

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses
na USF IV Gargalheiras, Acari-RN**

Mateo Julio Martinez Rodriguez

Pelotas, 2015

Mateo Julio Martinez Rodriguez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses
na USF IV Gargalheiras, Acari-RN**

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: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Mateo Julio Martinez

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na USF IV Gargalheiras, Acari-RN / Mateo Julio Martinez Rodriguez; Ana Carine Ferreira de Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Araújo, Ana Carine Ferreira de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha querida mãe, que é a mulher mais bela que já conheci. Tudo o que sou, devo a ela. Atribuo todos os meus êxitos nesta vida ao ensino moral, intelectual e físico que recebi dela. Por quem eu cheguei até aqui, apesar de não estar mais ao meu lado, para ver coroado este esforço.

A meu pai, por sua presença. A minha esposa, por me dar tanta atenção e apoio.

A meus filhos, por tanto AMOR a tudo o que faço.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus.

A Ana Carine Ferreira de Araújo, por ter me conduzido neste trabalho como orientadora da Especialização em Saúde da Família.

A todos os professores da equipe pedagógica da Universidade Federal de Pelotas, que continuem sempre com essa qualidade humana que os caracteriza.

A todos os que com apenas um sorriso ou uma frase de AMOR e de alento me inspiraram.

A todos, MUITO OBRIGADO.

"Toda Escritura divinamente inspirada é proveitosa para ensinar, para redargüir, para corrigir, para instruir em justiça, para que o homem de Deus seja perfeito e perfeitamente instruído para toda boa obra. (2 Timóteo 3, 16-17).

Resumo

RODRIGUEZ, Mateo Julio Martinez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na USF IV Gargalheiras, Acari-RN.** 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A infância é uma etapa da vida muito importante, onde se define a qualidade de vida do futuro adulto. A atenção à saúde deve ser feita pensando sempre na criança como uma unidade biopsicossocial. O acompanhamento das famílias ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança faz-se necessário, já que é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A atenção básica mostra-se como um ambiente/momento de grande potencial para isso, e a família deve reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades que se apresentam nesta etapa, com orientação dos cuidados e alimentação e prevenção de doenças, diminuindo a morbidade e mortalidade infantil. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada USF IV Gargalheiras, Acari-RN, por 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses. A USF IV Gargalheiras possui uma população na área de abrangência de 2.177 pessoas, e atende seis localidades da zona rural do município de Acari-RN: Gargalheiras, Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio, Assentamento Ingá e Vaca Brava, cada uma com uma pequena Unidade de Saúde adaptada. Entre outras ações, houve capacitação da equipe, acolhimento e atendimento às crianças nas comunidades em todas as semanas, com exame físico completo, atividades educativas em sala de espera, e registro em fichas específicas do programa. Os resultados obtidos foram muito bons. A cobertura do programa foi aumentada para 88%, com inclusão de 95 crianças no programa. Todas as crianças foram monitoradas quanto ao peso, altura/comprimento e desenvolvimento, receberam as vacinas adequadamente, receberam a suplementação de ferro conforme idade, foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico, tiveram o registro na ficha de acompanhamento da saúde da criança, foram avaliadas quanto ao risco, e todas as mães receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, alimentação adequada, higiene bucal e prevenção da cárie. A intervenção foi muito boa para a comunidade porque se realizaram atividades de orientação às mães sobre os cuidados das crianças, e uma reunião de capacitação com os responsáveis pelo cuidado da criança na creche e com a população da comunidade as Gargalheiras. Para o serviço, a intervenção representou a organização da atenção, com acolhimento humanizado e atendimento às crianças com exame físico completo, e aproveitamento do tempo, para atender outros usuários. Para a equipe, a intervenção trouxe motivação e interação dos profissionais para cumprir os objetivos traçados para melhorar ainda mais a atenção na USF. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço, e vamos continuar buscando as crianças ainda não acompanhadas. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementá-lo no programa de pré-natal de nossa UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança da UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	61
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	62
Figura 3	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	63
Figura 4	Proporção de crianças com triagem auditiva, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	65
Figura 5	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	66
Figura 6	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	67
Figura 7	Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RN -	Rio Grande do Norte
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL -	Sistema de Informação do Pré-natal
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	61
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores.....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Anexos	84

Apresentação

Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada pela equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família IV Gargalheiras, localizada na zona rural do Município Acari/RN, que teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses. O volume está composto por sete capítulos. O capítulo 1 traz a Análise Situacional, onde abordamos a situação da UBS e do nosso serviço. O capítulo 2 trata da Análise Estratégica, onde apresentamos o projeto de intervenção a ser realizado para melhorar a situação da ESF/APS em nosso serviço. O capítulo 3 consiste no Relatório de intervenção, onde relatamos como foi implementado o projeto de intervenção na UBS. O capítulo 4 expõe os resultados alcançados com a intervenção. Os capítulos 5 e 6 apresentam o Relatório para gestores e o Relatório para a comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 aborda a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante a intervenção. Ao final seguem as referências e anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

No município de Acari existem cinco Unidades de Saúde da Família (USF), sendo quatro na zona urbana e uma na zona rural. Estou atuando na área rural, sendo que a Unidade Básica de Saúde (UBS) principal fica na localidade Gargalheiras, e há cinco pequenas Unidades de Saúde nas localidades adjacentes, com atendimento itinerante, uma vez por semana.

Quanto à estrutura física, as Unidades das localidades adjacentes não estão em conformidade com os padrões do Ministério da Saúde. São pequenas, com um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de espera, um banheiro e um espaço para cozinha. Foram construídas há vários anos, na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), por volta de 1980.

A equipe é formada pelo médico do Programa Mais Médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e três auxiliares de serviços diversos. O ponto de apoio está centralizado no Centro de Saúde Dr. Odilon Guedes da Silva, Unidade de Saúde situada na área urbana, com estrutura de guardar todo o material utilizado no atendimento itinerante. Nesta Unidade fica localizado o gabinete odontológico, com atendimento diário aos usuários das áreas rurais, distribuídos pelos agentes comunitários de saúde. A autoclave fica localizada nesta Unidade.

Quanto aos materiais e equipamentos, as Unidades dispõem de estrutura mínima para atendimento, contendo mesa, cadeira, maca, biombo, escadinha, otoscópio, lanterna clínica. Existe um veículo, tipo Fiat Uno, com motorista específico para conduzir a equipe às comunidades rurais, que são: Gargalheiras, Bulhões, Ingá, Vaca Brava, Barra do Rio e Cacimba do Meio.

Existe um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que realiza atividades de promoção de saúde e atendimento multiprofissional nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional. Os serviços ofertados nas UBS: atendimento médico e de enfermagem com assistência ao pré-natal, puerpério, preventivo, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento infantil, imunização, suplementação de Vitamina A, imunização, acompanhamento a grupos prioritários (hipertensos e diabéticos, saúde do idoso, saúde mental), atividades educativas, além de visitas domiciliares.

Com relação à participação da comunidade, a prática da participação popular nas decisões das UBS ainda não é comum em nosso meio. O consultório dispõe de caixa de sugestões, muito embora não coloque opiniões nem reclamações direcionadas ao serviço. Quanto aos Conselhos Locais de Saúde, não há implantado em nenhuma localidade, enquanto que todas as comunidades rurais possuem associações comunitárias voltadas para a área rural, tais como: Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio Carnaúba, Vaca Brava, Assentamento Ingá, e Associação de Pescadores em Gargalheiras.

O atendimento se dá através de demanda espontânea, por se tratar da zona rural, com atendimento rotativo, uma vez por semana, e, dependendo das situações dos clientes, as consultas são agendadas, inclusive as visitas domiciliares.

As reuniões de equipe são programadas mensalmente, contando com a participação dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiro, e médico, discutindo temas de interesse da comunidade ou doenças pontuais conforme a problemática da comunidade, bem como sobre a produção de trabalho e os sistemas de informação.

No tocante à educação e promoção de saúde, são realizadas, de forma coletiva, atividades tratando de temas voltados à realidade de cada comunidade rural, tais como Diabetes e Hipertensão, Aleitamento Materno, Higienização dos Alimentos, Qualidade da Água de Consumo Humano, Prevenção de Parasitoses. Acontece de forma mensal e, em algumas ocasiões, quinzenal, utilizando o próprio espaço do consultório e as escolas, participando a equipe de saúde e os usuários da comunidade trabalhada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Acari-RN, segundo o último censo do IBGE de 2010, apresentou uma população residente de 11.035 habitantes, com concentração de 80,67% na zona urbana (IBGE, 2010). Quanto ao sistema de saúde, possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo quatro na área urbana e um na área rural, que atende a seis comunidades, todas com pequenas Unidades de Saúde. Tem o credenciamento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para cobrir as cinco equipes, conforme os requisitos do Ministério da Saúde, composto por um farmacêutico, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um terapeuta ocupacional. Os serviços de média complexidade estão voltados para uma Clínica de Fisioterapia e um laboratório de Análises Clínicas, este com pouca estrutura para funcionamento e cobertura de atendimento de todos os exames básicos. Na área hospitalar, o município dispõe de um Hospital Regional, sob a gestão estadual, com atendimento a urgências e emergências, uma Maternidade de cunho filantrópico, que é a referência municipal do serviço materno infantil, e não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A UBS de minha atuação é na área rural, com vínculo público municipal. Ainda não tem vínculo com instituições de ensino, muito embora esteja credenciado no Telessaúde. Como todas as outras UBS, atua com o modelo de atenção de ESF, com uma equipe composta por um médico, do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um motorista, três auxiliares de serviços gerais. Atua em seis localidades: Gargalheiras, Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio, Assentamento Ingá e Vaca Brava. O Odontólogo não vai para as localidades, pois trabalha centralizado no Centro de Saúde, que fica na zona urbana do município de Acari.

As Unidades de Saúde nas comunidades em que atuamos são locais adaptados, logo, são consideradas inadequadas, diante dos parâmetros exigidos para o funcionamento. Não há sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, recepção, e a maioria possui barreiras arquitetônicas. O que mais atrapalha o andamento do serviço é justamente a separação do serviço, uma vez que a equipe visita cada comunidade rural uma vez por semana, o que dificulta o

acompanhamento próximo à área e aos usuários. Não vejo uma estratégia para superar esta fragilidade, pois a zona rural é muito extensa, composta por várias localidades.

A equipe tem conhecimento das atribuições, muito embora existam muitos aspectos que não são atendidos. Não se realiza territorialização, nem pequenas cirurgias, nem atenção de urgências e emergências. Nesses casos encaminha-se o usuário, já que não temos condições de atender. Além disso, o fato de visitar cada comunidade apenas uma vez por semana deixa a desejar no que se refere ao atendimento de intercorrências, principalmente se a comunidade já tiver sido atendida na semana. Além disso, não temos condições de formar grupos específicos, e não conseguimos promover a participação da comunidade no controle social, nem identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. Também não participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Nas reuniões de equipe não se discutem casos, nem se abordam qualificação clínica, e o odontólogo não participa, já que permanece no Centro de Saúde.

A população geral da área de abrangência totaliza 2.177 pessoas, com distribuição por faixa etária semelhante à população brasileira, com predomínio da população idosa de maiores de 60 anos, sendo 303 usuários, em relação à população de crianças menores de nove anos, que somam 260. Os adolescentes totalizam 358 pessoas, e os adultos de 20 a 59 anos, 1.256 pessoas. Já em relação ao sexo, predomina a população masculina, com 1.157 pessoas, enquanto a feminina soma 1.020. A equipe é suficiente para o tamanho da população da área, a dificuldade é apenas a distância e a separação do serviço. Não tenho conhecimento do total da área geográfica que compreende o meu território, mas há localidades que ficam a 28 quilômetros de distância da cidade.

O acolhimento à demanda espontânea é feito pelo ACS da localidade e pelo auxiliar de enfermagem. O ACS recebe os usuários em uma pequena sala, que há nos locais de consultórios adaptados, e o usuário é atendido por ordem e de acordo com a necessidade. Para isso, utilizamos classificação de risco. É o ACS quem define para onde vai o usuário, se para o Médico ou Enfermeiro. Não há excesso de demanda espontânea, porém, se existir, prioriza-se segundo a necessidade, conforme classificação de risco.

A atenção à saúde das crianças está estruturada de forma programática, ou seja, adota um protocolo técnico e conta com um registro específico de tal forma que garanta que as crianças menores de dois anos sejam atendidas no mês, de acordo com a idade em meses, conforme a frequência que é estabelecida por protocolo do Ministério da Saúde, por médico e enfermeiro. Não existe um cronograma de atendimento da criança após os dois anos, e a partir daí fica a critério da família. Há um registro de programação das consultas das crianças, com o nome e data de consulta agendada, e o ACS informa aos familiares da criança. Ao final do mês, verifica-se quem faltou à consulta, que é remarcada para os primeiros 15 dias do mês que se segue.

Os serviços voltados para a assistência à criança menores de 2 anos envolvem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, avaliação nutricional, investigação de doenças comuns na infância, e grupos de atividades com as mães, nas escolas e em outros espaços comunitários. Os atendimentos realizados na unidade são registrados em prontuários, e as atividades coletivas e de promoção de saúde são registradas em livros específicos.

Temos 21 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência da UBS e acompanhadas em puericultura. Conforme a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), apresentamos 66% de cobertura, de um total de 32 crianças menores de um ano. Mas esses números não representam nossa realidade, que conhecemos através do cadastro das ACS. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança não estão em 100% porque cerca de metade das crianças estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, ainda não realizaram triagem auditiva e avaliação de saúde bucal. Mas 100% delas realizaram o teste do pezinho e a primeira consulta de puericultura até sete dias de vida, tiveram o crescimento e monitoramento avaliados na última consulta, estão com vacinas em dia, e suas mães receberam orientações quanto a prevenção de acidentes e aleitamento materno.

O CAP não estima o número de crianças de zero a 72 meses. Considerando a estimativa populacional nacional, seriam 108 as crianças nessa faixa etária, o que se aproxima muito do número real, conforme registro de cadastro das ACS, que é de 107 crianças. Com idade entre 24 e 72 meses, identificamos 86 crianças, sendo que apenas 27 são acompanhadas na UBS, realizando essencialmente a aferição de peso e altura. As consultas clínicas acontecem por demanda das mães.

Precisamos investir cada vez mais em educação em saúde, com vista a melhorar a participação ativa das pessoas na solução de seus problemas, individuais e coletivos, e para que as mães conheçam a importância da puericultura. Além de expandir as ações de atenção à saúde para todas as crianças menores de 72 meses.

As ações de atenção ao pré-natal e puerpério estão estruturadas de forma programática. Adota-se um protocolo técnico e existe um registro específico em livro, além dos prontuários. A gestante sai da consulta com a próxima consulta agendada. A equipe acolhe a gestante, oferece consultas médicas e de enfermagem, orientações e acompanhamento de imunização, solicita exames, e faz encaminhamento odontológico. Todas as gestantes são encaminhadas ao serviço social para cadastrar e participar do grupo de gestantes “Flor de Lótus”. Os atendimentos são processados no programa Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), parte do Programa Rede Cegonha.

O número de gestantes estimados para a população é de 32, mas parece não corresponder à realidade, pois temos apenas 12 gestantes em toda a região rural, e todas são atendidas por nossa UBS. Os indicadores de qualidade são bons, pois todas tiveram o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, tiveram os exames laboratoriais preconizados solicitados na primeira consulta, estão com vacina antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo, tiveram a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, tiveram um exame ginecológico por trimestre, e foram orientadas quanto ao aleitamento exclusivo. Apenas 67% passou por avaliação de saúde bucal, provavelmente em função da dificuldade de acesso ao serviço odontológico, que fica no Centro de Saúde na zona urbana.

Em relação à atenção ao puerpério, é possível afirmar que as sete puérperas que tenho em minha área foram acompanhadas, com boa qualidade. A estimativa do CAP, de 32 puérperas e 22% de cobertura também não condizem com nossa realidade. Todas as puérperas atendidas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, e sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinados, realizaram o exame ginecológico, tiveram o estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências. Apesar disso, nem

todas tiveram sua consulta registrada, apenas 71%, o que nos faz refletir que precisamos melhorar o registro dos atendimentos.

Nos programas de prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, as ações se dão de forma programática, com protocolo ou manual técnico, e com registro de todos os exames realizados em livros específicos, porém não se realiza monitoramento regular. Para a detecção precoce do câncer de mama o rastreamento é oportunístico, e os exames de mamografia são solicitados todos os dias da semana, e realizados no município de referência. Já para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, o rastreamento é oportunístico, mas também organizado, pois o ACS visita as mulheres que devem fazer o exame citopatológico, e convoca-as. O processo de trabalho se dá em torno da busca e da orientação, para que elas possam perceber o risco e ir fazer os exames. A coleta do material para exame é feito pelo enfermeiro.

Considerando a estimativa do CAP de 549 mulheres de 25 a 64 anos, apresentamos uma cobertura de prevenção ao câncer de colo uterino de apenas 27%, com acompanhamento de 147 mulheres. Apesar do acesso facilitado e da oferta de exames, uma parte das mulheres não acha importante realizar o exame citopatológico, e outras mulheres não realizam por sentirem vergonha. Em contraposição, os indicadores indicam boa qualidade, pois todas as mulheres acompanhadas estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, e todas também foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, e receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero. A grande maioria dos exames tiveram amostras satisfatórias (95%), e 67% delas apresentou células representativas da junção escamocolunar. As orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) precisam ser intensificadas, pois apenas 65% foi orientada nesse sentido.

Já em relação ao câncer de mama, a equipe acompanha na UBS 40 mulheres de 50 a 69 anos, o que representa 24%, se considerarmos a estimativa feita pelo CAP, de 164 mulheres de 50 a 69 anos. Isso demonstra a necessidade de organização do controle de todas as mulheres que devem realizar o exame, e mobilização das mesmas para realizar o exame. Apesar da baixa cobertura, a qualidade é ótima, já que todas as mulheres acompanhadas estão com mamografia em dia, foram avaliadas quanto ao câncer de mama e foram orientadas sobre prevenção de câncer de mama.

A atenção aos hipertensos e diabéticos se dá por demanda espontânea, ou seja, de acordo com a busca do usuário pelo serviço. Há um protocolo técnico do Ministério da Saúde, publicado em 2012 para orientar condutas, mas as consultas não ocorrem de forma programática. Os atendimentos são registrados em prontuários e no livro de atendimento, mas não se realiza monitoramento regular. Fazem atendimento a esse grupo o médico, o enfermeiro, e o dentista. Os ACS convocam-nos, mas nem sempre os usuários comparecem às consultas. São realizadas palestras educativas na UBS e em outros espaços comunitários, mas a atenção ainda está voltada principalmente para a parte medicamentosa.

A estimativa do CAPé de 452 hipertensos e 129 diabéticos na área, o que está muito acima do número de pessoas hipertensas e diabéticas que temos registrado na UBS. Isso nos confere cobertura de 59% e 46%, respectivamente, e nos leva a acreditar que deve haver sub-registro ou sub-diagnóstico.

Na atenção aos hipertensos os indicadores indicam que a qualidade precisa melhorar. Todos os usuários acompanhados foram estratificados segundo risco cardiovascular por critério clínico e foram orientados quanto à alimentação saudável, mas há usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias (12%), exames complementares em atraso, e sem orientação para a prática de atividades físicas regular, apenas 42% tiveram avaliação da saúde bucal, e metade passou por exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses.

Entre os diabéticos a situação é bem semelhante. Todos os usuários acompanhados foram estratificados segundo risco cardiovascular por critério clínico e foram orientados quanto à alimentação saudável e prática de atividades físicas regular, mas existem problemas como atraso da consulta agendada em mais de sete dias(17%),exames complementares periódicos em atraso, e metade sem exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nos últimos três meses, e sem avaliação de saúde bucal.

O processo de trabalho no âmbito da atenção aos hipertensos e diabéticos deve melhorar no sentido de permitir o rastreamento da população maior de 20 anos, em busca de identificar usuários hipertensos e diabéticos ainda não diagnosticados, além de organizar o atendimento de forma a garantir o agendamento da próxima consulta, buscar os faltosos e poder alcançar 100% nos indicadores de qualidade.

A atenção à saúde do idoso pauta-se em protocolo do Ministério da Saúde, publicado em 2012, mas não ocorre de modo programático. As consultas ocorrem por demanda espontânea dos usuários, o retorno não é agendado durante a consulta, e o registro é feito em prontuário clínico apenas. Fazem atendimento a esse grupo, o médico, o enfermeiro, e o dentista. Realizamos atendimento a questões agudas, cuidado domiciliar e atividades de grupo, realizadas na UBS e em outros espaços comunitários. Não há planejamento, gestão e coordenação das ações, e nem avaliação e monitoramento.

Os acompanhados na UBS totalizam 210 idosos, o que lhes confere uma cobertura de 89%, conforme estimativa do CAP, que considera uma população de 236 idosos. Em relação à qualidade da atenção à saúde das pessoas idosas, pode-se dizer que é razoável, pois há o que melhorar. Todos os idosos possuem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, tiveram a Avaliação Multidimensional Rápida realizada, estão com acompanhamento em dia, e foram orientados quanto à orientação nutricional para hábitos alimentícios saudáveis, a maioria deles foi orientada quanto à atividade física regular (71%), mas poucos foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade (19%), tiveram os indicadores de fragilização na velhice investigados (7%), e foram avaliados quanto à saúde bucal (38%).

Em relação ao atendimento de saúde bucal, o mesmo é realizado no Centro de Saúde, ou seja, longe da UBS, e não possui os registros necessários para a avaliação da cobertura e qualidade da atenção.

Diante do exposto, considero que o maior desafio é conseguir que a população mude o estilo de vida, principalmente no que diz respeito a álcool, drogas, tabagismo, consumo excessivo de café, sedentarismo, alimentação saudável, entre outros fatores de risco modificáveis, para alcançar uma boa qualidade de vida da população. Como potencial, temos uma boa equipe de saúde, capacitados e que se dispõe a trabalhar para mudanças.

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

Em relação aos aspectos que mudaram em função da própria aplicação do questionário, posso destacar a percepção de todos os integrantes da equipe acerca

da realidade da UBS, porque se conheceu, em alguns casos, e em outros se recordou, as atribuições específicas de cada membro da equipe, direitos dos usuários, protocolos de trabalho, programas de saúde a grupos específicos de usuários que são priorizados. Consolidou-se uma melhor união entre todos os membros da equipe, para trabalhar para satisfazer as necessidades crescentes da comunidade. Foi possível compreender que é mais útil ensinar, educar a população nos aspectos de promoção à saúde e prevenção de doenças, do que fazer só assistência a doenças.

A comparação entre os dois textos é que este relatório é a continuidade do anterior, porém mais completo, com aspectos mais abrangentes, é como uma foto da estrutura e funcionamento da UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A infância é uma etapa da vida muito importante, onde se define a qualidade de vida do futuro adulto. A atenção à saúde deve ser feita pensando sempre na criança como um ser biopsicossocial. O acompanhamento das famílias ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança faz-se necessário, já que é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos, com orientação dos cuidados e alimentação e prevenção de doenças, evitando a morbidade e mortalidade infantil. A valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança é contribui para garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

A Unidade de Saúde da Família (USF) de Gargalheiras é composta por um médico, do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um motorista, três auxiliares de serviços gerais. Atua em seis localidades: Gargalheiras, Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio, Assentamento Ingá e Vaca Brava, e em cada uma existe uma pequena Unidade de Saúde para atendimento da população. As Unidades são locais adaptados, ao invés de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de espera, um banheiro e um espaço para cozinha. Não há sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, recepção. O Odontólogo não vai para as localidades, pois trabalha centralizado no Centro de Saúde, que fica na zona urbana do município de Acari. A população geral da área de abrangência totaliza 2.177 pessoas, com predomínio da população idosa de maiores de 60 anos, em relação à população de crianças.

A população de zero a 72 meses da área de abrangência é de 107 crianças, conforme registro de cadastro das ACS. São atendidas de forma programática apenas as crianças menores de dois anos, conforme a frequência que é estabelecida pelo Ministério da Saúde. Após essa idade não existe um cronograma de atendimento da criança, ficando a critério da família. Entre os menores de um ano, todas são acompanhadas em puericultura, e os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança não estão em 100% porque ainda há crianças com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, que ainda não realizaram triagem auditiva e avaliação de saúde bucal. Além de atendimentos, são realizadas atividades coletivas e de promoção de saúde.

Assim, a atenção à saúde das crianças está estruturada de forma programática na UBS, mas acontece apenas para crianças menores de um ano, com atendimento por médico e enfermeira. Entre os problemas, destaca-se o fato de que a zona rural onde vivem os usuários é muito dispersa e há dificuldades com o transporte para ir às consultas. Entre as facilidades, temos uma equipe que se encontra engajada para cumprir os objetivos propostos. A intervenção é importante no contexto da UBS porque nós propomos ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças até os 72 meses de idade, e melhorar a qualidade da consulta de puericultura.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na USF IV Gargalheiras, Acari-RN.

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 57% 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 sete dias de vida.

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

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

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 de acompanhamento/espelho da saúde da criança 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, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS IV Gargalheiras, no Município de Acari-RN. Participarão da intervenção as 107 crianças de zero a 72 meses, residentes na área de abrangência da USF. Esse total é se refere a dados reais, obtidos a partir do registro de cadastro das ACS.

2.3.1 Detalhamento das ações**Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.**

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 57% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: Verificando as fichas espelho de acompanhamento das crianças de zero a 72 meses, para monitorar o cadastramento e sua atenção, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Preencher ficha espelho das crianças entre zero e 72 meses da área adstrita para cadastramento no programa, por técnica de enfermagem que primeiro acolherá a criança na UBS, e depois por médico e enfermeira durante atendimento.

Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: Priorizando o atendimento de todas as crianças, com portas abertas do serviço às crianças que vêm receber atendimento ou vêm por problemas agudos, acolhidas pela técnica de enfermagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: A equipe, especialmente o médico, reunir-se-á com a comunidade e explicar-lhe os benefícios do programa de saúde da criança, e que ela tenha participação ativa na execução dos mesmos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Em reunião de equipe, capacitá-la sobre acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Em reunião de equipe, capacitá-la sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, por médico e enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificando as fichas espelho das crianças de zero a 72 meses, para monitorar o comparecimento no serviço na primeira semana após a data provável do parto, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Fazendo busca ativa pelos ACS, que visitam as casas das crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientando as mães por meio dos membros da equipe, através de atividades na sala de espera e em consultas sobre as facilidades oferecidas na Unidade de Saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na sua primeira semana de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Capacitando a todos os membros da equipe em reunião sobre o acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Capacitando a todos os membros da equipe em reunião sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, por médico e enfermeira.

Metas 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificação nas fichas espelho das crianças para identificar aquelas com avaliação da curva de crescimento, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico reunirá com a secretária de saúde para garantir que disponibilize materiais adequados para realização das medidas antropométricas.

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

Detalhamento: Médico imprimirá protocolo atualizado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre as condutas esperadas de cada consulta através de atividades na sala de espera, por membro da equipe.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento durante as consultas, por médico e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para aferição das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde, por médico e enfermeira.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para padronizar a realização das medidas, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Verificação semanal nas fichas espelho, por médico e enfermeiro, das crianças para identificar aquelas com déficit de peso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico reunirá com a secretária de saúde para garantir que disponibilize materiais adequados para realização das medidas antropométricas.

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

Detalhamento: Médico imprimirá protocolo atualizado.

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

Detalhamento: Definir, entre os membros da equipe, a marcação com a cor vermelha dos nomes das crianças com déficit de peso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre as condutas esperadas de cada consulta através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento durante as consultas, por médico e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde, por médico e enfermeira.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para padronizar a realização das medidas, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Fazendo verificação semanal em ficha espelho por médico e enfermeiro das crianças para identificar aquelas com excesso de peso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico reunirá com a secretária de saúde para garantir que disponibilize materiais adequados para realização das medidas antropométricas.

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

Detalhamento: Médico imprimirá protocolo atualizado.

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

Detalhamento: Definir entre os membros da equipe a marcação com a cor verde dos nomes das crianças com excesso de peso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre as condutas esperadas de cada consulta através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento durante as consultas, por médico e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde, por médico e enfermeira.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para padronizar a realização das medidas, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, por médico e enfermeira.

Metas 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo.

Detalhamento: Fazer verificação semanal em ficha espelho por médico e enfermeiro das crianças para identificar aquelas com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Definir entre médico e enfermeiro, que façam encaminhamento a tempo das crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

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

Detalhamento: Estabelecer entre os membros da equipe um sistema de dar cor azul aos nomes das crianças com atraso no desenvolvimento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre as condutas esperadas de cada consulta através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Orientar pais e/ou responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Capacitar todos os membros da equipe, em reunião da UBS, sobre avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança, por médico e enfermeira.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: Capacitar todos os membros da equipe, em reunião da UBS, sobre o preenchimento da ficha de desenvolvimento, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento: Fazer verificação semanal nas fichas espelho para identificar as crianças com vacinas atrasadas, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Fazer verificação semanal nas fichas espelho para identificar as crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico reunirá com o gestor da saúde do município para discutir sobre a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação da mesma.

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

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe que a sala de vacinas tem portas abertas para as crianças que precisam ser vacinados.

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento: Estabelecer registros que monitorem o funcionamento da cadeia de frio, pela enfermeira.

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

Detalhamento: Estabelecer registros que monitorem o estoque de vacinas e estabelecer rotina de pedidos, pela enfermeira.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: Estabelecer registros que monitorem a data de validade das vacinas, pela enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Realizar orientação sobre vacinação através de atividades na sala de espera, visitas domiciliares e consultas, por todos os membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar a verificação nas fichas espelho das crianças que receberam suplementação de ferro, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: Médico discutirá com o gestor a disponibilização do suplemento para dispensação na farmácia básica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar sobre a importância da suplementação de ferro através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: O médico estudará as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Metas 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho das crianças para identificar as que realizaram a triagem auditiva, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico discutirá com os gestores da saúde do município a disponibilização do teste auditivo a todas as crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: O médico estudará 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho das crianças para identificar aquelas que realizaram o teste do pezinho antes dos sete dias de vida, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Médico discutirá com os gestores da saúde do município a garantia dos materiais para a realização do teste do pezinho, que é feito na Maternidade de Acari.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar sobre a importância da realização do teste do pezinho em até sete dias de vida, através de atividades na sala de espera, principalmente para as gestantes, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe quanto à finalidade e importância do teste do pezinho.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe quanto à finalidade e importância do teste do pezinho, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho as crianças que passaram por avaliação da necessidade de tratamento odontológico, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe que todas as crianças seis a 72 meses de idade que busquem o serviço de odontologia sejam encaminhadas ao Centro de Saúde onde o dentista atende.

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

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe prioridade de atendimento odontológico às crianças de seis a 72 meses de idade na Unidade de Saúde.

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

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe vagas destinadas a crianças de seis a 72 meses de idade.

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

Detalhamento: Estabelecer, entre médico e enfermeira, como rotina da consulta a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar sobre a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis a 72 meses de idade, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe, para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis a 72 meses de idade, por médico e enfermeira.

Metas 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho as crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência, que realizaram primeira consulta odontológica, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe que todas as crianças seis a 72 meses de idade que busquem o serviço de odontologia sejam encaminhadas ao Centro de Saúde onde o dentista atende.

Ação: Cadastrar na Unidade de Saúde crianças da área de abrangência de seis a 72 meses de idade.

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe que os ACS devem cadastrar todas as crianças da área de abrangência de zero a 72 meses de idade.

Ação: Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis a 72 meses de idade na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Estabelecer junto à equipe prioridade de atendimento odontológico às crianças de zero a 72 meses de idade na Unidade de Saúde.

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

Detalhamento: Estabelecer junto ao dentista vagas destinadas a crianças de seis a 72 meses de idade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de seis a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre acolhimento às crianças, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar a reunião de capacitação da equipe sobre acolhimento das crianças, cadastramento, identificação e encaminhamento para o serviço odontológico, por médico e enfermeira.

Ação: Capacitar o dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: Realizar a reunião de capacitação do dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis a 72 meses, por médico e enfermeira.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, por médico e enfermeira.

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Detalhamento: Realizar verificação nas fichas espelho do número de consultas realizadas pelas crianças, por médico e enfermeira.

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: Realizar verificação nas fichas espelho das buscas a crianças faltosas, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento: Programar por mês as visitas domiciliares das ACS para buscar crianças faltosas, pela enfermeira.

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

Detalhamento: Destinar vagas para o agendamento de consultas das crianças buscadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a comunidade e as mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para os ACS sobre a identificação das crianças em atraso pela caderneta da criança, por médico e enfermeira.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Revisar semanalmente os registros de acompanhamento das crianças na Unidade de Saúde, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Preencher Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/folha de acompanhamento.

Detalhamento: Estabelecer em reunião rotina de envio dos dados do SIAB.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento/espelho.

Detalhamento: Estabelecer em reunião uso da ficha espelho para registro das informações de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Estabelecer em reunião de equipe a rotina de registro das informações na ficha espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Estabelecer em reunião que o registro será monitorado por enfermeiro e médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação aos ACS de como identificar as criança em atraso pela caderneta da criança, por médico e enfermeira.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho para identificar as crianças de alto risco, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho para identificar crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Priorizar o agendamento de consultas para crianças de alto risco, pela técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: Estabelecer como destaque na ficha espelho das crianças de alto risco, a palavra “alto risco”.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade, por médico e enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Revisar semanalmente as fichas espelho para verificar os registros das orientações sobre prevenção de acidentes, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Estabelecer em reunião o papel de cada membro da equipe na prevenção dos acidentes na infância através de orientação aos familiares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Em reunião da equipe se capacitará os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal nas fichas espelho dos registros das atividades de educação em saúde feitas, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar verificação semanal das fichas espelho para identificar as crianças que foram colocadas para mamar na primeira consulta e calcular o percentual, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar verificação da duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos, através da ficha espelho, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Estabelecer em equipe que todos os membros devem promover o aleitamento materno.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal, através de atividades na sala de espera e durante as consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega", por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar verificação das orientações nas fichas espelho, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Estabelecer que todos os membros da equipe devem promover a orientação nutricional.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar as mães e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, através de atividades na sala de espera e durante as consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, por médico e enfermeira.

Metas 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Verificar os registros das atividades educativas coletivas feitas por mês, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: Planejar atividades educativas em grupo mensalmente na escola da Comunidade Gargalheiras que é a maior comunidade da zona rural.

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

Detalhamento: Definir em reunião de equipe os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento: Conseguir todo o material necessário para essas atividades.

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

Detalhamento: Realizar listagem de todos os participantes das atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: Orientar sobre as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Convidar membros da comunidade e escola para participar de reuniões a cada mês de avaliação e discussão do programa, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Convidar membros da comunidade e escola para participar de reuniões a cada mês de avaliação e discussão do programa, pelos membros da equipe.

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

Detalhamento: Orientar sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, através de atividades na sala de espera, pelos membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para a realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar encontro de capacitação dos responsáveis pelo cuidado da criança na creche, por médico.

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 57% 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 zero e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.

Denominador: Número de crianças entre zero 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 inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa 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 inscritas no programa 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 inscritas no programa 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 seis a 24 meses.

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

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

Denominador: Número de crianças entre seis 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 sete dias de vida.

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

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete 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 seis e 72 meses.

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

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

Denominador: Número total de crianças de seis 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 seis a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.

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

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

Denominador: Número total de crianças de seis 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 ativa realizadas às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de criança com registro adequado na ficha espelho.

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.

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 e 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, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal etiologia e prevenção da cárie.

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

A intervenção no programa de Saúde da Criança terá como referência o Caderno da Atenção Básica de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012). Estimamos alcançar com a intervenção 61 crianças de zero a 72 meses. Utilizaremos a ficha espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso, e para o acompanhamento da intervenção, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), também disponibilizada pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as fichas espelho.

Serão estabelecidas, junto à equipe, rotinas de acolhimento, atendimento e busca das crianças. O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, e aquelas que acessarem o serviço em busca de atendimento de rotina, terão o agendamento de sua consulta com prioridade. O atendimento seguirá o protocolo no que diz respeito ao calendário de consultas, exame físico, acompanhamento de crescimento, desenvolvimento, vacinação, suplementação de ferro, e orientações aos familiares sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças e seus cuidados, sendo que as crianças já sairão com a próxima consulta agendada.

As crianças faltosas às consultas serão buscadas pelos ACS, incluindo aquelas que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. As visitas domiciliares das ACS para buscar crianças faltosas serão programadas, em reunião de equipe, e a agenda terá vagas destinadas para acolher as crianças provenientes das buscas. Estimam-se três faltas por semana, totalizando 12 por mês. Ao fazer a busca, já será agendada a consulta em horário conveniente.

Os dados provenientes dos atendimentos serão registrados em ficha espelho específica do programa. Essas fichas ficarão armazenadas na sala de arquivo de cada Unidade de Saúde das comunidades, e separadas pela técnica de enfermagem na ocasião do atendimento. Semanalmente o enfermeiro e médico examinarão as fichas espelho para coletar os dados de alimentação da planilha eletrônica, e identificar aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Utilizaremos um sistema alerta nas fichas espelho, sendo que o nome da criança será marcado em vermelho, se apresentar déficit de peso, em verde, se apresentar excesso de peso, ou em azul, se apresentar atraso no desenvolvimento. As crianças de alto risco terão a expressão "alto risco" marcada em suas fichas.

Para capacitar a equipe, serão realizadas três reuniões. A primeira será sobre o manual técnico de Saúde da Criança, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, nas duas horas do final do expediente, em reunião de equipe, e será conduzida por médico e enfermeira. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Nessa mesma ocasião serão abordadas as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, assim como o acolhimento às crianças de acordo com a Política de Humanização, e registro adequado na ficha espelho.

A segunda reunião será sobre os fatores de risco para morbimortalidade, a identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, a avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança, o preenchimento da ficha de desenvolvimento, e o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. Além disso, também será abordado o teste do pezinho, sua finalidade e importância. Essa capacitação será conduzida pelo médico e enfermeira.

A terceira reunião de capacitação será sobre as ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade, orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Nesse mesmo dia a técnica de enfermagem será orientada sobre a realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança. Essa capacitação será conduzida por médico e enfermeira.

Para sensibilizar a comunidade sobre a intervenção, faremos contato com a associação de moradores, com os representantes da comunidade e com as escolas da área de abrangência, para apresentar o projeto, esclarecendo a importância da realização da consulta de puericultura, e solicitando ajuda na divulgação da necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Além disso, serão realizadas atividades em sala de espera nos dias de atendimento prioritário às crianças, abordando:

- as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança;

- as condutas esperadas de cada consulta;

- as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária;

- vacinação;

- a importância da suplementação de ferro;

- a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste;

- a importância da realização do teste do pezinho em até sete dias de vida;

- a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis a 72 meses de idade;

- atendimento odontológico prioritário de crianças de seis a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde;

- sobre a importância do acompanhamento regular da criança, através de atividades na sala de espera;

- seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas;

- os fatores de risco para morbidades na infância;

- as formas de prevenção de acidentes na infância;

- a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal;

- a alimentação adequada para crianças;

- as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Será feita ainda uma capacitação para os responsáveis pelo cuidado da criança na creche da comunidade de Gargalheiras, que será conduzida pelo médico.

Além disso, membros da comunidade e da escola serão convidados para participar das reuniões de avaliação e discussão do programa, que acontecerão a cada quatro semanas de intervenção.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1ª reunião de capacitação da equipe: manual técnico de Saúde da Criança.	x															
2ª reunião de capacitação da equipe: fatores de risco para morbi/mortalidade, a identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, a avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança, o preenchimento da ficha de desenvolvimento, o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, teste do pezinho, sua finalidade e importância.		x														
3ª reunião de capacitação da equipe: ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade, orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Para a técnica de enfermagem: realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança.			x													
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	x															
Cadastramento da população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita no programa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Acolhimento e atendimento clínico das crianças.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verificação das fichas espelho para coleta de dados e alimentação da planilha eletrônica.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa das crianças faltosas às consultas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividades de sala de espera.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação para os responsáveis pelo cuidado da criança na creche da comunidade de Gargalheiras						x										
Reuniões de avaliação e discussão do programa.				x				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Para melhoria da Atenção à Saúde da Criança, felizmente podemos dizer que todas as atividades programadas no cronograma foram realizadas sem muitas dificuldades.

Foram feitas quatro reuniões de capacitação, três com a equipe e uma com os responsáveis pelo cuidado da criança na creche e da população da comunidade as Gargalheiras.

Na capacitação da equipe a participação foi boa porque dos 14 membros da equipe (médico, odontólogo, enfermeira, técnico de enfermagem, técnica de saúde bucal e nove Agentes Comunitárias de Saúde), sempre participaram 12, que corresponde a 86% de participação, porque o odontólogo e a técnica de saúde bucal não participaram das três capacitações, infelizmente. Porém falamos com eles sobre o projeto e foi acordado que atenderiam todas as crianças que fossem encaminhadas para odontologia. Além disso, tivemos sempre a participação da auxiliar de serviços gerais, que é muito ativa e ajuda em tudo o que pode. A opinião da equipe é boa, porque se deram conta que era o mesmo trabalho que faziam, porém mais organizado, com mais qualidade e que melhorariam os indicadores de cobertura da ESF. Toda esta interpretação e engajamento da equipe favoreceu que a resistência às mudanças fosse mínima. As facilidades estavam presentes pelo bom engajamento da equipe, que permitiu que as capacitações se desenvolvessem,

com algumas modificações, porém muito perto do programado. E a maior dificuldade foi que o odontólogo e sua técnica não participaram e que se encontram muito distantes de nós por estarem no Centro de Saúde, o que limita nossas relações de trabalho.

A capacitação para os responsáveis pelo cuidado da criança na creche e da população da comunidade de Gargalheiras foi ótima, porque se teve uma boa troca com os participantes, motivado por perguntas que fiz sobre a experiência que as mães tiveram com crianças anteriormente. Após fiz uma palestra sobre como devia ser o cuidado das crianças segundo o programa do Ministério da Saúde do Brasil e que muitas orientações estavam nas Cadernetas das Crianças. Eles acharam a capacitação muito importante e foi proposto pela responsável da creche que fossem feitas mais capacitações porque a comunidade necessitava muito. A maior dificuldade encontrada foi na participação da população.

Houve acolhimento e atendimento às crianças nas comunidades em todas as semanas. O atendimento era centrado em geral em pesar e mensurar as crianças, com exame físico completo. A ACS da microárea avisava às mães sobre o atendimento, os usuários iam de forma espontânea e o acolhimento era feito por ordem de chegada. Quanto à busca e reagendamento dos faltosos, a maior dificuldade era a dispersão das famílias na zona rural, que em muitas ocasiões está muito distante do consultório e o transporte é muito ruim.

Anteriormente não se fazia atividades de orientação nem de capacitação em sala de espera, agora se faz, tanto o médico como a enfermeira, e na maioria das vezes o técnico de enfermagem com a Agente Comunitária de Saúde. Incentivamos sua participação para melhorar seu conhecimento e suas habilidades para que após o faça sozinha ao visitar as famílias em suas casas. Todas estas atividades foram assessoradas pelo médico ou enfermeira.

A comunidade participou apoiando nossas ações e trazendo ideias sobre a base de suas necessidades sentidas. A maior dificuldade encontrada é que há pessoas que são analfabetas e outras com baixo nível cultural, e tudo isso dificulta para mudar estilos de vida não saudáveis.

Foram realizadas três reuniões de equipe para avaliação da intervenção, uma na 5ª semana, uma na 8ª, e a terceira na última semana de intervenção. Foram de muita importância porque permitiram aprimorar aspectos para continuar em frente com maiores sucessos. A segunda reunião que se desenvolveu com a participação

da equipe e da professora Jaécia Bezerra de Brito, que é investigadora e mora na comunidade de Gargalheiras. Além dela, participou também a coordenadora do NASF do Município de Acari. Discutiram-se diferentes temas, entre eles o acolhimento, triagem auditiva, capacitação em sala de espera, percentual de crianças atendidas e a situação ruim que se apresentou na semana em que só foram atendidas duas crianças. A discussão foi muito produtiva, referindo que cada dia deve ser muito melhor o acolhimento e a capacitação em sala de espera deve ser com qualidade, pela experiência acumulada do dia a dia. Sobre a triagem auditiva, conferi quantos já haviam feito para atualizar a planilha de coleta de dados. Além disso, falou-se com a coordenadora da Maternidade e com a Fonoaudióloga sobre possibilidade de recuperar a triagem auditiva das crianças que não haviam feito nos dois meses. Felizmente na última semana de intervenção a Fonoaudiólogo ficou disponível para fazer a triagem auditiva das crianças que não haviam feito, e de fato atendeu muitas crianças.

Os dados foram coletados, semanalmente, pelo médico da equipe, e inserido na planilha eletrônica para o monitoramento do programa.

Tivemos problemas na realização da triagem auditiva na criança, porque no município de Acari se começou a fazer a triagem auditiva em janeiro de 2014, e as crianças que nasceram antes desta data não o tinham feito, mas felizmente, graças à cooperação da gestora de saúde do município, à chefe de Maternidade e à Fonoaudióloga, foi possível programar um dia para fazer a triagem auditiva de maior parte das crianças que faltavam.

Outro problema que se apresentou foi com o suplemento de ferro que não tinha na farmácia básica e as mães o compravam na farmácia privada, mas nem todas tinham recursos para tal. Isso foi resolvido quando a Secretária de Saúde fez um pedido, quando o projeto foi lhe apresentado, porém o pedido chegou após o início da intervenção. Felizmente agora todas as crianças estão tomando suplemento de ferro, conforme indicação e faixa etária.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Entre as ações previstas e não desenvolvidas, devemos mencionar que a ação de planejar atividades educativas em grupo mensalmente na escola da

comunidade Gargalheiras, sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, acabou não sendo desenvolvida, pela dificuldade de operacionalização. A equipe só vai até Gargalheiras uma vez por semana, quando realiza atendimento clínico às pessoas daquela comunidade. Assim, percebemos que a realização dessa atividade na escola mensalmente ficaria inviável, e desenvolvemos esses temas durante as atividades de sala de espera.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores ocorreram no começo, mas depois compreendi bem como a planilha funcionava, e as dificuldades foram vencidas. A estratégia que encontrei foi que fiz uma cópia da planilha digital em papel, que levava em meu bolso em todas as consultas, e depois que preenchia a ficha espelho, o prontuário e a caderneta da criança, preenchia também a cópia da planilha digital, e com essa estratégia tudo deu certo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Fazendo uma análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programada como rotina, posso dizer que se continuará fazendo tudo o que se fez durante a intervenção, com melhorias, como o acolhimento cada dia mais humanizado, que responda às necessidades dos usuários, a verificação do peso e comprimento das crianças, o preenchimento das fichas espelho, a orientação das mães e demais pessoas que aguardam na sala de espera, para melhorar a informação da comunidade em relação a estilos de vida saudável. Com a finalização do curso, este projeto não terá fim, ao contrário, melhorar-se-ão as ações a cada dia mais, com a experiência que se vai acumulando de cada membro da equipe.

Os aspectos que serão adequados ou melhorados se referem ao processo de trabalho e ao acolhimento, assim como à educação à população, para promoção de saúde e prevenção de doenças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Em nossa intervenção na área de abrangência da UBS, a população total de zero a 72 meses é de 107 crianças. Nossa meta era atender 61 crianças em quatro meses de Intervenção, que corresponde a 57% de cobertura, mas os resultados foram melhores do que o esperado, com a inclusão de 95 crianças ao fim da intervenção.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 57% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Na intervenção, no primeiro mês, foram incluídas no programa 41 crianças, que equivale a 38,3%. No segundo mês haviam sido atendidas 66 crianças, correspondendo a 61,7%. E no terceiro mês, ao final da intervenção, obteve-se uma cobertura 88,8%, que representa 95 crianças (Figura 1). O que mais contribuiu para o sucesso dessa meta foi a colaboração das ACS em agendar, avisar e buscar as mães e crianças para as consultas, inclusive providenciando transporte até a Unidade de Saúde.

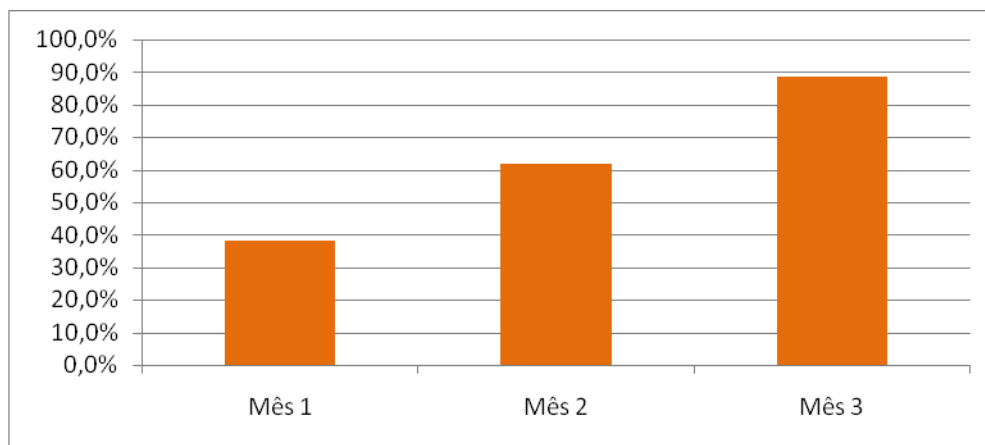


Figura 1 – Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança da UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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.

Entre as crianças cadastradas no programa, no primeiro mês 39 haviam realizado a primeira consulta na primeira semana de vida, que equivale a 95,1%. No segundo mês, 63, das 66 crianças cadastradas haviam realizado a primeira consulta na primeira semana de vida, com 95,5%. E no terceiro mês, de 95 crianças atendidas, 92 tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida, que corresponde a 96,8% (Figura 2).

A meta não foi alcançada, pois as três crianças que não tiveram a consulta na primeira semana de vida nasceram num período anterior à intervenção. Antes a consulta era feita apenas por um pediatra, o que dificultava o acesso, e depois ficou sendo feito pelo enfermeiro. A partir da intervenção, médico e enfermeira passaram a fazer juntos. Ao longo da intervenção nasceram nove crianças e a captação na primeira semana de vida aconteceu de forma satisfatória.

A ação que mais auxiliou na captação precoce foi o acompanhamento das gestantes por parte das ACS que realizam visitas domiciliares para chamar os recém-nascidos para a consulta.

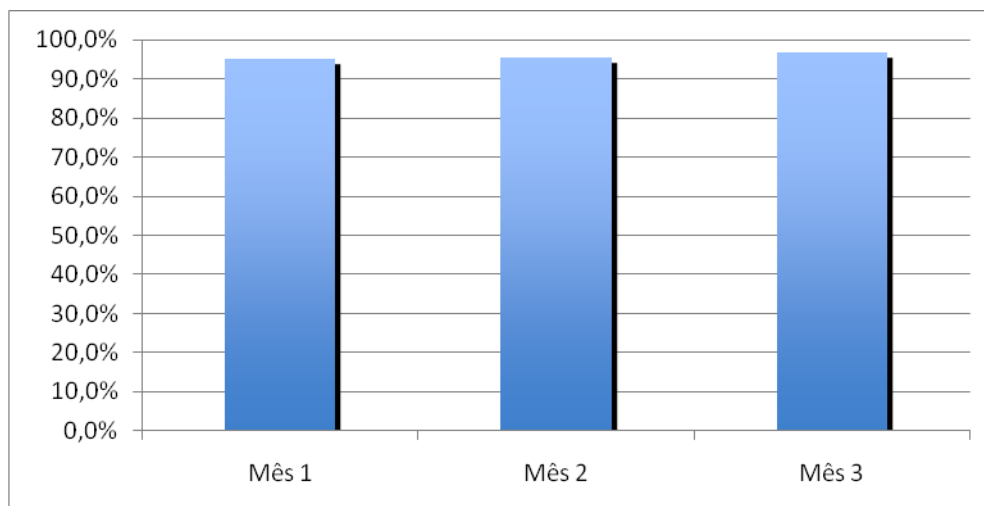


Figura 2 –Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

Durante a intervenção, todas as crianças foram monitoradas quanto ao peso e altura/comprimento, sendo alcançada a meta de 100% nos três meses. Foram 41 no primeiro mês, 66 até o segundo, e 95 até o terceiro. A ação que mais auxiliou no monitoramento do crescimento das crianças foi o estabelecimento da medição como rotina da consulta, e as visitas que as agentes comunitárias de saúde realizam aos domicílios para buscar as crianças.

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

No primeiro mês não se observou crianças com déficit de peso, porém no segundo mês foi identificada uma criança, que foi a única em toda a intervenção. Essa criança foi monitorada, sendo a meta de 100% alcançada (Figura 3). A ação que mais auxiliou no monitoramento das crianças com déficit de peso foi o acompanhamento pelas agentes comunitárias de saúde e as visitas que realizam aos domicílios para buscar as crianças, assim como as consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros com a frequência adequada.

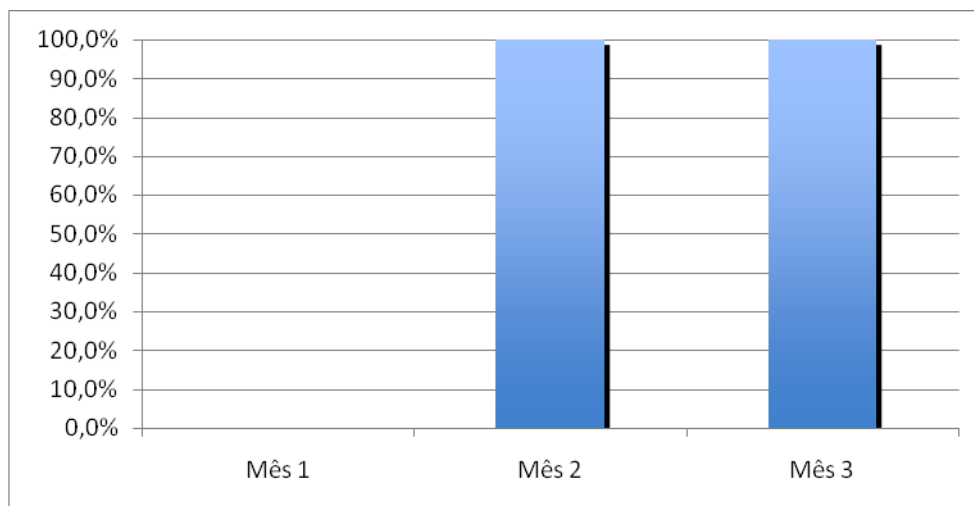


Figura 3 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

No primeiro mês foram identificadas duas crianças com excesso de peso, no segundo, três, e no terceiro mês, sete crianças, sendo que todas foram monitoradas nos três meses, atingindo a meta de 100%. A ação que mais auxiliou no monitoramento do excesso de peso também foi o cadastramento pelas agentes comunitárias de saúde e as visitas que realizam aos domicílios para buscar as crianças, assim como as consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros com a frequência adequada.

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

Durante a intervenção, todas as crianças foram monitoradas quanto ao desenvolvimento, sendo alcançada a meta de 100% nos três meses. Foram 41 no primeiro mês, 66 até o segundo, e 95 até o terceiro. A ação que mais auxiliou no monitoramento do desenvolvimento das crianças foi o estabelecimento da avaliação do desenvolvimento como rotina da consulta, e as visitas que as agentes comunitárias de saúde realizam aos domicílios para buscar as crianças.

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

Durante a intervenção, todas as 95 crianças atendidas ficaram com as vacinas em dias, tendo alcançado a meta de 100%. Foram 41 no primeiro mês, 66 até o segundo, e 95 até o terceiro. A ação que mais auxiliou na vacinação das crianças foi o cadastramento pelas agentes comunitárias de saúde e as visitas que

realizam aos domicílios para buscar as crianças, e as consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros, além do controle que existe na sala de vacinas do Centro de Saúde.

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

Todas as crianças de seis a 24 meses receberam a suplementação de ferro nos três meses da intervenção, alcançando a meta de 100%. Foram 12 no primeiro mês, 24 até o segundo, e 30 até o terceiro. A ação que mais auxiliou a suplementação de ferro foi a disponibilização do sulfato ferroso pela secretaria de saúde do município e instituição da suplementação como rotina da consulta.

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

No primeiro mês, das 41 crianças cadastradas, apenas 16 haviam feito a triagem auditiva, o que equivale a 39%. No segundo mês, de 66 crianças, apenas 27 haviam realizado a triagem, correspondendo a 40,9%. E no terceiro mês, das 95 crianças cadastradas, 88 crianças já tinham a triagem auditiva, num total de 92,6% (Figura 4).

Não havia muitas crianças com triagem auditiva realizada porque em Acari esse exame começou a ser realizado no mês de janeiro de 2014, e as crianças que nasceram antes disso não haviam realizado. No terceiro mês foi promovido um dia de triagem auditiva, feito pela Fonoaudióloga, para as crianças que não haviam feito ainda, por isso, conseguiu aumentar bastante o percentual de exames feitos, apesar de não termos alcançado 100%. Aliado a isso, houve o auxílio das ACS para a busca das crianças em falta com o exame.

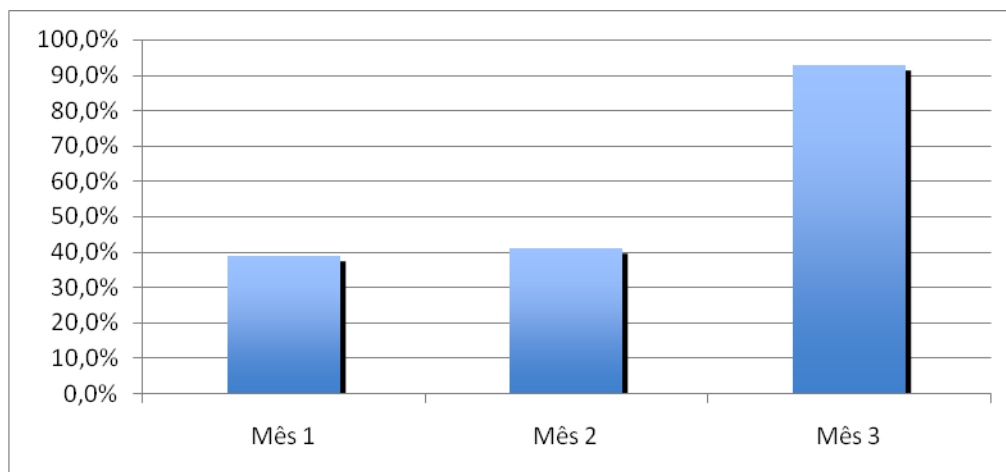


Figura 4 – Proporção de crianças com triagem auditiva, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

No primeiro mês, as 41 crianças cadastradas haviam realizado teste do pezinho até sete dias de vida, com alcance da meta de 100%. No segundo mês o percentual diminuiu para 98,5%, com uma criança sem teste do pezinho até sete dias de vida. E no terceiro mês, apenas a mesma criança não teve o exame realizado até sete dias de vida, finalizando a intervenção com 98,9% (Figura 5). A criança que não fez o teste do pezinho antes dos sete dias de vida é uma criança que veio de outro Estado para morar na região rural do município de Acari, com uma idade acima do limite para fazer o teste do pezinho.

A ação que mais auxiliou a realização teste do pezinho em tempo hábil foi o controle que existe na Maternidade. Quando a criança recebe alta, já sai com a data marcada para retornar para fazer o exame, e isso já se tornou um costume muito forte na população, e as mães tem conhecimento sobre a importância deste teste para as crianças, principalmente por conta da possibilidade de ter retardo mental. Além disso, há o monitoramento que se faz nas crianças pelos membros da equipe de saúde, sejam as agentes comunitárias de saúde nas diferentes microáreas, a enfermeira, técnico de enfermagem ou o médico.

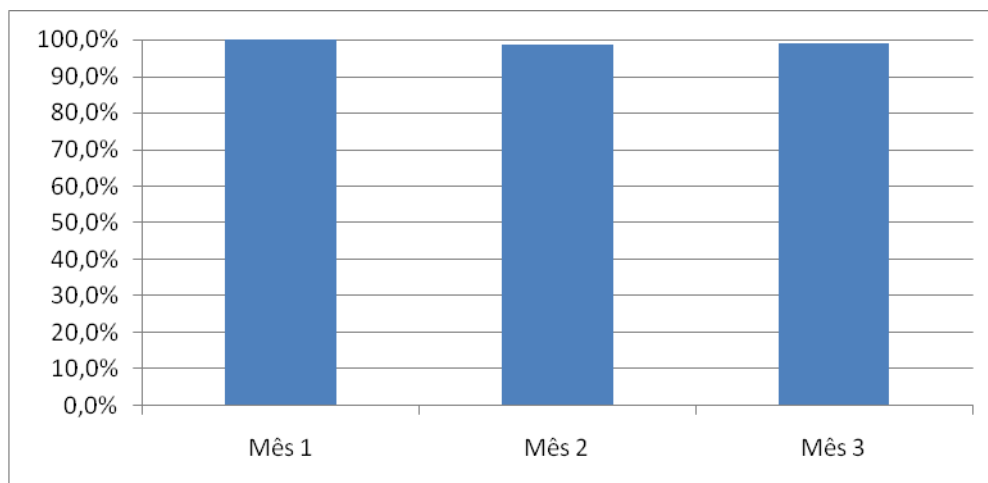


Figura 5 – Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias, na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

Durante a intervenção, todas as crianças de seis e 72 meses atendidas foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo 34 no primeiro mês, 57 até o segundo, e 83 até o terceiro, com a meta de 100% alcançada nos três meses. A ação que mais auxiliou a avaliação de necessidades odontológicas foi a instituição dessa atividade como rotina do atendimento clínico.

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

No primeiro mês, das 34 crianças de seis a 72 meses, 25 realizaram consulta odontológica, que equivale a 73,5%, no segundo mês, de 57, 46 haviam realizado, representando 80,7%, e no terceiro mês, das 83, 71 haviam feito, finalizando a intervenção com 85,5% nesse indicador (Figura 6).

A maior dificuldade em alcançar 100%, foi que as mães não gostam de como o odontólogo trata as crianças. Falamos com ele, que melhorou atendimento, porém ainda existem problemas, e as mães preferem ir a outros odontólogos.

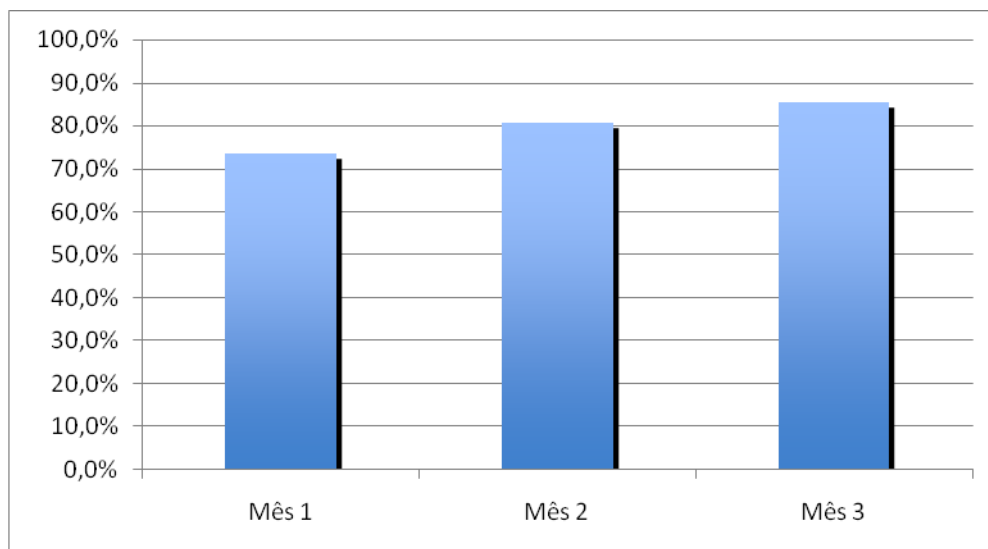


Figura 6 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

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

No primeiro mês faltaram a consulta sete crianças, no segundo mês 17, e no terceiro mês, nove crianças, que foram todas buscadas, ou seja, 100%, e compareceram à consulta reagendada. No alcance dessa meta não tivemos dificuldade porque as ACS sempre convencem as mães para irem às consultas. Além disso, visitamos por solicitação das agentes de saúde as casas das mães que tinha problema para comparecer à UBS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Durante a intervenção, todas as crianças atendidas tiveram o registro na ficha de acompanhamento/espelho, sendo 41 no primeiro mês, 66 no segundo, e 95 no terceiro mês, com a meta de 100% alcançada nos três meses. A ação que mais auxiliou os registros atualizados foi a incorporação do registro na rotina do atendimento clínico, além da capacitação da equipe para o preenchimento adequado da ficha espelho.

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.

Durante a intervenção, todas as crianças atendidas também foram avaliadas quanto ao risco, sendo 41 no primeiro mês, 66 no segundo, e 95 no terceiro mês, com a meta de 100% alcançada nos três meses. A ação que mais auxiliou a avaliação de risco foi a incorporação dessa ação na rotina do atendimento clínico e a capacitação da equipe sobre a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

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.

Durante a intervenção, todas as mães das crianças atendidas foram orientadas para prevenir acidentes na infância, sendo 41 no primeiro mês, 66 no segundo, e 95 no terceiro mês, com a meta de 100% alcançada nos três meses. O que mais auxiliou foram as visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde, quando orientavam as mães, as atividades educativas em sala de espera, e a realização das mesmas em consulta clínica, sendo que a equipe foi capacitada para isso.

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

No primeiro mês, das 41 crianças cadastradas, 39 haviam sido colocadas para mamar durante a primeira consulta. No segundo mês, das 66, tínhamos 64 que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta, conferindo 97,1%. E no terceiro mês, das 95 crianças, 93 haviam sido colocadas para mamar durante a primeira consulta, mantendo as mesmas duas crianças do mês 2, e finalizando a intervenção com 97,9% (Figura 7). Todas as crianças que realizaram a primeira consulta na nossa UBS foram colocadas para mamar. As que não foram colocadas não haviam sido atendidas por nossa equipe, e a informação foi dada pela mãe.

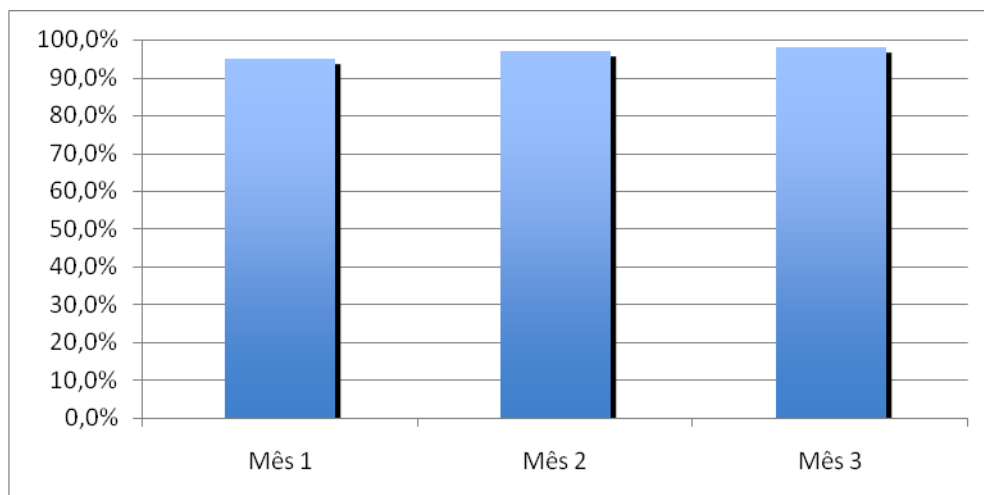


Figura 7 – Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS IV Gargalheiras, Acari-RN. 2015.

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

Durante a intervenção, todas as mães das crianças atendidas receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária da criança, sendo 41 no primeiro mês, 66 no segundo, e 99 no terceiro mês, com a meta de 100% alcançada nos três meses. A ação que mais auxiliou a orientação sobre nutrição foram as visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde, quando orientavam as mães, as atividades educativas em sala de espera, e a realização das mesmas em consulta clínica, sendo que a equipe foi capacitada para isso.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Durante a intervenção, todas as mães das crianças atendidas receberam orientações sobre higiene bucal, sendo 41 no primeiro mês, 66 no segundo, e 95 no terceiro mês, com a meta de 100% alcançada nos três meses. A ação que mais auxiliou a orientação sobre higiene bucal foram as visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde, quando orientavam as mães, as atividades educativas em sala de espera, e a realização das mesmas em consulta clínica, sendo que a equipe foi capacitada para isso. Além disso, na consulta odontológica as mães recebiam orientação de como evitar cáries em suas crianças.

4.2 Discussão

Com a intervenção, em minha UBS, alcançamos uma ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero a 72 meses, a melhoria dos registros e da qualidade da atenção com destaque para o exame físico completo e detalhado, buscando descobrir possíveis doenças ocultas. Além disso, realizamos um trabalho importante de orientação às mães sobre promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos em suas crianças.

A intervenção teve uma importância muito grande para a equipe porque exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas a todos os cuidados em puericultura de crianças de zero a 72 meses. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, do auxiliar de enfermagem, das agentes comunitárias de saúde, da auxiliar de serviços gerais e do motorista. O médico e a enfermeira com a responsabilidade das consultas às crianças; o auxiliar de enfermagem com o peso, mensuração, vacinação e preenchimento das fichas espelho, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde; estes, por sua vez, também faziam acolhimento e a busca das crianças para atendimento; a auxiliar de serviços gerais com a limpeza das unidades de saúde; e o motorista com a condução do carro. Tudo isto acabou tendo impacto na qualidade da atenção aos usuários em geral, no acolhimento mais humanizado, nas consultas programadas, demanda espontânea etc., sempre com o envolvimento de todos da equipe.

A intervenção teve muita importância também para o serviço nas Unidades de Saúde porque antes da intervenção as atividades de atenção às crianças eram concentradas no médico, e agora essa atividade é compartilhada com a enfermeira. Além disso, a intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção qualificada a um maior número de pessoas, promoveu a melhoria do registro e do agendamento das crianças, otimizando a agenda para a demanda espontânea, e instituiu a classificação de risco das crianças, que tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento das mesmas.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Houve a orientação em sala de espera sobre a importância da atenção às crianças. As mães, pais e familiares das crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e sua qualidade, porém em certas ocasiões há insatisfação na sala de

espera, entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, o que gera a necessidade de uma nova explicação para evitar indisposição.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento, era discutir com a equipe as atividades que vinha desenvolvendo desde a análise situacional, o que tornaria a intervenção mais facilitada. Também faltou uma articulação mais estreita com a comunidade para explicar bem os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar a intervenção.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porque conquistamos uma boa união, e teremos de superar algumas das dificuldades encontradas, já que incorporamos a intervenção à rotina do serviço. Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção de todas as crianças, em especial as de alto risco.

Os próximos passos já estão sendo feitos porque cada vez que visitamos uma das comunidades, atendemos as crianças que faltam para alcançar 100% de cobertura. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementá-lo no programa de pré-natal de nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Durante 12 semanas, compreendidas entre os meses de abril e junho de 2015, a equipe de saúde da USF IV Gargalheiras realizou uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses. A população total de zero a 72 meses da área de abrangência é de 107 crianças, distribuídas nas comunidades de Gargalheiras, Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio, Assentamento Ingá e Vaca Brava.

Para isso nós traçamos 6 objetivos com 19 metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, e a meta era ampliar a cobertura da atenção à saúde para 57% das crianças entre zero e 72 meses. Ao final da intervenção, atendemos 95 crianças, que representa 88,8% de cobertura.

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: Realizou-se a primeira consulta na primeira semana de vida a 92 crianças, que representa 96,8%. A meta não foi alcançada, pois três crianças não tiveram a consulta na primeira semana de vida, nascidas num período anterior à intervenção. Antes a consulta era feita apenas por um pediatra, o que dificultava o acesso. A partir da intervenção, médico e enfermeira passaram a fazer juntos, e ao longo da intervenção nasceram nove crianças, sendo a captação na primeira semana de vida de forma satisfatória.

Meta 2.2 - Monitorar o crescimento em 100% das crianças: Durante a intervenção, todas as crianças foram monitoradas quanto ao peso e altura/comprimento, sendo alcançada a meta de 100% nos três meses. A ação que mais auxiliou foi o estabelecimento da medição como rotina da consulta.

Meta 2.3 - Monitorar 100% das crianças com déficit de peso: Identificou-se uma criança com déficit de peso, que foi a única em toda a intervenção. Essa criança foi monitorada, sendo a meta de 100% alcançada.

Meta 2.4 - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso: Identificaram-se sete crianças com excesso de peso, e todas foram monitoradas, atingindo a meta de 100%.

Meta 2.5 - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças: Durante a intervenção, todas as crianças foram monitoradas quanto ao desenvolvimento, sendo alcançada a meta de 100% nos três meses.

Meta 2.6 - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade: Durante a intervenção alcançou-se a meta de 100% das crianças com vacinas em dia.

Meta 2.7 - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses: Todas as crianças de 6 a 24 meses receberam a suplementação de ferro nos três meses da intervenção, alcançando a meta de 100%. A ação que mais auxiliou a suplementação de ferro foi a disponibilização do sulfato ferroso pela secretaria de saúde do município.

Meta 2.8 - Realizar triagem auditiva em 100% das crianças: Até o segundo mês apenas 27 crianças haviam realizado triagem auditiva, que corresponde a 40,9%. No último mês de intervenção, foi promovido um dia para que a Fonoaudióloga realizasse a triagem auditiva nas crianças com atrasos, e conseguimos aumentar o percentual para 92,6%.

Meta 2.9 - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida: Foi finalizada a intervenção com 98,9% das crianças com o teste do pezinho feito. A criança que faltou veio de outro Estado para morar na região rural, com uma idade acima do limite para fazer o teste do pezinho. A ação que mais auxiliou a realização teste do pezinho em tempo hábil foi o controle que existe em Maternidade e o monitoramento que se faz nas crianças pelos membros da equipe de saúde, sejam as agentes comunitárias de saúde nas diferentes microáreas, a enfermeira, técnico de enfermagem e o médico.

Meta 2.10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses: Todas as crianças atendidas foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, que corresponde a 100%. A ação que mais auxiliou foi a instituição dessa atividade como rotina do atendimento clínico.

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: Ao final da intervenção, 83 crianças foram atendidas em primeira consulta odontológica, que representa 85,5%.

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

Meta 3.1 - Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas: Ao final da intervenção foram buscadas todas as crianças. As agentes comunitárias de saúde sempre convenciam as mães para irem às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 - Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço. Todas as crianças tiveram a ficha espelho preenchida e registro atualizado, pois houve a incorporação do registro na rotina do atendimento clínico.

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: Todas as crianças foram avaliadas quanto ao risco, já que essa avaliação foi incorporada na rotina do atendimento clínico.

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: Todas as mães foram orientadas para prevenir acidentes na infância.

Meta 6.2 - Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta: Ao finalizar a intervenção se alcançou uma meta de 97,9%, pois duas crianças não foram atendidas em nossa UBS nos primeiros meses de vida.

Meta 6.3 - Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças: Ao final da intervenção todas as mães foram orientadas quanto a alimentação adequada.

Meta 6.4 - Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária: Ao final da intervenção todas as mães foram orientadas quanto a higiene bucal. Além disso, na consulta odontológica as mães recebiam orientação de como evitar cáries em suas crianças.

Assim, com a intervenção, nossa UBS alcançou uma ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero a 72 meses, melhorou os registros das crianças,

melhorou a qualidade da atenção, com destaque para o exame físico completo e detalhado e buscando descobrir possíveis doenças ocultas, realizou um trabalho importante de orientação às mães sobre promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos em suas crianças.

Foi feito acolhimento e atendimento às crianças nas comunidades em todas as semanas, com exame físico completo. A agente comunitária de saúde avisava às mães sobre o atendimento, e buscava e reagendava as crianças faltosas. Realizamos atividades de orientação às mães na sala de espera, e reuniões de capacitação, três com a equipe e uma com os responsáveis pelo cuidado da criança na creche e da população da comunidade de Gargalheiras. O atendimento se faz de forma mais humanizado, com as consultas programadas e acolhimento à demanda espontânea, sempre com o envolvimento de todos da equipe.

A intervenção teve uma importância muito grande para a equipe porque exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas a todos os cuidados em puericultura de crianças de zero a 72 meses. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, do auxiliar de enfermagem, das agentes comunitárias de saúde, da auxiliar de serviços gerais e do motorista. O médico e a enfermeira com a responsabilidade das consultas às crianças; o auxiliar de enfermagem com o peso, mensuração, vacinação e preenchimento das fichas espelho, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde; estes, por sua vez, também faziam acolhimento e a busca das crianças para atendimento; a auxiliar de serviços gerais com a limpeza das unidades de saúde; e o motorista com a condução do carro.

Nossas próximas atividades envolvem atender as crianças que faltam para alcançar 100% de cobertura, e tomar este projeto como exemplo para intervir em outros programas, como o pré-natal de nossa UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Durante 12 semanas, compreendidas entre os meses de abril e junho de 2015, a equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família IV Gargalheiras realizou uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses. A população total de zero a 72 meses de nossa área de atuação é de 107 crianças, distribuídas nas comunidades de Gargalheiras, Bulhões, Cacimba do Meio, Barra do Rio, Assentamento Ingá e Vaca Brava.

Para isso nós traçamos 6 objetivos:

Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Melhorar o registro das informações.

Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Promover a saúde das crianças.

Foi feito acolhimento e atendimento às crianças nas comunidades em todas as semanas, com exame físico completo. A agente comunitária de saúde avisava às mães sobre o atendimento, e buscava e reagendava as crianças faltosas. Realizamos atividades de orientação às mães na sala de espera, e reuniões de capacitação, três com a equipe e uma com os responsáveis pelo cuidado da criança na creche e da população da comunidade as Gargalheiras.

Os resultados foram muito bons, pois conseguimos alcançar 95 crianças entre 0 e 72 meses. Todas as crianças foram monitoradas quanto ao peso, altura/comprimento e desenvolvimento, receberam as vacinas adequadamente, receberam a suplementação de ferro conforme idade, foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, tiveram o registro na ficha de acompanhamento da saúde da criança, foram avaliadas quanto ao risco, e todas as

mães receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, alimentação adequada, higiene bucal e prevenção da cárie.

A intervenção teve muito importância porque antes as atividades de atenção às crianças eram concentradas no médico, e agora essa atividade é compartilhada com a enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe, promoveu a melhoria do registro e do agendamento das crianças, e instituiu a classificação de risco das crianças, que tem sido crucial para apoiar a priorização dos atendimentos.

Para melhorar ainda mais a atenção às crianças, a comunidade tem que ter uma participação mais ativa nas palestras e atividades feitas pela equipe. Além disso, deve contribuir dialogando com a equipe de saúde sobre as necessidades sentidas na saúde das crianças, e sobre as necessidades de aprendizagens para uma melhor condução das crianças em suas primeiras etapas da vida, que é muito importante para a personalidade futura das crianças. A comunidade deve aprender como cuidar de sua saúde individual e coletiva com autonomia própria e não depender cem por cento da equipe de saúde, sendo os familiares exemplos de bons costumes para as crianças. Que a promoção da saúde, educação e prevenção de doenças seja uma preocupação constante da comunidade e o que é aprendido seja posto em prática.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No começo do curso pensava que tudo aconteceria com muita monotonia e não o considerava importante, porque sou um médico com anos de experiência, e especializado em Medicina Geral Integral, especialidade que abarca conhecimento em Pediatria, Medicina Interna, Ginecologia - obstetrícia e psicologia, e, além disso, com experiência de trabalho em outros países. Por isso pensei que tudo seria monótono e sem aspectos científicos. Também se soma o fato de que eu não tinha feito nenhum curso a distancia. Sem experiência nesta modalidade de ensino e aprendendo o português, pensei que tudo aconteceria sem muito rigor. Pensava que tudo isso junto era uma loucura.

Porém tudo foi muito diferente do que pensei. O curso está muito bem desenhado, aprende-se muito e tem rigor científico, e a orientadora com a equipe pedagógica, em geral, é ótima. Além disso, o curso me permitiu conhecer os protocolos de trabalho em saúde do Brasil.

Quanto ao significado para minha prática profissional, devo dizer que foi muito bom, porque construí novos conhecimentos e desenvolvi novas habilidades como profissional de saúde, ganhando melhor competência e desempenho como médico. Acredito haver melhorado meu perfil como profissional e ganhei uma nova experiência.

A aprendizagem mais relevante foi que com amor, interesse, comunicação e muita união da equipe se pode enfrentar qualquer uma tarefa ou problema que precise ser resolvido.

Nem tudo é perfeito. Identificamos problemas no dia a dia, porém com o aprendido estamos em melhores condições para enfrentá-los, superá-los e ir em frente.

Aprendemos que é muito necessário educar a população quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças, porque o povo adoece, em sua maioria, por falta de conhecimento. É preciso mudar estilos de vida não saudáveis.

Referências

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Mateo Julio Martinez Rodriguez, médico, e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: (84) 3433-5801

Endereço Eletrônico: mateo1987cu@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Acude Marechal Dutra, S/n - Zona Rural - Acari-RN.

Endereço de e-mail do orientador: carine.acfa@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante

Anexo E - Fotografias da equipe em atuação



Reunião de capacitação da equipe



Atividade educativa em sala de espera



Capacitação dos profissionais da creche e da comunidade para o cuidado



Médico avaliando criança



Enfermeira avaliando criança