses, tendo presente que durante a intervenção houve crianças que se incorporaram por haver chegado à idade de seis meses. A realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico nessas crianças dessa faixa etária, no início (mês e meio de haver iniciado a intervenção) não teve boa sistematicidade pela falta de equipe odontológico na unidade, foi preciso, articular com a Secretaria Municipal de Saúde SEMSA uma reunião, visando dar uma solução a esta questão, mas para benefício de todos, uma equipe de saúde bucal se incorporou e começou realizar as avaliações. Foram compreendidas ao longo da intervenção as crianças que chegavam aos 6 meses de idade.

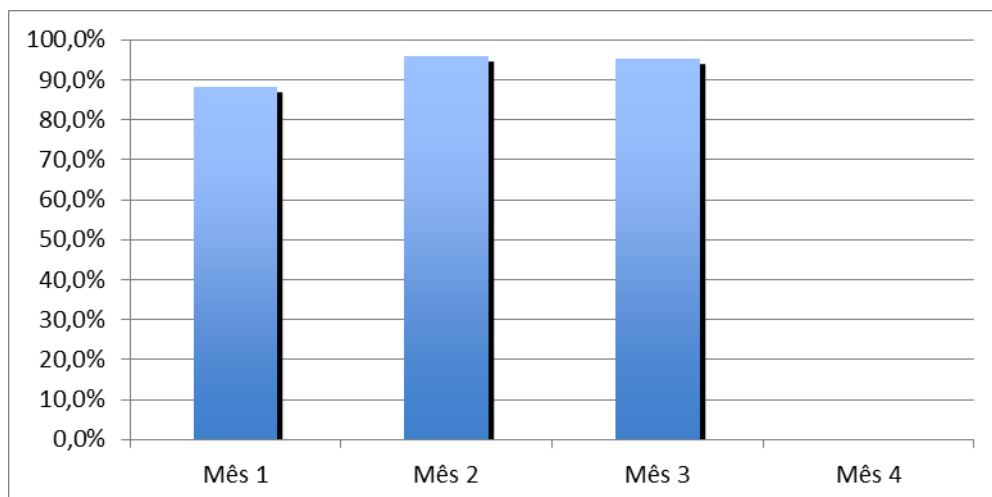


Figura 10 - Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Para o indicador que avaliou a proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses de idade que tiveram a primeira consulta odontológica, os resultados comportaram-se da seguinte forma: No primeiro mês, tínhamos compreendidas nessa faixa 52 crianças, delas 68 % foram em primeira consulta odontológica, no segundo mês o por cento de primeiras consultas foi para 96 % em 94 das 98 crianças com essa idade e encerramos o terceiro mês com 101 de 106 crianças com primeira consulta odontológica, o que representou um 95 % no encerramento desse indicador. Com a realização deste procedimento odontológico conseguimos primeiro avaliar à maior quantidade de crianças nessa faixa etária, conseguimos sensibilizar às mães com a importância da avaliação pelo dentista que por sua vez orientou sobre a escovação dos dentes, sobre os cuidados para se evitar cáries, deformidades e como detectá-las.

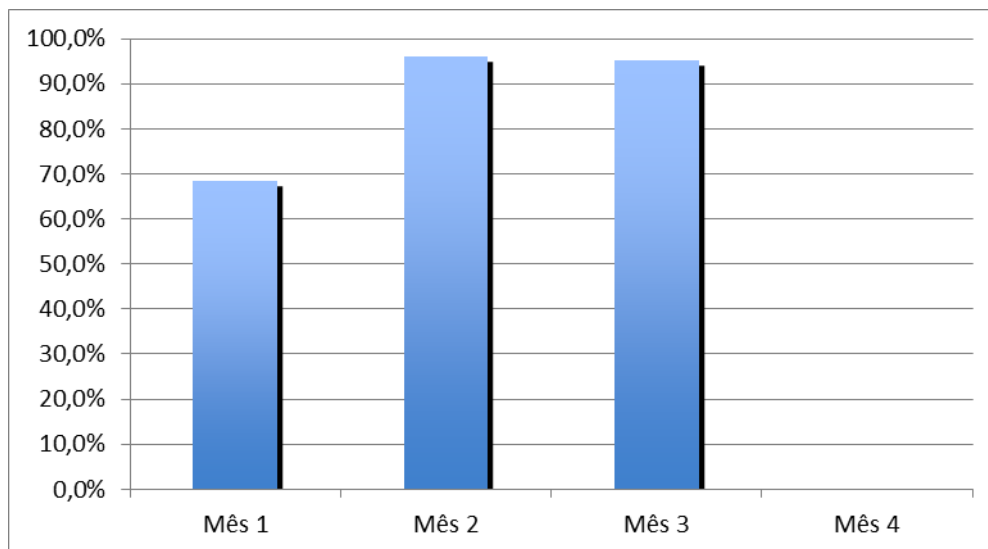


Figura 11 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

Tínhamos na área, após iniciar as atividades desta intervenção um pequeno grupo de crianças faltosas em consulta programada, por algumas razões justificáveis que as mães apresentaram para os nossos ACS. Nos primeiros trinta dias houve 24 faltosos às atividades programadas e 17 deles foram buscados e reagendados (71%), depois, no transcurso da intervenção no mês dois e três houve aumento de cadastros no programa e a quantidade de faltosos em consulta diminuiu muito, como aparece no gráfico onde acabou o terceiro mês com o 100 % dos faltosos que tiveram busca ativa. Os 100 % das crianças faltosas em consulta tiveram busca ativa pelo ACS. Foi muito importante o acompanhamento feito e como aqueles faltosos em consulta foram diminuindo com o passo dos meses da intervenção até que fechamos o terceiro com 9 faltosos (7,5%) de 119 cadastrados, esses 9 tiveram busca ativa e seguidos pela ESF. Contribuiu para que não houvesse mais faltas o fato da seriedade percebida nas ações pelas mães das crianças, além disso, pela participação comunitária, as atividades de promoção de saúde e o trabalho consciente, sério e que a equipe realizou.

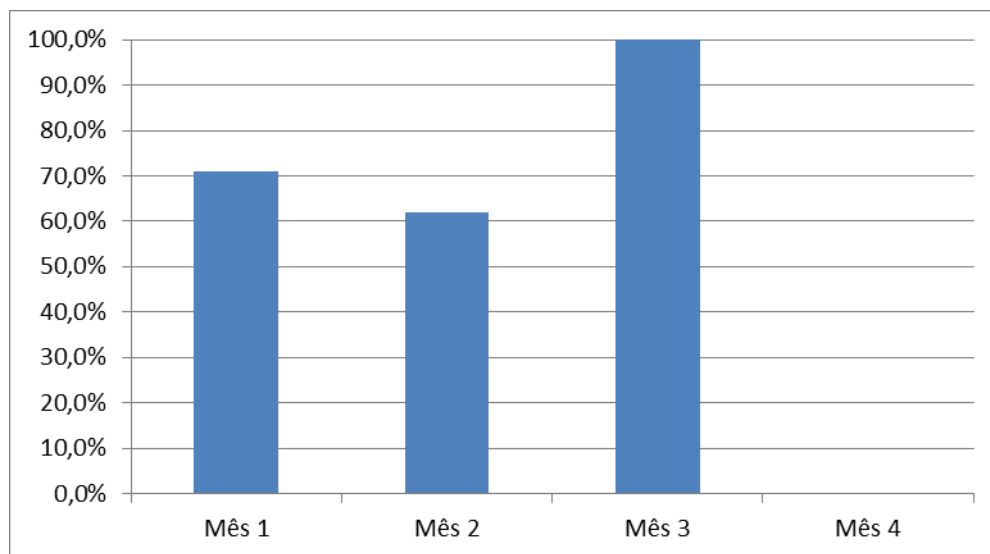


Figura 12 - Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

A atualização dos registros significou muita utilidade para nós na unidade e para o trabalho da ESF na presente pesquisa e em futuras pesquisas também. Conseguimos no início, de 97 crianças cadastradas atualizar os registros em 66 delas, o que representou 68 %, sendo que intensificamos as atividades e coesão da equipe e ao longo da intervenção conseguimos evoluir nesse aspecto gradativamente para 69% no segundo mês e para os 100 % das crianças (119) com registro atualizado ao final da intervenção. Graças ao treinamento adequado aos ACS que participaram das atividades de vacinação, visitas domiciliares e procura das crianças faltosas às consultas agendadas, assim como a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança, foi o que contribuiu para que chegássemos ao final da intervenção com 100 % das crianças com sua ficha espelho e de vacinação atualizadas.

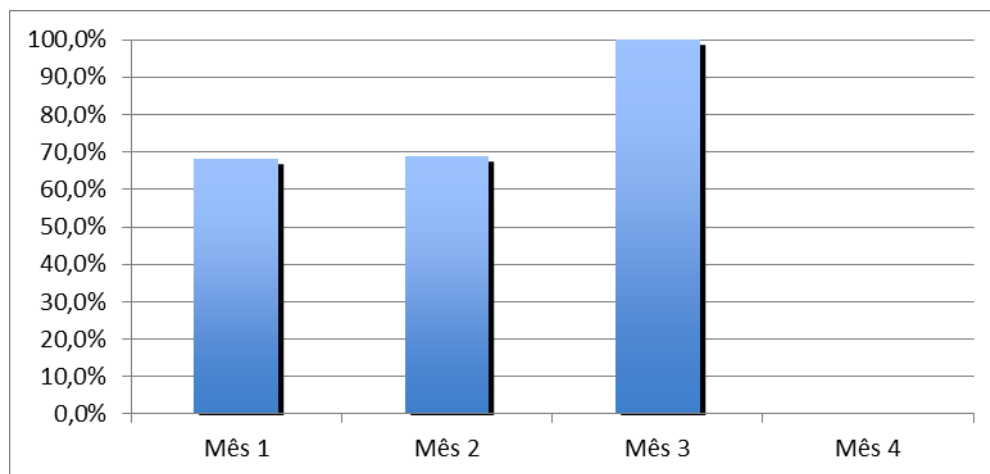


Figura 13 - Proporção de crianças com registro atualizado. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

Das 97 crianças cadastradas no primeiro mês até o total de 119 quando chegamos ao terceiro mês da intervenção em todas foi feita a avaliação de risco, que teve 84 % no primeiro mês e aumentou progressivamente para 88% no segundo mês e sendo alcançado 100 % das crianças ao final do mês 3. Com estes resultados vemos que todas as crianças foram avaliadas, o que significou o cumprimento da meta desejada. Foi de vital importância o trabalho dos membros da ESF através das ações de capacitação, e de sua atuação dedicada e comprometida.

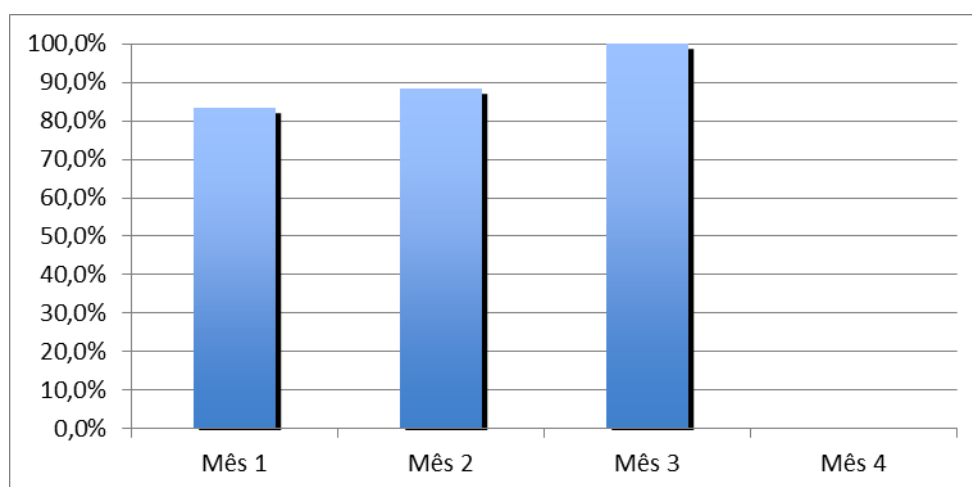


Figura 14 - Proporção de crianças com avaliação de risco. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Apoiados nas ações de planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde da criança, de atendimento clínico em consultas agendadas e de atividades encaminhadas ao grupo de crianças, foi que tivemos sucesso neste indicador que como meta pretendia orientar 100 % das mães das 119 crianças cadastradas relacionadas com a prevenção de acidentes na infância. Iniciamos o mês 1 com 77 crianças cujas mães receberam tais orientações correspondendo a 79%. No mês 2, foram 97 crianças, considerando 119 cadastradas, ou seja 81% e chegamos ao final da intervenção atingindo 100% das 119 crianças.

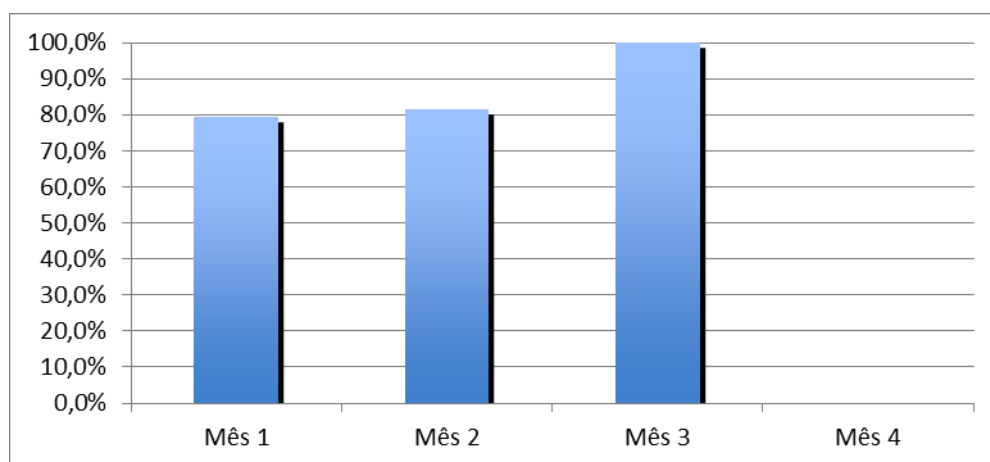


Figura 15 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância . Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros meses de vida é significativamente importante, daí que a técnica usada para aleitar deve ser correta para evitar ocorrência de alguma dificuldade. Com as nossas crianças que estavam nesse período de aleitamento, foram colocadas para se alimentarem na nossa presença, assim avaliamos o jeito das mães fazerem esse gesto de amor. No

gráfico aparece representado o comportamento desse indicador. No primeiro mês foram 82 crianças correspondendo a 85% das 97 cadastradas. No mês 2, alcançamos 104 das 119 crianças (87%) e encerramos o mês 3 alcançando 100% desta meta.

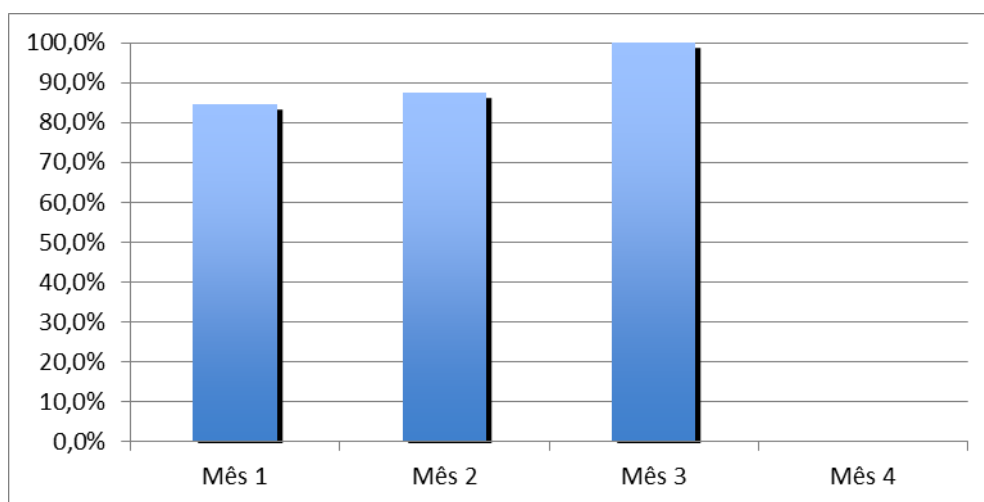


Figura 16 - Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

A orientação nutricional em relação à faixa etária é significativamente importante, embora muitos pensem conhecer o jeito correto de alimentar seus filhos, é importante saibam quais os alimentos mais importantes, aqueles com restrição ou proibidos em cada idade. Neste ponto da intervenção conseguimos no primeiro mês dela instruir as mães de 79 das 97 crianças cadastradas até esse momento, representando um 81 % e, ao longo da intervenção, no segundo mês 2 foram 98 de 119 crianças (82%) e chegamos ao mês 3 com 100 %, sendo que as 119 mães das crianças cadastradas que já estão cientes de como é necessário alimentar aos seus filhos de forma correta, balanceada e adequada.

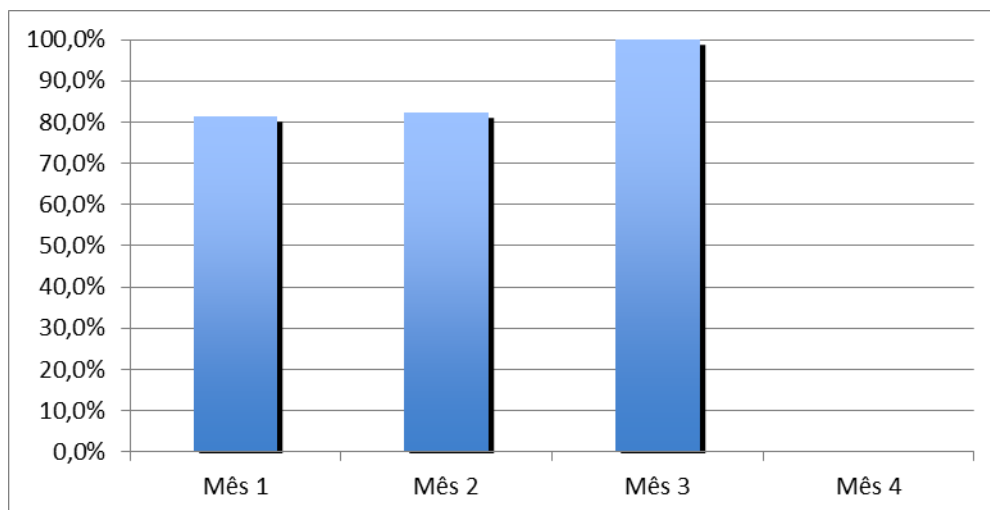


Figura 17 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária . Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

Para um total de 97 cadastros no primeiro mês, 80 mães dessas crianças receberam orientação para higiene bucal, sendo que isso representou um 82%, já para o segundo mês conseguimos chegar a 104 das 119 mães das crianças cadastradas (87%) e gratificadamente foi encerrar este último indicador avaliado com os 100 % das mães orientadas para este tipo de cuidado a ter com os seus filhos. Essa daí foi a nossa última meta para esta intervenção e podemos dizer que conseguimos fornecer orientação sobre higiene bucal para os 100 % das mães das crianças em relação à faixa etária, esforço da equipe odontológica que teve seus problemas assistenciais no início e que depois juntou-se ao trabalho que vinha sendo realizado com a intervenção e contribuiu de forma decisiva para conseguir este objetivo.

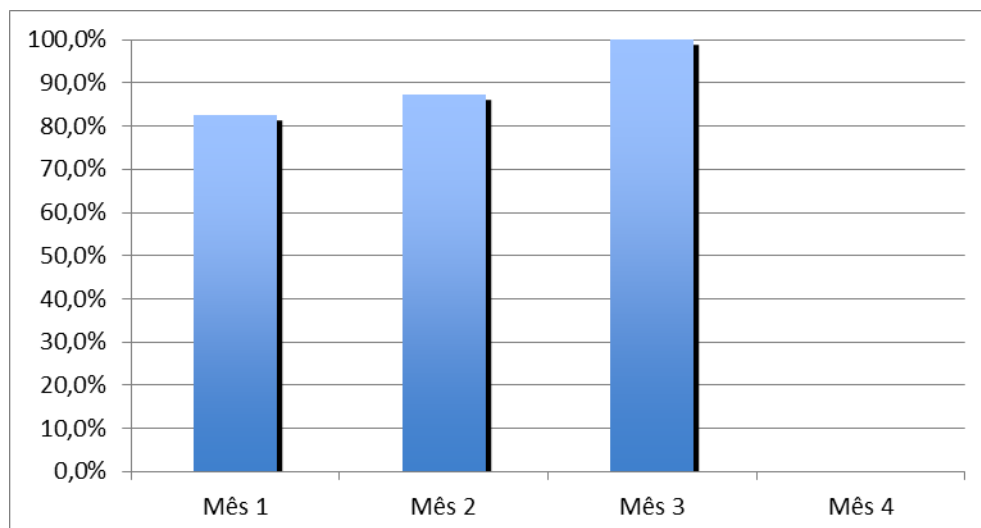


Figura 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

4.2 Discussão

Acredito que tudo o que se faz pela saúde das crianças neste momento será importante futuramente. Baseada nesse pensamento foi a nossa linha de trabalho nesta intervenção em saúde da criança, feita na população de zero a 72 meses da nossa área de abrangência de 3.500 usuário, atendidos na Unidade Básica de Saúde Conquista I.

Mediante a realização da intervenção em saúde da criança pela equipe de saúde, conseguimos alcançar muitas metas. O desenvolvimento dela permitiu ampliar a cobertura aos 100 % das crianças compreendidas na faixa dos zero até os setenta e dois meses de idade, que são 119 entre nossa população cadastrada. Levar em frente as ações propostas permitiu melhorar a cobertura, a qualidade dos registros, o acompanhamento e controle sobre o crescimento, desenvolvimento, alimentação e saúde bucal, apenas para mencionar alguns dos ganhos obtidos pela nossa equipe em relação ao assunto da intervenção.

Implementar as atividades direcionadas às crianças fez possível com que houvesse ligação entre todos os membros da equipe e trabalhássemos como um só, visando uma significativa melhora na qualidade e integralidade da atenção à saúde da criança, definindo as responsabilidades pontuais de cada um, mas ao mesmo

tempo, entrelaçando-as, expandindo com isso o acompanhamento mais humanizado, longitudinal e integral para essa população em específico.

Com a realização da intervenção o serviço além de ser melhorado, criou um precedente para este tipo de intervenção e, baseado nos seus resultados demonstrou a necessidade de desenhar estratégias de saúde não só para as crianças, também para os outros grupos específicos (gestantes, idosos, doenças crônicas), servindo ainda, para redefinir responsabilidades dos membros da equipe de saúde para proporcionar atendimento de qualidade.

O reconhecimento pela comunidade, pelas suas lideranças como ação de muito valor dirigida às crianças que nós fizemos, constituiu a mais importante retribuição já obtida. Sem sombra de dúvidas existe a consciência da importância de acompanhar as crianças e conseguir a sensibilização de todos, seja na comunidade ou na unidade impactou nos resultados positivos obtidos.

Se tivéssemos conseguido a conscientização de todos, da equipe, das lideranças, da comunidade, das famílias, em trabalho conjunto desde o início das atividades de análise situacional, acredito que tudo tivesse sido mais simples, embora foi um pouco difícil decolar com as atividades, pois havia quem não acreditava que fosse alcançável poder fazer uma intervenção em saúde da criança. Hoje temos união, e nela está a força que impulsiona para movimentar a todos, com uma equipe mais comprometida, com as funções distribuídas.

Não deixar esquecida a intervenção em papéis e cadernos dentro de uma pasta no arquivo. Esse é nosso objetivo a partir de agora. Incorporar a intervenção à rotina das atividades será importantíssimo, pois possibilitará seguir em frente com outras ações que podem-se acrescentar e que também contribuirão à qualidade de vida das crianças, propor para outras equipes de saúde e até fazer intercâmbio com aquelas já experimentadas por colegas e assim valorizar integralmente muito mais a saúde no âmbito da atenção básica.

5 Relatório da Intervenção para Gestores

Caros gestores, com a ideia de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM). Através chegamos ao Brasil, muitos médicos que tinham a missão não só de cuidar da saúde, também de desenvolver atividades de ensino e pesquisa direcionados para identificar, avaliar e atuar em situações de saúde a fim de conseguir mudar a realidade e qualificar a atenção em saúde ofertada à população.

O primeiro e mais importante passo dado pela ESF de conjunto, no desenvolvimento desta intervenção foi o cadastramento de todas as crianças entre 0 e 72 meses de idade. Essa conquista possibilitou a continuidade das ações planejadas. Tivemos 100% das 119 crianças pertencentes à área de abrangência cadastradas, mas nada disso tivesse sido possível sem o trabalho dedicado e responsável dos ACS.

Buscamos ainda realizar um conjunto de ações voltadas para qualificar a atenção ofertada às crianças da comunidade. Dentre essas ações, buscou-se, por exemplo, garantir a realização da primeira consulta na primeira semana de vida. Avaliando a proporção de crianças que haviam sido consultadas durante a primeira semana de vida foi atingido para um 83% do total. Aqui existem fatores subjetivos, presentes no fato de que a grande maioria da nossa população é proveniente de outras áreas distantes (rurais) onde em alguns dos casos os partos foram nas próprias casas e não houve uma avaliação médica na primeira semana de vida.

Com relação à proporção de crianças com monitoramento de crescimento, com déficit de peso e com excesso de peso monitoradas, além da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, podemos agrupar a apresentação destes indicadores, pois eles estão muito vinculados uns com os outros, o

monitoramento do crescimento foi uma ação bem sucedida, embora não obtivemos os 100% de avaliados pela falta à consulta de crianças que foram buscadas pela equipe, mas estavam viajando. Quero manifestar aqui que o fato de não haver sido monitorado o crescimento nestes ausentes quer dizer que vão ficar fora da intervenção por haver terminado as semanas da intervenção. Por outra parte as crianças com déficit e excesso de peso identificadas tiveram um 100% de monitoramento, e quero com satisfação dizer aqui que dessas crianças com déficit de peso, no decorrer das semanas conseguimos leva-as ao critério de peso normal. Já em relação às que estavam com excesso de peso foi feito e segue sendo feito o acompanhamento e avaliação pelo clínico geral de conjunto com o pediatra do segmento e pelo nutricionista. A proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento está em 98%.

Com relação a manter em dia e esquema de vacinação de acordo com a idade, podemos dizer que esta se constitui numa ação muito importante, envolvida nela não só está a técnica em enfermagem, também os ACS e mesmo a comunidade como um todo, que está ciente da necessidade da imunização para proteger a saúde e evitar doenças. Aqui a vacinação de acordo à idade está aos 99%, sendo que produto das crianças descritas em outros indicadores como penderes, não tem tomado a vacina mas não estão fora de cobertura já que ainda podem receber as doses indicadas.

Alcançamos uma proporção 99% de crianças entre seis e vinte e quatro meses de idade, na nossa área que estão recebendo a suplementação de ferro. Aqui também tem influenciado como em situações anteriores, as crianças que estão viajando, quero dizer que tivemos o cuidado de deixar inclusas às crianças que chegavam aos 6 meses, para assim não ficarem fora.

Ao avaliarmos o indicador relacionado à Triagem Auditiva, estávamos cientes das portarias do ministério da saúde em relação deste ponto, foram discutidas com os ACS, que ajudaram-nos para analisar este elemento. Em muitos casos não havia constância nem comprovação de que a criança tivesse feito a triagem, isso foi fundamentalmente naquelas acima dos quatro anos de idade, que se haviam mudado para a área há alguns anos já e onde moravam ou nasceram e não havia registro desse procedimento. Atingimos 82 % nesse indicador.

Todas as crianças cadastradas na nossa unidade para esta intervenção foram investigadas em relação à realização do teste do pezinho até os sete dias de vida.

Obviamente, naquelas que estávamos acompanhando mesmo antes do nascimento não houve problemas. Uma vez mais, no caso das crianças acima de quatro anos nas quais não existe nem registro nem certeza de haver realizado esse importantíssimo teste pelas justificações acima explicadas em outros indicadores onde isso influenciou. Válido registrar que felizmente, nenhuma criança da nossa área sobre de alguma das doenças que seriam diagnosticadas por esse exame.

Durante a intervenção realizada, foi acompanhado ainda entre as crianças de 6 a 72 meses, a necessidade de atendimento odontológico e monitoradas aquelas que realizaram a primeira consulta odontológica. Foi uma ação bem sucedida, sendo que encerramos o terceiro mês da intervenção com 95%, aqui também, embora não chegássemos aos 100% por diversas razões como a falta de dentista nas primeiras semanas desta intervenção, depois de reuniões com a SEMSA na busca de alternativas, felizmente houve a incorporação de um dentista o que permitiu seguir em frente com as nossas atividades.

Pela importância desta intervenção em saúde da criança que desenvolvemos na nossa área de abrangência com as 119 crianças nessa faixa etária, realizamos também (com o apoio essencial dos ACS), a busca ativa dos faltosos às consultas. Os 100% dos faltosos foram procurados e reagendadas as consultas deles na unidade, assim como outros procedimentos a serem realizados.

Com dedicação e os devidos cuidados para a coleta de dados, foram feitas as atualizações nos registros, avaliados os riscos individualizando de cada caso e enquadrando-o na classificação certa, bem como a orientação às mães das crianças na prevenção de acidentes nessas idades. Foi determinante o treinamento adequado oferecido aos ACS e demais membros da ESF quando no início e no percurso do caminho desta intervenção na saúde da criança falávamos desse assunto.

Sob supervisão da enfermeira, da técnica em enfermagem e as ACS apoiadoras, avaliamos a técnica e oferecemos dicas às mães durante o aleitamento. Explicamos a importância, assim como as vantagens do aleitamento materno nos primeiros meses da vida. Os 100% das crianças nessa faixa etária foram contempladas e suas mães receberam orientações e foram colocadas para mamar durante a primeira consulta. Do mesmo modo ocorreu com relação à proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais e sobre higiene bucal de

acordo com a faixa etária. Com o apoio do dentista também foram oferecidas orientações muito precisas sobre higiene bucal em relação à faixa etária.

Com esta intervenção conseguimos avaliar os indicadores propostos para esta intervenção por meio do Curso de Especialização em Saúde da Família, identificamos fatores potencialmente modificáveis que mudariam positivamente os indicadores e como ganho mais significativo, conseguimos incorporar à rotina de trabalho da unidade 100% das crianças compreendidas nessa faixa etária. Planejamos desde já, tornar rotina da unidade as principais ações desta intervenção, assim como incorporar outras já desenvolvidas em diferentes unidades de saúde, que valorizem ainda mais o nosso trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

O anterior exunidade foi o impulso que permitiu a minha chegada na unidade de saúde Conquista I, para oferecer atendimento a 3.500 pessoas. Nesta comunidade foram cadastradas 119 crianças entre zero e 72 meses, que foram o alvo do nosso projeto de intervenção, implementado em conjunto com a equipe de saúde que me acompanhou, integrada pela enfermeira, a técnica em enfermagem e os agentes de saúde, além da equipe odontológica, visando melhorar a qualidade de vida daqueles que serão o futuro deste país.

Nos últimos meses a ESF esteve envolvida na realização de uma intervenção em saúde da criança. O nosso primeiro objetivo esteve dirigido ao cadastramento dos 100 % das crianças na faixa etária supracitada para as atividades desta intervenção. Uma vez cadastradas todas elas, começamos a analisar os indicados que no decorrer das semanas foram aparecendo o que permitiu identificar os resultados no decorrer desse tempo.

Como citado acima, conseguimos ampliar a cobertura para 100 % das crianças de zero aos setenta e dois meses de idade, uma vez conseguido este primeiro passo, seguimos em frente avaliando aspectos outras, como por exemplo: aquelas crianças que haviam recebido consulta na primeira semana de vida. Observamos que algumas das mães, principalmente daquelas crianças acima dos 4 anos de idade, não tinham nem a certeza nem a constância de haver sido consultados os seus filhos na primeira semana de

vida. É significativamente importante procurar o médico quando a mãe tem ganhado o seu bebezinho, assim o médico, a enfermeira, a equipe tem o conhecimento para os cuidados a serem tomados para a saúde da criança. Motivar e incentivar a assistência às consultas na unidade de saúde nesse período de tempo proporciona acompanhamento certo pela ESF, identificação precoce de algum problema à saúde desde o nascimento, realização de exames e seguimento correto da evolução da criança.

Monitoramos o crescimento delas, embora não pudéssemos atingir aos 100 % do total (entre outras coisas pelo fato de algumas delas estarem viajando e não haver regressado antes de encerrarmos as atividades). Acompanhamos também aquelas crianças classificadas com deficiência de peso e com excesso de peso e felizmente, com o transcorrer das semanas, conseguimos conduzi-las ao peso adequado e resgatamos o excesso de peso das outras, demonstrando que se em poucas semanas conseguimos mudar esses indicadores, quantas coisas a mais não conseguiríamos em mais tempo.

Seguimos nessas semanas a evolução no monitoramento do crescimento das crianças avaliadas, aspecto significativo na saúde infantil e para deixar mais completa a assistência nelas estivemos atualizando a vacinação em relação à faixa etária. Trago a sua consideração o fato da organização das ações às quais estiveram cadastradas. Me refiro aqui ao fato de que algumas mães saíram de viagem, de forma que seus filhos estiveram faltosos em consulta, sendo feita a busca e gostaria de fazer ênfase na importância de seguir participando em todas as ações planejadas pela equipe de saúde. Só assim, serão identificadas fraquezas que potencialmente seriam reversíveis e que trariam melhoras significativas para essa população.

Como preconizado pelo ministério da saúde, visando a prevenção das anemias, o que possibilitaria a aparição de doenças ou ocorrência de agravos na saúde das crianças, estivemos acompanhando bem de perto a suplementação de ferro oferecida. Neste aspecto, que compreendeu às crianças de 6 até os 24 meses de idade, tivemos envolvidas aquelas que, durante o desenvolvimento das atividades, alcançaram a idade estabelecida para receber tal suplementação.

De igual modo, estivemos analisando a realização da prova que avalia a audição na criança, visando a identificação precoce de transtornos na audição e que por lei federal deve ser feita mesmo nos hospitais e as maternidades que recebem a criança quando nasceu (Triagem auditiva). Também explicamos da importância do Teste do Pezinho, que está muito relacionado com a assistência à consulta na primeira semana de vida, pela importância na identificação de doenças genéticas que podem trazer complicações futuras. Nestes dois pontos atingimos com a nossa intervenção chegar aos 82 e 85 % respectivamente. O que foi o que faltou nesse aspecto é que não havia constância ou confirmação pela mãe da realização destas provas, felizmente, embora não atingíssemos aos 100 % hoje na nossa área de abrangência nem na nossa população de 0 até 72 meses não há nenhuma criança com morbidade decorrente da não realização dos procedimentos.

Pensamos no cuidado integral e assim o consideramos quando este contempla as ações voltadas à Saúde Bucal. Nós estivemos, nesse sentido, um pouco atrapalhados nas semanas iniciais, pois não estava completa a equipe odontológica e tivemos atraso no desenvolvimento rotineiro. No entanto, uma vez solucionada tal questão, retornamos à normalidade e foram avaliadas assim como orientadas às mães dessas crianças em relação à higiene bucal, escovado dos dentes, as causas das principais doenças que afetam os dentes nessa idade e prevenção delas. Tivemos em consideração que houve um grupo de crianças que durante as semanas da intervenção alcançaram os seis meses de vida, idade definida como começo do atendimento odontológico.

Na unidade fizemos um registro com dados e informações dos usuários alvos desta intervenção, todos os compreendidos entre os zero e 72 meses de idade da área de abrangência. Atualizamos regularmente esses registros, fizemos a avaliação do risco, orientamos às mães na prevenção de acidentes domésticos. Estes pontos também importantes, possibilitaram criar uma base de dados e informações para utilidade da pesquisa e monitoramento.

Foram buscadas as crianças faltosas em consulta, embora as semanas da intervenção já acabaram isso não quer dizer que não serão atendidas; elas serão inseridas para atendimento e acompanhamento na

condição de prioritários para que não falte avaliação neles assim como nenhuma outra ação das que foram feitas às crianças.

A nossa equipe trabalha incansavelmente para propiciar uma melhora significativa da qualidade de vida dessas crianças. Focamos nosso trabalho na oferta do atendimento, orientações e procedimentos que permitam uma melhor qualidade de vida e daremos continuidade às atividades desta intervenção para que, em verdade, possamos contribuir de forma efetiva para mudar os indicadores de saúde obtidos para um patamar ainda maior, levando benefícios para essa infância desses que, no futuro, serão os herdeiros do nosso trabalho de hoje.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Profissionalmente acredito no fato de que a vida coloca no caminho desafios pouco imagináveis, cheios de metas a serem alcançadas. O segredo está na constância, na dedicação, na vontade de chegar ao final das coisas. Quando conseguimos, enxergamos que ganhamos muitas coisas, fruto do esforço, mas que existem outras pessoas que ganharam mais do que nós: nossos usuários.

Todo desafio é uma porta para nos aperfeiçoar, nos engrandecer e nos avaliar no dia a dia deste nosso sacerdócio de curar a alma e o corpo das pessoas. Penso que ter vindo para o Brasil consistiu numa meta pessoal, colocar nossa responsabilidade com o próximo acima das ambições individuais foi uma decisão sábia, que levamos junto ao coração.

Na minha avaliação, a especialização veio nos fazer mergulhar na realidade de uma situação de saúde com vários matizes que, como amálgama, divergem numa realidade e contexto social distinto. Num país tão grande como é o Brasil, compartilham espaço distintas culturas, realidades sanitárias que são bem distintas no Norte, no Sul, no Nordeste e no Centro-Oeste.

A UFPel, através do Curso de Especialização em Saúde da Família trouxe para mim a possibilidade de estudar um grupo específico populacional da minha comunidade, as crianças. O sistema de saúde me ensinou como avaliá-las, identificando fatores primordiais que numa quantidade alta podem ser potencialmente modificáveis, o que facilita o nosso atuar enquanto médicos.

Com o curso, tive a possibilidade de trocar conhecimentos com os participantes, pensamentos, ações que estava desenvolvendo e os resultados que estavam sendo obtidos. Observar desde diferentes pontos de vista uma realidade me permitiu, além de resolver muitos problemas de saúde, o meu crescimento profissional, porque o intercâmbio entre médicos e médicas do Brasil, de Cuba e de

outros muitos países, constituiu um jeito primordial para esse crescimento, onde sempre os maiores benefícios se voltam para a população, para as comunidades, para as crianças que, no meu caso, foram o alvo do meu projeto de intervenção.

Acredito que ainda existem muitas coisas para fazer. O saber não ocupa espaço e permite estender o nosso aprendizado além do horizonte e crescer no conhecimento. Acho que hoje sou uma pessoa que mudou a percepção da vida. Agradeço eternamente pela possibilidade, sonho com um futuro melhor, com impacto significativo para a saúde do Brasil, desde que iniciativas como este curso sejam implementadas, assim como políticas de saúde sejam estabelecidas para que as pessoas, como nós hoje, no futuro consigam melhorar ainda mais na saúde deste população.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco. RJ, 2010.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: passos para o popularismo na saúde. Cad. Saúde Pública, Brasília, v. 23, nº12, p. 3066-3067, 2007.

BRASIL. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, ano 9, Edição esp, 2008.

BRASIL. Guia alimentar crianças. Brasília. Ed MS, 2012.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007. Brasília: Ed MS, 2009.

UNICEF/ONU. Dados estatísticos em saúde da América do Sul 2011. Genebra, Z. P-198, 2012.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Ficha Espelho.

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ 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 _____
 Data da primeira consulta odontológica: __/__/____ Profissional que realizou: _____

Manobra de Ortalani () 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												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplice viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	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: _____
2ª dose	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: _____
3ª dose	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: _____
Reforço	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: _____

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Aleitamento materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												
