

**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 do Programa de Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses, na
USF Raul Alves, Urucurituba, AM**

Yanelis Fidalgo Domínguez

Pelotas, 2015

Yanelis Fidalgo Domínguez

**Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Criança de zero a 72 meses, na
USF Raul Alves, Urucurituba, AM**

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 (a): Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

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

D671m Dominguez, Yanelis Fidalgo

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Criança de Zero a 72 Meses, na USF Raul Alves, Urucurituba, AM / Yanelis Fidalgo Dominguez; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais responsáveis de
minha educação e formação como profissional.

Agradecimentos

Agradeço a comunidade de Itapeçu sem sua participação o trabalho não seria desenvolvido, meus orientadores ao longo do curso, a equipe de saúde onde atuo.

Resumo

Fidalgo Domínguez, Yanelis. Melhoria do Programa de Atenção a Saúde da Criança de zero a 72 meses, na USF Raul Alves, Urucurituba, AM. 2015. 79f. 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.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde seu nascimento é de fundamental importância para a promoção de saúde, prevenção de doenças e construção de vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade. O trabalho apresentado trata-se de uma intervenção na Atenção a Saúde da Criança na USF Raul Alves a qual é um local adaptado no Distrito de Itapeaçu na zona rural. O objetivo do trabalho foi melhorar a Atenção a Saúde da Criança de zero a 72 meses. A mesma se desenvolveu durante 12 semanas consecutivas. Para a realização das ações foi adotado o protocolo Caderno de Atenção Básica, nº 33 Crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde. As ações foram realizadas dentro dos quatro eixos temáticos do curso: monitoramento e avaliação, gestão e organização, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para sistematização do processo de trabalho, registro e monitoramento das ações foram utilizadas as fichas-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados. Como resultado, alcançamos uma cobertura de 137 (91,3%) crianças se destacamos que 100% das crianças foram avaliadas quanto ao seu desenvolvimento e crescimento, além de receberem em cada consulta orientações nutricionais, sobre higiene bucal, e prevenção de acidentes. Além disso, 100% das crianças entre seis e 24 meses recebeu a suplementação de ferro para a prevenção de anemias. Em relação às vacinas 97,8% tem as vacinas em dia. Como ponto negativo de nossa intervenção temos que somente 24,8% das crianças avaliadas realizaram a triagem auditiva e 70,8% o teste de pezinho antes dos sete dias de vida, assim como somente 20,2% tem feita a primeira consulta odontológica. Esses se configuram em indicadores de qualidade que temos que melhorar. Trabalhar nesta ação programática foi importante para melhorar a cobertura de atendimento assim como a qualidade da atenção das crianças, dos registros, além do acompanhamento sistematizado e da busca ativas faltosas com atraso no acompanhamento. A equipe de saúde se encontra satisfeita com a realização do trabalho especialmente pela incorporação das ações e atividades na rotina de trabalho da unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: USF Raul Alves.	13
Figura 2	Fotografia: recepção.	14
Figura 3	Fotografia: Sala de espera.	14
Figura 4	Fotografia: técnicos de enfermagem fazendo triagem.	15
Figura 5	Fotografia: mesa ginecológica.	15
Figura 6	Fotografia: transporte fluvial da USF.	15
Figura 7	Fotografia: farmácia.	16
Figura 8	Fotografia: farmácia.	16
Figura 9	Fotografia: Visita a Comunidade Itapeaçu.	44
Figura 10	Fotografia: Visita a Comunidade Nova Esperança.	44
Figura 11	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	49
Figura 12	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças que fizeram a primeira consulta na primeira semana de vida na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	50
Figura 13	Fotografia: Consulta a recém nascido na primeira semana de vida.	51
Figura 14	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças com monitoramento de crescimento na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	52
Figura 15	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças com monitoramento de desenvolvimento na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	54
Figura 16	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças com vacinação em dia para a idade na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	55
Figura 17	Fotografia: Criança tomando vacina.	55
Figura 18	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	56

Figura 19	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram a triagem auditiva na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	57
Figura 20	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram o teste do pezinho na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	58
Figura 21	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças entre seis e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	59
Figura 22	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	60
Figura 23	Fotografia: Atendimento odontológico.	60
Figura 24	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças com registro atualizado na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	61
Figura 25	Gráfico: Evolução mensal do indicador de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.	63
Figura 26	Fotografia: Observação da mamada da recém nascida.	64
Figura 27	Fotografia: Palestra pela dentista na sala de espera.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária em Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
DST -	Doença de Transmissão Sexual
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMMB -	Programa Mais Médicos para o Brasil
SIAB -	Sistema de Informação na Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPel -	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	36
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências	74
Anexos 75	

Apresentação

O trabalho de conclusão de curso trata sobre a intervenção desenvolvida na melhoria na Atenção a Saúde das Crianças de zero a 72 meses na USF Raul Alves, Urucurituba, AM. Como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família. Ele está organizado em sete capítulos. O primeiro capítulo trata da análise situacional que foi realizada na unidade de saúde no intuito de identificar a situação da unidade de saúde descrevendo as características do serviço. O segundo capítulo apresenta a Análise Estratégica onde é apresentado o Projeto da Intervenção com a planificação das atividades que serão desenvolvidas durante a realização da intervenção. No terceiro capítulo é apresentado o Relatório da Intervenção que relata as ações planejadas desenvolvidas ou não durante a intervenção assim como os aspectos relativos à coleta e sistematização de dados e viabilidade da incorporação das ações a rotina de serviço. No capítulo quatro é evidenciada a avaliação da intervenção com a divulgação dos resultados e discussão do trabalho. No quinto e sexto são apresentados os relatórios para gestores e comunidade e no sétimo capítulo uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem alcançado ao longo do curso. O volume é finalizando com as referências bibliográficas e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou no município de Urucurituba no Estado do Amazonas. Trabalho na zona rural do Distrito Itapeaçu na Unidade Básica de Saúde Raul Alves temos 2 equipes de saúde, minha equipe está composto por 1 enfermeira,1 técnica de enfermagem, 9 agentes comunitários de saúde,1 dentista,1 técnica de estomatologia ,1 atendente da farmácia,o atendimento da recepção é feito por uma recepcionista , também temos 2 pessoas encarregadas de arrumar o local, também contamos com apoio do NASF (Psicólogo, nutricionista, desportista, fisioterapeuta, assistente social), é um para tudo o município que fica em outro distrito, mas encaminhamos para eles se precisamos avaliação de alguma pessoa. Nossa coordenadora é muito engajada, apesar do pouco tempo que fica conosco, sempre está solicitando às coisas que precisamos para que nosso trabalho fique bom e que todas as pessoas sejam atendidas como deve ser, além disso, temos pesquisas na entrada da UBS onde todos podem escrever como são atendidos pela equipe de saúde e possam dar sugestões do que devemos melhorar.

Para chegar ao nosso local de trabalho é somente por transporte fluvial pelo rio Amazonas e afluente Paraná dos Ramos onde ficam todo tipo de peixes, jacarés e serpentes, apresentando grande perigo, sendo uma grande experiência. O trabalho é muito organizado, realizamos reuniões de equipe, temos consultas agendadas e demanda espontânea, fazemos acolhimento de grávidas, crianças,

hiperdias entre outras além de acompanhamento de visitas domiciliares na comunidade, onde a comunidade é participativa.

Realizamos atividades de educação em saúde palestras educativas a grupos específicos como idosos, pessoas com doenças crônicas, grávidas, adolescentes, tanto em consulta como nas visitas domiciliares, onde eles gostam de participar.

O local é adaptado por um período, onde ficava junto ao Hospital, área física contem 2 consultórios para médicos, um consultório para dentista, local de farmácia, triagem, curativos, dois banheiros , local para agentes comunitários é amplo , duas salas para enfermagem, uma sala de espera, mas a unidade básica nova está ainda em construção, apesar que esta esteja confortável e adequado para prestar atendimento a comunidade, com privacidade e boa iluminação. A farmácia não tem muitos medicamentos que as pessoas precisam, mas no momento (analgésicos, antibióticos, antiinflamatórios, cremas para fungos e antimicrobianos, anti-histamínicos entre outros), pois é um dos motivos que as pessoas voltam para a consulta, onde não fazem tratamento por não ter os recursos para comprá-los.

A população é de poucos recursos, dedica-se á pesca e a agricultura, mas agora tudo está alagado devido às chuvas. As condições higiênicas sanitárias não são boas, não tomam água fervida só clorada e é essa uma das causas de que exista um alto porcentagem de verminoses, tomam banho no rio sem ter percepção dos riscos que estão correndo.

Contamos com varias igrejas de diversas religiões, um campo de futebol onde todos jogam, escolas, frigopesca. Temos 2196 pessoas cadastradas e 559 famílias cadastradas, nem todos são atendidos pela unidade de saúde, mas temos que seguir trabalhando para mudar estas condutas, as consultas de acompanhamento são muito importantes para conhecer com detalhe o que está acontecendo, contamos com 121 hipertensos, 32 diabéticos, 22 gestantes. As doenças mais prevalentes são: verminoses, hipertensão arterial, infecção do trato urinário, dislipidemias. Não temos pediatra, ginecologista ou internista no município, quando as pessoas necessitam de encaminhamento para ser avaliadas por outro especialista, esses não existem.

A superação constante de todos os integrantes, o comprometimento e a entrega, isso é o que queremos alcançar no dia a dia de trabalho, em nossas reuniões que são de intercambio, orientação e planejamento. Estamos planejando ações para alcançar um melhor atendimento, avaliar e levar ações de promoção e

prevenção de saúde a maior parte da população, mudar os indicadores negativos de saúde do município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Urucurituba é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas. Pertencente a Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Itacoatiara, sua população estimada é de 20.621 habitantes (IBGE, 2010). Tem quatro UBS/ESF duas na cidade, uma no Distrito Itapeaçu e uma na Villa Augusto Montenegro e sete Equipe de Saúde da Família, constamos com apoio da equipe do NASF que estão compostos por: uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga, um professor de educação física, uma assistente social e uma atendente de farmácia, que acompanham todas as UBS/ESF. Não temos disponibilidade de atenção especializada no município pelo qual os usuários que precisam dela são agendados pela equipe na microrregião que fica a duas horas da UBS/ESF. Contamos com dois hospitais de média complexidade, não tem centro cirúrgico e centro obstétrico, um rural no Distrito Itapeaçu e outro na cidade de Urucurituba a uma hora. Os exames complementares feitos são só os básicos os de alta complexidade têm que ser feito na microrregião. O município não tem pronto socorro.

A USF Raul Alves (Figura 1) na qual trabalho é rural, e atende o modelo de ESF, situada no Distrito de Itapeaçu. O acesso é somente por transporte fluvial desde a cidade a o distrito é duas horas de barco, contamos com uma lancha, dispomos também de transporte particular de segunda a sexta uma vez ao dia, vai pela manhã e retorna ao meio dia, pelo rio Amazonas e afluente Paraná dos Ramos. E composta por duas equipes. Minha equipe está composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica, nove agentes comunitários de saúde, uma dentista, uma assistente bucal estas duas compartilhadas com a outra equipe.



Figura 1: USF Raul Alves.

Em relação á estruturas físicas da UBS o local é adaptada, pois a UBS nova está ainda em construção ficará pronta para o próximo ano; atualmente dispomos de um ambiente para recepção e arquivo de prontuários (**Figura 2**), na sala de espera acomodam-se em torno de 30 pessoas (**Figura 3**), não temos sala de nebulização nem sala de vacinas, os usuários têm que ir o hospital para realizar esses procedimentos, não tem: banheiros para deficientes, cozinha, lavagem e descontaminação de material, pois este é esterilizado no hospital, abrigo para resíduos sólidos, depósito para o lixo não contaminado. Sobre as barreiras arquitetônicas o prédio não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, existem degraus que dificultam o acesso de deficientes no prédio, não temos rampas alternativas (**Figura 1**), corrimãos nas escadas, banheiros que permitam o acesso de usuários de cadeiras. Não dispomos de antropômetro para as crianças, pois o comprimento é verificado com uma fita métrica o que pode ocasionar erro na medição (**Figura 4**), a falta de um otoscópio não permite um exame do ouvido de forma adequada impossibilitando um diagnóstico mais preciso, as mesas de exame clínico são insuficientes não ocorrendo assim com as de exame ginecológico (**Figura 5**), por exemplo, minha sala de consultório o que tem é uma mesa ginecológica para fazer tudo, além disso, não tem escada para as pessoas de baixa estatura e idosos. Outra grande dificuldade em nossa UBS é não existência de um sistema de manutenção e reposição de mobiliário e instrumentos assim como de revisão de calibragem de balança e esfigmomanômetro. A UBS fica em um distrito

que não tem conexão com internet e com difícil comunicação. Os agentes comunitários de saúde não contam com meios de transporte para se deslocar na área de abrangência, mais a equipe conta na UBS com uma moto da vigilância em saúde, um carro para quando necessitam fazer as visitas às comunidades, assim como uma lancha pequena para as visitas domiciliares as comunidades ribeirinhas (**Figura 6**). Sobre os medicamentos temos muitas dificuldades, algumas vezes em parceria com o hospital é feito traslado de medicamentos (**Figura 7 e 8**). Em conclusão, atualmente, nossa UBS não cumpre com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, agora com a construção da nova UBS, onde a comunidade e a equipe estão participando do processo dessa construção, essas normas sejam cumpridas.



Figura 2 e 3 : Recepção e sala de espera



Figura 4: Técnicos de enfermagem fazendo triagem



Figura 5: Mesa ginecológica



Figura 6: Transporte fluvial da USF.



Figura 7 e 8: Farmácia

Considerando o Anexo I da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 nossa equipe tem o mapeamento da área de atuação onde todos participaram com a identificação de grupos, famílias expostas a riscos. Também realizamos cuidado domiciliar onde realizamos curativo, orientações em cuidados de saúde e educação, acompanhamentos de problemas de saúde, aferição da pressão, consultas, aplicamos medicação oral e injetável entre outras. Os usuários que precisam ser encaminhados são acompanhados pela enfermagem até o hospital. Realizamos atividades de grupo na UBS (adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, puericultura, pré-natal, saúde bucal, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico). Todos os profissionais da UBS participaram de atividades de qualificação profissional onde as maiores são para a gestão em saúde e multiprofissional e o foco é atualização técnica. Não participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, mas temos que mudar esta dificuldade para poder dispor do que precisamos e dar um atendimento com melhores condições. As reuniões de equipe são quinzenais onde temos diversos temas e organizamos nosso processo de trabalho.

Em relação à população da área adstrita temos 2196 habitantes composta por 559 famílias, 22 grávidas, 121 hipertensos, 32 diabéticos, 315 mulheres de 25 a 64 anos, 183 idosos e 150 crianças. O serviço é adequado, todas as pessoas que procuram a UBS são atendidas de acordo aos problemas apresentados se é um

problema agudo de saúde é atendido no mesmo dia. Existe agendamento das consultas assim como encaminhamentos de urgência e especialistas.

Na atenção à demanda espontânea trabalhamos sem dificuldade, pois temos a escala de atenção à população onde os usuários conhecem o dia de atendimento. O acolhimento do usuário é realizado na recepção, pela recepcionista, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde de segunda-feira a sexta-feira nos dois turnos. Os usuários solicitam consultas com a enfermeira, médico e dentista quando estão com problemas de saúde agudos que precisam atendimento imediato/prioritário.

O atendimento das crianças é realizado na quinta-feira nos dois turnos, são 150, elas têm agendadas as consultas de puericultura, mas temos mães que só se lembram de ir ao posto de saúde quando as crianças estão doentes. A cobertura de crianças de zero a 12 meses atendidas na UBS é 26 (57%) o estimado é 46 crianças segundo o Caderno de Ações Programáticas. Em quanto o registro das vacinas deve melhorar já que estão criando as condições para ter uma sala de vacina na UBS. O aspecto do processo de trabalho tem que ser melhorado tanto pela equipe como pela família, questão que valorizamos que as mães tenham consciência da importância do acompanhamento das crianças e cumprir com as orientações de cada consulta, a primeira consulta deve ser feita nos primeiros sete dias de nascido, questão na que estamos trabalhando, pois estamos visitando na primeira semana os que estão perto da UBS, mas temos que ampliar para aqueles que moram longe nas margens do rio e que o deslocamento é dificultoso, a busca ativa é feita para os que não comparecem a consulta. Temos protocolo de atendimento de puericultura publicado pelo Ministério da Saúde no ano 2012. A puericultura na UBS é feita pela enfermeira e pela médica geral da família, os registros são anotados no prontuário médico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha espelho de vacinas; em cada consulta as mães são orientadas do crescimento e desenvolvimento que tem os filhos assim como as vacinas que tem que tomar e orientamos a prevenção de acidentes além da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, após são orientadas e encaminhadas para avaliação odontológica. O teste do pezinho é realizado no hospital rural do distrito e a triagem auditiva no hospital da microrregião. Não temos Programa de Sulfato Ferroso, tampouco dia específico de atendimento odontológico para as mesmas. Na UBS existe o programa BOLSA FAMÍLIA para aquelas famílias de escassos

recursos, onde são os responsáveis do cadastro e acompanhamento a enfermeira, técnica de enfermagem e o agente comunitário de saúde. Todos os membros da equipe estão comprometidos para modificar a qualidade da atenção das crianças na área. Dar uma maior qualidade na atenção esse é nosso objetivo.

Em relação ao pré-natal temos um total de 22 grávidas, o que representa um percentual de 67%, onde o estimado é 33 grávidas, esse número deve aumentar com o cadastro que está se fazendo, pois existem grávidas que ainda não iniciaram o pré-natal, que é realizado pela enfermeira e pela médica geral da família as terça-feira onde saem da unidade com a próxima consulta agendada. Os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal descrevem a realidade existente nossa equipe onde temos que um 23% de gestantes iniciarem o pré natal no primeiro trimestre, isto influi em que 55% tem as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. A solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais é feita ao 100%, mas não fazem todos os exames, pois são de escassos recursos, só fazem hemoglobina, hematócrito, glicemia, urina, grupo e fator, testes rápidos de anti HIV, AgsHb, sífilis e ultrassom obstétrico. Todas as grávidas têm feito o exame ginecológico por trimestre este é muito importante, pois tem algumas que negam o corrimento vaginal por vergonha. Em quanto às vacinas o indicador é muito baixo temos que seguir trabalhando e as educando neste aspecto. Na primeira consulta todas tem encaminhamento para a dentista, mas só 14% consultam. São realizadas atividades de promoção do aleitamento materno, da saúde bucal, atividade física, hábitos alimentares saudáveis. Na parte de Puerpério é onde temos mais dificuldades em relação as usuárias que não assistem as consultas. Somente duas puérperas foram e acompanhadas o que representa 4% e a estimativa é de 46 puérperas. As mesmas tiveram a consulta antes dos 42 dias de pós parto e foi registrada a consulta puerperal no prontuário. Também receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar assim como feito o exame de mamas. Mas, estamos trabalhando neste aspecto fazendo a busca ativa e consideramos que o processo de trabalho tem que melhorar tendo que atualizar os registros, pessoal dedicado a avaliação e monitoramento do programa, assim como continuar falando com as usuárias acerca da importância de ter um acolhimento antes das 12 semanas de gestação e fazer todo o indicado nas consultas de acordo com os protocolos. O protocolo utilizado é do ano 2012. Os registros de pré-natal e puerpério são feitos no

prontuário médico, prontuário odontológico, formulário especial de pré-natal e registro de vacinas. Assim como na atenção as crianças temos que ter profissionais que se dediquem ao planejamento e monitoramento das ações.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. São acompanhadas pela equipe 315 mulheres de 25 a 64 anos o que representa 68% do esperado, temos que incrementar com o cadastro que já esta sendo atualizado. Todas são orientadas sobre prevenção de câncer de colo de colo de útero e DST. Na UBS realizasse a coleta de exame citopatológico um dia da semana nos dos turnos, e é feito pela enfermeira. São realizadas ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Todas as mulheres são orientadas para o uso do preservativo nas relações sexuais e é fornecido na farmácia da UBS. Existe protocolo de prevenção do câncer de colo útero do Ministério da Saúde onde todos trabalham baseados nele. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados no prontuário e livro de registro específico.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama não temos o número de mulheres entre 50 e 69 anos pelo qual trabalhamos com o número estimado 107 que é o 100 %, delas nenhuma tem feita a mamografia já que tem que deslocasse para a microrregião e são de escassos recursos mais deve melhorar o indicador com o mamógrafo que vai ter no município. Todas têm avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção. O atendimento acontece um dia da semana nos dois turnos e é feito pela enfermeira e pelo médico. Todos os profissionais da equipe aproveitam o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino e de mama. O exame clínico de mamas é feito na consulta e a solicitação de mamografia e ultrassonografia, assim como os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres. A equipe baseasse seus atendimentos no protocolo de controle do câncer de mama do Ministério da Saúde com o ano de publicação 2012, e os registrados dos atendimentos são realizados no prontuário clínico. Não existem profissionais que dedicam se ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de colo de útero e de mama, nem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento dessas ações, temos que ter pessoas com essas responsabilidades para melhorar os indicadores.

A equipe tem 121 pessoas com hipertensão, o que representa 31% do estimado. Isso não parece adequada à realidade já que temos que ter 390 usuários pelo qual a avaliação da cobertura de HAS encontrada é ruim. Avaliando de forma geral os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS não são bons. Em relação á Diabetes Mellitus temos 32 de 112 apontados no Caderno de Ações Programáticas o que representa 29% do estimado, temos que intensificar o rastreamento. Na UBS realiza se atendimento de adultos portadores de HAS e DM um dia da semana nos dois turnos, inclusive em adultos fora da área de cobertura. Após a consulta os adultos saem com a próxima consulta programada agendada, onde existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS e DM mais não temos excesso. Existe protocolo de atendimento para os portadores de HAS e DM do ano 2006, os profissionais que trabalham nessa atenção são a enfermeira, o médico, a odontóloga, técnica de enfermagem, agente comunitário de saúde, etc. São desenvolvidas ações de imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, tabagismo, sedentarismo. Também é utilizado protocolo para encaminhamento para atendimento aos especialistas e internação hospitalar. Os atendimentos são registrados no prontuário individual e ficha de atendimento odontológico assim como o cartão de hiperdia. Mais também temos que melhorar muitos aspectos de trabalho para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos HAS e DM como incrementar o grupo de atividades que temos e ter profissionais que se dedicassem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas. Assim como trabalhar na atualização dos livros os quais existem.

A estimativa do número de idosos residentes na área não é adequada á realidade da UBS já que temos 183 idosos e o denominador é 134 pelo qual a cobertura é boa, os idosos que não são atendido na UBS atendem-se nas visitas domiciliar; dos indicadores da qualidade avaliados não temos ainda caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o acompanhamento em dia não é bom já que temos alguns faltosos á consultas e só são acompanhado na visita domiciliar. Deles temos 74% de hipertensos e 16% de diabéticos. Nossa UBS também se realiza atendimento a idosos um dia da semana em todos os turnos, temos idosos fora da área de cobertura que também assistem. Os usuários sempre saem com a próxima consulta agendada. O protocolo de atendimento produziu-o Ministério da Saúde no

ano 2006, Realizam-se ações para o cuidado aos idosos como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal entre outros. Esses atendimentos são registrados no prontuário clínico mais não existe arquivo específico para os registros do atendimento. Sempre avaliam se pelos profissionais a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico e explicam ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão, não existe Caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS. A equipe realiza atividades com grupos de usuários idosos no âmbito da UBS, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar onde são visitados freqüentemente assim como os nove acamados. Não existindo profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos nem que dedicam se à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, tudo isso nos mostra e nos indica que devemos procurar meios de melhorar a saúde dos idosos. O 54% dos idosos tem avaliação multidimensional, 61 % tem acompanhamento em dia, em quanto à saúde bucal só o 31% está em dia. O maior desafio depois de preencher os questionários e o caderno de ações programáticas é melhorar os atendimentos com qualidade em cada ação e o melhor recurso que apresenta a UBS é o contar com a equipe completa que a pesar das dificuldades de estrutura, recursos, insumos, materiais e logística se esforçam para atender e orientar aos usuários.

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

Muitos são os desafios, o maior deles é melhorar a qualidade da atenção dos usuários em todos os grupos priorizados mais contamos com o pessoal qualificado. Com a aplicação dos questionários podemos apreciar que nossa UBS

não tem uma boa estrutura e não cumpre com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Este relatório feito ao finalizar a unidade descreve a realidade da situação da ESF/APS de uma forma explícita e melhor detalhada que aquele texto inicial. Foi discutido com a equipe o caderno de ações programáticas onde percebemos os percentuais de cobertura de cada ação e chegamos á conclusão que o trabalho não é bom, pelo qual vamos trabalhar e ter como foco de intervenção a saúde da criança.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde seu nascimento é de fundamental importância para a promoção de saúde, prevenção de doenças e construção de vínculo entre a unidade básica de saúde e a comunidade. O cuidado deve ser ofertado a partir da avaliação das condições do contexto de saúde e de vida da criança e de sua família. Para tal, a atuação profissional deve ser realizada a partir de um enfoque biopsicossocial. A redução da mortalidade infantil está entre os objetivos priorizados pelo Ministério da Saúde, por este motivo foram criadas políticas de saúde para o atendimento integral às crianças (BRASIL, 2012).

Em relação à estrutura física da minha unidade de atuação, a mesma é adaptada, pois a nova unidade ainda está em construção. Segundo, as informações da gestão, esta ficará pronta no próximo ano. Atualmente dispomos de uma recepção, onde estão arquivados os prontuários dos usuários. Ela funciona como sala de espera, acomodando em torno de 30 pessoas por turno. Hoje dispomos de uma sala de vacina, que podemos apontar como uma das recentes conquistas da unidade, visto que há uma semana a vacinação era realizada no hospital. Nossa unidade não conta com banheiros para deficientes, cozinha/copa, expurgo para lavagem e esterilização de material, o material utilizado é esterilizado no hospital. Não há local próprio para resíduos sólidos e depósito para o lixo não contaminado. Sobre as barreiras arquitetônicas, o prédio não é adequado para o acesso de

peças portadoras de deficiência. Há muitos degraus que dificultam o acesso ao prédio, não tendo rampas alternativas ou corrimãos nas escadas, nem banheiros que permitam o acesso de usuários de cadeiras. A equipe está composta por nove agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de saúde bucal, uma dentista, uma enfermeira, uma médica e uma técnica de enfermagem sendo que as profissionais da saúde bucal também são responsáveis pela cobertura da outra equipe. Temos 2196 pessoas cadastradas, que se distribuem em 559 famílias. A área abriga uma população de poucos recursos, a atividade econômica prioritária é a pesca e a agricultura.

No momento, possuímos 26 crianças menores de um ano cadastradas, que representa 57% do previsto no caderno de ações programáticas (46). O atendimento das crianças é realizado toda quinta-feira nos dois turnos. O atendimento é realizado pela enfermeira e pela médica. A unidade possui o protocolo de atendimento de puericultura publicado pelo Ministério da Saúde no ano 2012. Os registros do atendimento são anotados no prontuário médico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha espelho de vacinas. Em cada consulta as mães são orientadas sobre o crescimento e desenvolvimento, assim como sobre as vacinas que as crianças devem tomar. Hoje, em 100% das consultas, a mãe é orientada sobre a prevenção de acidentes, além da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, assim como são orientadas e encaminhadas para avaliação odontológica. O que nos levou a escolher este tema foi a baixa adesão da comunidade à puericultura. Em geral, as mães só vinham à primeira consulta, logo após o nascimento, dificultando o acompanhamento das crianças e a garantia da qualidade da atenção. Outro ponto que destaco é que ao iniciar as atividades na unidade observei que a consulta de puerpério era realizada após sete dias de nascido, quando ocorria. Hoje, a equipe realiza a visita na primeira semana de vida, conforme estabelece o protocolo ministerial. Na unidade existe o programa BOLSA FAMÍLIA. Dentro dos pontos falhos na organização desse programa na unidade, podemos destacar que os registros nem sempre estão atualizados. Até porque, recentemente não possuíamos sala de vacina, sendo necessário encaminhar os usuários para outras unidades. Também não realizamos o teste do pezinho, pois não temos profissionais capacitados. Outro ponto que merece ser destacado é que o município não possui o programa de ferro, impactando na prevenção da anemia em tempo oportuno.

Assim, ao escolher esse tema, acreditamos que podemos melhorar a cobertura de atendimento, ao sensibilizar a comunidade sobre a importância do programa, assim como buscaremos melhorar a qualidade do cuidado e da atenção das crianças. Para tal, apostaremos na melhoria dos registros, no acompanhamento sistemático dos usuários e na busca ativa dos faltosos. Destacamos que a grande vantagem para a realização desse projeto é o comprometimento da equipe. A meta pactuada pela mesma é melhorar a qualidade de vida e contribuir para a diminuição da morbimortalidade infantil no município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria do programa de atenção à saúde da criança de zero a 72 meses, na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

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 80% das 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 Unidade de Saúde da Família (USF) Raul Alves, no Município de Urucurituba no Amazonas. Participarão da intervenção 150 crianças de zero a 72 meses.

2.3.1 Detalhamento das ações

A unidade básica de saúde tem cadastrados entre zero a 72 meses atualmente 86 usuários no programa de saúde da criança. No entanto, segundo o caderno de ação programática a área deveria possuir 150 crianças nessa faixa etária. Logo, essas 86 crianças correspondem a 57% da cobertura prevista. Sendo assim, a equipe pactuou que nesses quatro meses iniciais da intervenção se propõe a ampliar a cobertura para 80%. Como ponto de partida para almejar essa meta será realizado o cadastramento de todas as crianças da população alvo no SIAB, assim como priorizaremos o acolhimento imediato de todas as mães que busquem acessar os nossos serviços. Para isso capacitaremos toda a equipe. O material balizador dessa capacitação será o manual de acolhimento humanizado. O acolhimento será a ferramenta que apoiará o acesso dos usuários ao serviço da unidade. O mesmo ocorrerá diariamente. Como material de suporte, a equipe adotará o uso dos protocolos propostos pelo Ministério da Saúde, de modo que ofereça informações e orientações às mães e a comunidade em geral, as quais visam reforçar os benefícios do programa. O cadastramento das crianças será oferecido todos os dias pelos ACS e a recepcionista da UBS.

A qualidade da atenção à saúde da criança proposta é de 100% para todos seus marcadores. A consulta puerperal deve ocorrer nos primeiros sete dias de

nascido. O cronograma da realização dessa visita pela equipe será realizado a partir do monitoramento mensal dos registros das gestantes, que contem a data provável do parto, assim como das informações trazidas pelo ACS. Esses também serão responsáveis por realizar a busca ativa das mães que não levam suas crianças para as consultas subsequentes. No momento do pré-natal, todas as gestantes serão orientadas sobre a importância da puericultura e principalmente da primeira consulta. A equipe será capacitada no acolhimento das crianças e na adoção dos protocolos referente à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, vai acontecer uma vez cada 15 dias e toda a equipe participará. Será feita nas reuniões da equipe.

No momento, a equipe não possui registros sobre o monitoramento do percentual de crianças com avaliação de curva de crescimento, nem como o déficit ou excesso de peso, não possui todos os insumos necessários para realizar as medições previstas no protocolo ministerial, só tem balança, não tem antropômetro para as crianças menores de 2 anos, o comprimento é feito com uma fita métrica. Pelo que devemos solicitar à gestão a garantia dos equipamentos para a realização das medidas antropométricas como antropômetro para crianças menores de 2 anos; bem como realizar a impressão dos protocolos e disponibilizar em quantidade suficiente no serviço. A responsável será a gestora da UBS. Sugerimos também que seja pensado um sistema de alerta que seja capaz de identificar na ficha de acompanhamento as crianças com déficit ou excesso de peso. A responsável será a enfermeira.

Como estratégias para ampliar a participação da comunidade e garantir o engajamento público dos seus representantes vão compartilhar com os pais ou responsável pela criança as condutas esperadas em cada consulta e ensiná-los sobre como ler a curva de crescimento, identificando sinais de anormalidades, as responsáveis serão a enfermeira e o médico. Para a qualificação da prática clínica ofereceremos treinamento à equipe de como realizar técnicas adequadas para obter medidas de peso e comprimento-altura padronizado e sobre o preenchimento e interpretação da curva de crescimento na caderneta. A responsável será a enfermeira.

Não contamos com os registros para monitorar o percentual de usuários com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. Devemos identificar as crianças que apresentam atraso no desenvolvimento e garantir o encaminhamento para diagnóstico e tratamento, criando um sistema de alerta na ficha de

acompanhamento. As responsáveis serão a enfermeira e o médico. Compartilharemos com os pais ou responsáveis as condutas esperadas em cada consulta de puericultura e as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. As responsáveis serão a enfermeira e o médico. Para a qualificação da equipe realizaremos a sua capacitação na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade e o preenchimento da ficha de desenvolvimento. A responsável será a enfermeira.

Para melhorar o percentual de crianças com vacinas em dias devemos garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários, assim como dispor de uma sala de vacinação na unidade. Deve se realizar controle da cadeia de frio, assim como adequado controle de estoque para evitar faltas e vencimentos. Os pais devem ser orientados sobre o calendário vacinal. A equipe deve estar apta para a leitura do cartão e o registro adequado na ficha espelho da vacina administrada e seu validade. A responsável será a enfermeira vacinadora.

Devemos identificar todas as crianças da faixa etária entre 6-24 meses que ainda não receberam suplementação de ferro. Para isto a gestão deve garantir a dispensação do suplemento. Os pais serão orientados sobre a importância da suplementação. O médico será capacitado para as recomendações de sulfato ferroso do Ministério de Saúde.

Em relação ao monitoramento do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva não existem registros. Devemos garantir junto ao gestor que o resultado do teste realizado no hospital seja encaminhado para a unidade. Os pais ou responsáveis devem ser orientados sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários para o agendamento do teste. O médico deve ser orientado sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo.

Deve se garantir junto ao gestor a realização do teste do pezinho na unidade, já que hoje somente 0,6% de crianças realizaram o teste nos primeiros sete dias de vida. Ressalta-se que esse teste não é realizado na unidade, pois não temos profissional capacitado. Desta forma, a gestão deve providenciar a capacitação imediata dos profissionais da unidade (enfermeiro e técnico de enfermagem), de modo que todos estejam capacitados para realizar o teste. A comunidade e, especialmente as gestantes, devem ser orientadas sobre a importância da realização desse teste ainda na primeira semana, pois potencializa o diagnóstico

precoce de doenças como o hipotireoidismo congênito, déficit congênito de fenilalanina e hemoglobinopatias. A enfermeira será a responsável.

Segundo o protocolo ministerial a avaliação de saúde bucal deve ser garantida a todas as crianças de 6 -72 meses. Desta forma a equipe de saúde bucal deve programar adequadamente as primeiras consultas desse grupo, de modo que possa identificar as necessidades de tratamento. Para tal, deve ser capacitada previamente a dentista para o acolhimento dessa população alvo, assim como deve pactuar com a equipe a disponibilidade de consultas, considerando que a mesma é responsável por duas equipes. A comunidade deve ser informada sobre a importância desse acompanhamento, mas uma vez fomentando o seu engajamento e participação no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela unidade. A dentista será a responsável.

Para a adesão das crianças faltosas ao programa deve se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de puericultura previstas no protocolo de acordo com a idade. Torna-se necessário realizar a busca ativa dos faltosos, para tal a equipe deve organizar visitas domiciliares e a garantia de acesso imediato aos usuários provenientes das buscas. As visitas domiciliares serão feitas todas as semanas pela equipe assim como a busca ativa de crianças faltosas a consulta pelos ACS os quais desempenharam um papel muito valioso e importante para o desenvolvimento do trabalho. A comunidade tem que ser informada sobre a importância do acompanhamento regular e os ACS treinados na identificação das crianças atrasadas por meio da caderneta. A responsável será a técnica em enfermagem.

Os registros das informações serão melhorados e atualizados, deve ser preenchido o SIAB/folha de acompanhamento, assim como orientar a equipe para o uso adequado da ficha de acompanhamento/espelho (caderneta), definindo responsável para esse monitoramento. A comunidade deve ser orientada sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros na unidade e sobre o acesso aos mesmos, em particular das vacinas. A equipe será treinada para o preenchimento e acompanhamento de todos os registros. A enfermeira será a responsável.

No momento a equipe não possui monitoramento das crianças de alto risco, nem identificação de puericulturas atrasadas. Para melhorar este indicador daremos prioridade ao atendimento das crianças de alto risco, identificando nas fichas de

acompanhamento/ espelho estas crianças. Fornecemos informações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Capacitaremos os profissionais na identificação dos fatores de risco de morbimortalidade. O médico será o responsável.

O objetivo de promoção em saúde vai ser melhorado através do monitoramento do registro das ações sobre a prevenção de acidentes, percentual de crianças que foram observados mamando na primeira consulta duração do aleitamento materno até dois anos de idade, registro de informações sobre orientações nutricionais e atividades educativas coletivas. Tudo deve ser anotado nos prontuários e fichas de acompanhamento. Devemos definir o papel dos membros da equipe na atuação perante as temáticas de prevenção dos acidentes na infância, promoção do aleitamento materno, saúde bucal e na orientação nutricional. Também é importante o planejamento de atividades educativas em grupo na escola e nos espaços sociais com planejamento prévio dos conteúdos a serem trabalhados, assim como devem ser disponibilizados o material necessário e com organização de uma lista de presença dos participantes. O responsável será o médico.

Por fim, acreditamos que devem ser divulgadas as potencialidades das ações trans e interdisciplinares, incluindo a participação de membros da comunidade e da escola na organização, no planejamento e na gestão das ações em saúde. A responsável será a enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Relativos ao objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Relativas ao 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 fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

Relativas ao 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.

Relativas ao objetivo 6- Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencente 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 de acordo com a faixa etária.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção, a equipe utilizou o manual da atenção a saúde da criança, Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério da Saúde, disponibilizado em 2012 como ferramenta balizadora. Para tal, fizemos uma cópia para cada consultório e uma para a sala de reuniões, de modo que esteja disponível para a consulta sempre que a equipe precisar. No momento inicial utilizamos 150 fichas espelho e os prontuários clínicos individuais para determinar o número de crianças que estavam com consultas atrasadas, que não realizaram consultas, que estavam vacinas atrasadas, assim como o atendimento odontológico. Também levantamos as orientações dadas aos pais como importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, prevenção de acidentes, orientações nutricionais, avaliação da curva de crescimento, desenvolvimento neuro-cognitivo, crianças avaliadas de risco e a

participação nas atividades educativas. Foram coletados todos os dados necessários para o monitoramento da intervenção. Em caso de faltar algum dado foi colocado ao final da ficha pela médica e enfermagem. Estimamos alcançar com a intervenção 120 crianças.

Para organizar o registro específico das ações do programa a enfermeira e a médica revisaram o livro de registro, que já está sendo utilizado pela equipe.

O consolidado foi feito todas as semanas e os faltosos a consulta foram visitados pelos ACS que é o sujeito da equipe responsável por realizar a busca ativa. A busca foi feita no domicílio pelo ACS, no caso do mesmo distrito não precisa transporte, nas comunidades ribeirinhas o transporte foi o que tem os ACS nestas comunidades para realizar seu trabalho. Para desenvolver esta ação necessitamos somente dos ACS. Para auxiliar na ampliação da cobertura, o médico e o enfermeiro, foram responsáveis por monitorar o número de crianças cadastradas no SIAB, comparando com o registro do programa e por cadastrar as crianças que faltam. Revisamos os agendamentos diários das outras ações programáticas para incorporar duas crianças diárias, no caso que tinham vaga sem afetar o prévio agendamento e manter portas abertas. A triagem orientou as mães que acessaram ao serviço na unidade da importância e benefícios do programa. Necessitamos de três canetas e algumas folhas em branco.

Em relação às ações de qualidade realizamos a primeira consulta e o teste de pezinho, nos primeiros sete dias de vida, monitorando o número de crianças que ingressaram no programa de puericultura por meio da data provável de parto das gestantes. Assim, pudemos identificar os casos das crianças que não compareceram ao serviço após a data de parto. Nesses casos, a busca ativa foi realizada pelos ACS. A técnica de enfermagem e ACS orientaram todas as grávidas sobre a importância da primeira consulta de puericultura e a realização do teste do pezinho até sete dias de vida. Capacitamos o enfermeiro e técnica de enfermagem para o acolhimento humanizado do recém-nascido, as capacitações foram na unidade cada 15 dias, as quais foram pelo protocolo do Ministério da Saúde do ano 2012, precisando de data show, computador, folhas, caneta. No caso do teste de pezinho a capacitação seria feita no município. Para avaliação do crescimento e monitoramento das crianças com déficit ou excesso de peso, médicos junto com o gestor providenciaram os instrumentos de medidas necessários (balanças calibradas, antropômetro e fita métrica). Foi pactuada a impressão de três versões

atualizada do protocolo do MS e que estes materiais sejam disponibilizados para a equipe, de modo que essa possa consultá-lo sempre que necessário. A equipe pactou com a gestão a necessidade de encaminhamentos das crianças com déficit ou excesso de peso para a nutricionista. Os médicos a enfermeiro e técnico de enfermagem em cada consulta compartilharam com os pais e/ou responsável pela criança o que é esperado em cada encontro, assim como os ensinam como ler a curva de crescimento e identificar sinais de anormalidade. O médico realizou treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura e o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento da caderneta. Para avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças o médico e a enfermeira, analisaram em cada faixa etária o desenvolvimento e compartilharam com pais e/ou responsável, informando condutas esperadas e as habilidades que a criança deve desenvolver de acordo a idade. Para tal utilizamos a caderneta da criança. O médico realizou a capacitação da equipe para a avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade e o preenchimento da ficha. O médico e o gestor analisaram disponibilidades de agendamentos para consultas com especialistas para crianças com atraso do desenvolvimento e de protocolos para seu encaminhamento. O enfermeiro e o médico analisaram a vacinação por faixa etária das crianças ao final da puericultura, de modo que contemple o calendário de vacina, recuperando os atrasos e orientando os pais e responsável sobre a necessidade de cumprir o calendário. O médico, o técnico de enfermagem e o gestor analisaram a disponibilização do estoque de vacinas e dos insumos para sua aplicação. A equipe pactuou que o acesso as vacinas deve ser garantido a todos os usuários, principalmente as crianças da puericultura. Nesse sentido, a equipe revisou semanalmente a conservação e vencimento do estoque. O médico capacitou a equipe sobre a leitura do calendário vacinal da caderneta. O médico, a enfermeira e o gestor analisaram a possibilidade com a coordenação do hospital regional de referenciar as crianças que não realizaram a triagem auditiva ao nascer. A técnica de enfermagem orientou a gestante e as mães sobre a importância da realização da triagem auditiva e os passos para seu agendamento. O médico analisou com o técnico de farmácia a disponibilidade de suplemento ferroso existente na farmácia para as crianças de seis a 24 meses. O enfermeiro e o médico orientaram os pais e/ou responsáveis em cada consulta sobre a importância da suplementação de ferro durante este período de vida das crianças. Para tal, o médico necessitou ser

capacitado, assim debateu com a área técnica sobre o protocolo ministerial e participou de uma capacitação, Necessitamos de 100 frascos de sulfato ferroso para a suplementação das crianças. O médico e enfermeiro avaliaram a saúde bucal em cada consulta de puericultura, identificando necessidade de tratamento odontológico prioritário e encaminhando as crianças para o serviço odontológico. Na consulta e nos momentos de educação em saúde com a comunidade explicamos a importância deste atendimento para a garantia da saúde geral da criança. O odontólogo organizou os agendamentos para as consultas para monitorar esta ação utilizamos fichas de odontologia e registros de usuários.

Para adesão, o médico por meio do registro de programações monitorou semanalmente o cumprimento das consultas em dia de acordo a cada faixa etária prevista no protocolo. As visitas domiciliares foram organizadas pelo enfermeiro. O técnico de enfermagem, o médico e os ACS informaram as mães e familiares à importância do acompanhamento regular das crianças. Nos casos dos usuários resgatados pela busca ativa, foi garantido acesso imediato aos serviços. O médico capacitou os ACS quanto à periodicidade das consultas previstas no protocolo e como identificar através da caderneta da criança, as que tinham atraso. O registro das informações foi realizado mediante o preenchimento da ficha de acompanhamento/espelho. Essa ação foi monitorada pelo enfermeiro e o médico. Mensalmente foram coletados os dados das atividades realizadas pela equipe para o monitoramento e preenchimento na folha de acompanhamento do SIAB. Oferecemos informações a comunidades em palestras sobre seus direitos, inclusive sobre a importância da equipe manter a ficha de acompanhamento/espelho atualizada, assim como que pode a qualquer tempo ter acesso à segunda via, principalmente do registro das vacinas. O médico treinou a equipe em relação ao preenchimento da caderneta e todos os registros de acompanhamento da criança.

O médico e os ACS realizaram monitoramento do número de crianças de alto risco da área de abrangência e priorizaram o seu acompanhamento. Para tal, identificou as fichas de acompanhamento/espelho e registrou cada caso em particular. A equipe realizou palestras na unidade e comunidades para fornecer orientações dos fatores de risco para morbidades na infância. O médico capacitou a equipe para identificação de risco de morbimortalidade nas crianças. Para isso necessitamos de três canetas vermelhas, folhas, computador e data show.

Para o monitoramento da promoção em saúde, o médico e a enfermeira acrescentou no prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho as orientações sobre a prevenção de acidente de acordo a idade. O médico informou a equipe os principais acidentes que ocorrem por faixa etária. Os agentes comunitários orientaram a comunidade sobre a prevenção de acidentes na infância. Todos os profissionais da equipe foram capacitados na realização do aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e correção da pega. Esse aconselhamento ocorreu tanto na unidade como nas visitas domiciliares. O médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem trabalharam na observação e indicação de como realizá-la adequadamente na primeira consulta a cada mãe e durante as consultas subsequentes anotou no prontuário, as observações da observação. Os ACS reforçaram na comunidade em suas visitas familiares a promoção do aleitamento materno exclusivo, abordando a importância e benefícios para a criança. Para realizar essas ações necessitamos dos prontuários, canetas e computador.

De modo a aproximar a comunidade do programa realizamos inicialmente palestras cada quinze dias na unidade, foram utilizados cadeiras, mesas, canetas, folhas, data show e computador. Os responsáveis foram a enfermeira e médica da equipe pela orientação da comunidade sobre a importância do programa e a prioridade dos atendimentos para o grupo da puericultura. O médico, a enfermeira e o odontólogo planejaram atividades educativas nas escolas, capacitando às professoras, de modo que o cuidado com a saúde bucal seja uma ação contínua.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção foi realizada na USF Raul Alves, Distrito Itapeaçu, Urucurituba, AM. O público alvo foram as crianças de zero a 72 meses. Foi cadastrado um total de 137 crianças o que representou 91,3%. Dentro dos principais indicadores de qualidade temos que no 100% das crianças foram avaliadas quanto ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento, assim como a avaliação de risco. As crianças compreendidas nas idades de seis a 24 meses foram orientadas quanto ao uso de suplementação de ferro. No entanto, apresentamos algumas dificuldades na realização de teste de pezinho antes os sete dias (70,8%) e na realização de triagem auditiva (24,8%). A intervenção estava planejada para ser desenvolvida em 16 semanas, no entanto por decisão da coordenação do curso o período foi reduzido para 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Quase todas as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas foram realizadas. A primeira foi a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nas ações a realizar e o papel de cada um na ação programática. Para isso utilizamos o caderno da atenção básica número 33 Crescimento e Desenvolvimento. Realizamos treinamento à equipe sobre como realizar as técnicas adequadas para obter as medidas de peso e comprimento/altura. A vacinadora explicou o esquema das vacinas e como os agentes de saúde e as mães reconhecem as próximas vacinas a

tomar. A equipe também foi treinada sobre como realizar o agendamento das consultas de acompanhamento para as crianças atendidas, segundo o protocolo utilizado.

O cadastramento das crianças foi oferecido todos os dias pelos ACS e a recepcionista da UBS. O desenvolvimento e crescimento também foram avaliados durante toda a intervenção. As visitas domiciliares foram feitas todas as semanas pela equipe assim como a busca ativa de crianças faltosas a consulta pelos ACS os quais desempenharam um papel muito valioso e importante para o desenvolvimento do trabalho. Não podemos esquecer a educação em saúde e as palestras oferecidas segundo o cronograma onde as mães tiveram participação ativa. Tivemos contato com as lideranças comunitárias de cada bairro do distrito e comunidades ribeirinhas onde foi explicada a importância desta ação programática onde foi de muita ajuda a utilização da rádio comunitária. Por outro lado, a equipe também ofereceu para a comunidade informações sobre a importância e benefícios do programa e sobre como melhorar a qualidade dos atendimentos tanto na consulta médica quanto odontológica. As mães mostraram sua satisfação em relação aos atendimentos que foram oferecidos.

Dentro das facilidades encontradas destaco o fato de poder contar com uma equipe de trabalho completa. Também contamos com a equipe de saúde bucal, a qual apesar de ser compartilhada com outra equipe de saúde, fez parte da intervenção oferecendo os atendimentos e atividades programadas. A equipe sempre esteve motivada para a realização do projeto. Também pudemos contar com a disponibilidade de transporte para o deslocamento até as comunidades ribeirinhas e no Distrito (**Figuras 9 e 10**). Contamos com o apoio dos líderes comunitários e das diferentes instituições como escolas e igrejas. No caso das vacinas foi disponibilizada uma sala de vacinas do hospital para a unidade de saúde uma vez que não contávamos com este espaço no serviço.



Figura 9: Visita a comunidade Itapeaçu.



Figura 10: Visita a comunidade Nova Esperança

Uma dificuldade encontrada foi o tempo sendo que contamos com apenas 12 semanas e para realizar mudanças assim como educar a população é necessário um prazo mais longo. Outra dificuldade foi a não realização do teste de pezinho na unidade, este procedimento é feito no hospital somente um dia da semana. Explicaremos a gestora do hospital e pessoal do laboratório a importância da realização todos os dias deste exame. A gestora da unidade fez a coordenação com a enfermeira responsável da atenção básica do município para a capacitação dos

técnicos de enfermagem, mas até o momento ainda não foi realizada. No início a farmácia da unidade não contava com o sulfato ferroso para a suplementação das crianças, mas no transcurso da intervenção foi providenciado pelo gestor do município em virtude de uma conversa previa explicando a importância e a necessidade da disponibilidade desses suplementos no serviço. Outra dificuldade foi que o atendimento odontológico não foi realizado em todas as semanas da intervenção. Mas, de um modo geral se cumpriu com o planejado.

As ações cumpridas totalmente foram:

- Cadastramento de crianças de zero a 72 meses planejado na intervenção.
- Monitoramento do crescimento e desenvolvimento.
- Monitoramento das crianças com déficit o excesso de peso.
- Suplementação de sulfato ferroso nas crianças de 6 a 24 meses.
- Avaliação de necessidade de atenção odontológica nas crianças de 6 a 72 meses.

- Busca ativa de crianças faltosas a consulta.
- Atualização do registro.
- Orientações sobre prevenção de acidentes na infância.
- Orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.
- Orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção das caries.
- Avaliação de risco.

Ações cumpridas parcialmente foram:

- Primeira consulta na primeira semana de vida.
- Vacinação em dia para a idade.
- Realização da triagem auditiva.
- Realização do teste de pezinho até 7 dias. (A unidade não fez não tem pessoal capacitado).
- Realização da primeira consulta odontológica. (A UBS só tem 1 ESB a mesma é compartilhado com a outra equipe.)
- Crianças colocadas a mamar durante a primeira consulta. (Temos crianças que já não se encontravam no período de aleitamento)

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única ação que não foi desenvolvida foi a realização da triagem auditiva. No município este exame é feito somente na microrregião a qual é distante do distrito e necessidade de deslocamento de lancha durante duas horas, além disso, as famílias da comunidade são de baixos recursos econômicos para chegar a essa região e realizar o exame. No entanto foi explicado para o gestor municipal sobre a importância da realização da triagem auditiva. A resposta foi que por agora não tem pessoal capacitado para isso, mas no futuro será realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação a este aspecto podemos dizer que foi utilizada a planilha de coleta de dados durante todo o período da intervenção. No início encontramos dificuldades com o preenchimento correto da planilha de coleta de dados, mas com ajuda da orientadora o erro foi solucionado. Durante a intervenção tiramos algumas fotos para ilustrar o trabalho. Para isso utilizamos os termos de consentimento livre e esclarecido para que os usuários assinassem autorizando a utilização dessas imagens. O termo foi aceito pela comunidade e não houve dificuldade ou resistência por parte dos usuários. Os mesmos estão arquivados na unidade. Também foram elaborados os diários da intervenção que foram entregues semanalmente. Nestes diários foram relatadas todas as atividades e ações desenvolvidas assim como os dados coletados durante todo o período de realização do trabalho. Os diários foram de muita utilidade para a sistematização e organização do trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço

Dentro das ações realizadas, várias se encontram inseridas na rotina de trabalho como por exemplo, a realização de visitas domiciliares e consultas aos recém nascidos na primeira semana de vida, a busca ativa de crianças faltosas pelo ACS, o agendamento da primeira consulta odontológica, a suplementação de sulfato ferroso, o cadastramento das crianças, o atendimento clínico e odontológico com qualidade, a avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, a pega da criança durante a amamentação na primeira consulta para corrigir em caso de necessidade, avaliação de risco, atualização dos registros, vacinas além de orientações nutricionais e prevenção de acidentes segundo a faixa etária.

A intervenção foi finalizada, mas continuamos oferecendo os atendimentos e qualificando ainda mais a assistência a cada dia de trabalho. Seguimos melhorando o serviço para oferecer todos os procedimentos que são necessários realizar, de acordo com os protocolos, em todas as crianças especialmente durante a primeira semana de vida como o teste de pezinho e triagem auditiva. Como produto da incorporação da intervenção na rotina da unidade estamos dando continuidade ao uso das planilhas de coleta de dados e protocolos de saúde assim como fazendo fotos dos atendimentos e atividades desenvolvidas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O foco desenvolvido na intervenção foi a melhoria na qualidade do atendimento nas crianças de zero a 72 meses assim como aumentar a cobertura do Programa Saúde da Criança na USF Raul Alves, Distrito Itapeaçu, Urucurituba, no Amazonas. Ao analisar os resultados apresentamos que a intervenção ocorreu durante 12 semanas entre os dias 05 de abril de 2015 e 27 de junho de 2015.

Os resultados alcançados por meio do trabalho desenvolvido em três meses e o esforço realizado pela equipe de saúde e a comunidade permitiu que fossem cadastradas 137 crianças do total de 150 residentes na área de abrangência da unidade. Abaixo apresentamos os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de cobertura e qualidade que foram utilizados para monitorar a ação programática durante a intervenção.

Relativos ao objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

No primeiro mês da intervenção foram cadastradas 74 crianças (49,3%), no segundo mês 118 (78,7%) e no terceiro mês 137 o que representou ao final da

intervenção um percentual de cobertura na área adstrita igual a 91,3%. Apesar da redução da duração da intervenção, conseguimos atingir e ultrapassar a meta para o indicador de cobertura proposto que era cadastrar o 80% das crianças como pode ser verificado na **Figura 11**.

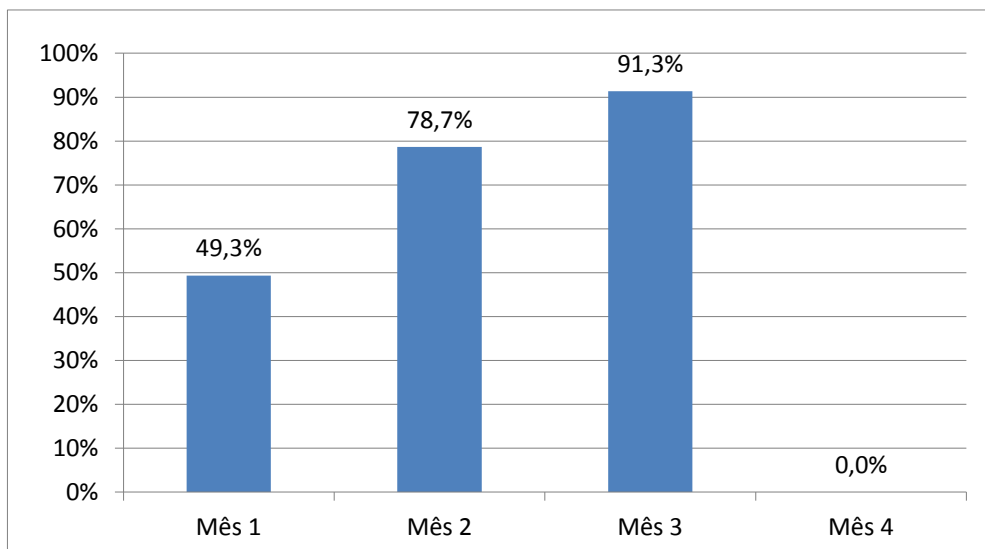


Figura 11: Evolução mensal do indicador de cobertura de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

Para conseguir cumprir essa cobertura realizamos o cadastramento de todas as crianças compreendidas entre as idades de zero a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade onde o trabalho dos ACS foi muito importante, assim como aquelas crianças que vinham como demanda espontânea foram inscritas pela recepcionista.

Ainda, a divulgação da intervenção realizada por toda a equipe na comunidade e na UBS, os contatos com os líderes comunitários possibilitou que a intervenção fosse divulgada e que as mães procurassem a unidade de saúde. Como podemos apreciar na **Figura 11** o percentual de cobertura de cada mês foi sendo mais elevado pelo qual podemos avaliar bom o trabalho desenvolvido. Destacamos também que neste período foram atendidas 13 crianças fora da área de abrangência da equipe.

Relativos ao 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.

Ao iniciar a intervenção apenas 34 crianças tinham a primeira consulta nos primeiros sete dias de nascido. Ao transcorrer da intervenção nasceram 10 crianças seis no primeiro mês, três no segundo e uma no terceiro. Desta, sete tiveram realizada a primeira consulta durante a primeira semana de vida o que representou 70% dos nascimentos. As três crianças que não conseguimos atender na primeira semana, são das comunidades ribeirinhas, o que dificulta o atendimento, além disso, destas três, duas tiveram parto em outro município. Neste período ainda houveram as inundações na comunidade onde moram dificultaram o deslocamento até a unidade. Este resultado demonstra que a captação precoce melhorou. Mas, de forma geral a **Figura 12** demonstra como se comportou este indicador no transcurso da intervenção no primeiro mês 34(45,9%), no segundo 65 (55,1%) e no terceiro 78 (56,9%).

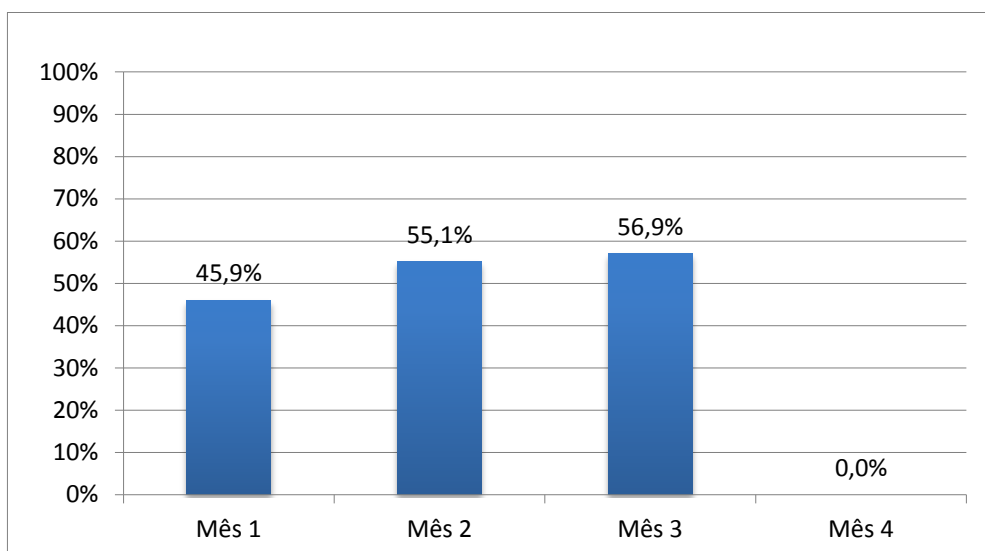


Figura 12: Evolução mensal do indicador de crianças que fizeram a primeira consulta na primeira semana de vida na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

Entre as ações realizadas pela equipe temos o trabalho pelo parto gramado trabalhando com a data provável de parto sendo visitadas as grávidas pelos ACS já que todas as grávidas da área de abrangência estão sendo acompanhadas na unidade. Além de serem orientadas sobre a importância da puericultura e principalmente da primeira consulta. A equipe foi capacitada sobre o programa e sobre a política de humanização. A **Figura 13** mostra consulta a recém nascido.



Figura 13: Consulta a recém nascido na primeira semana de vida.

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

Este indicador se comporta da seguinte maneira, no primeiro mês foram avaliadas 57 crianças de 74, que representa 77,0% do total. Temos que ressaltar que neste mês apresentamos dificuldades com a pesagem, pois, a balança estava apresentando erro algumas vezes. Esse comportamento não foi apresentado no segundo e terceiro mês onde o 100% das crianças foram avaliadas 118 e 137 respectivamente. O objetivo foi finalizar a intervenção com todas as crianças avaliadas como mostra a **Figura 14**.

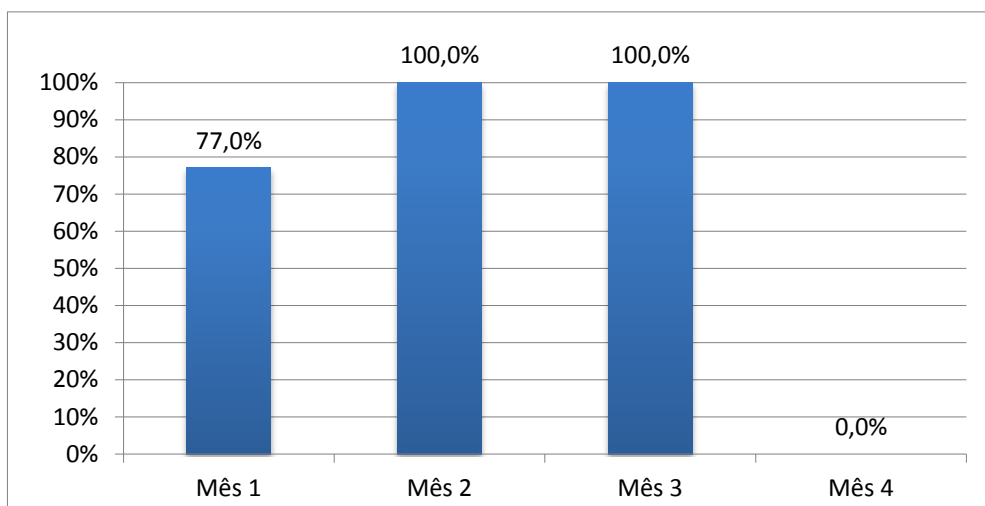


Figura 14: Evolução mensal do indicador de crianças com monitoramento de crescimento na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

A pesar da equipe não ter todos os insumos necessários para realizar as medições previstas no protocolo ministerial, uma vez que não tem antropômetro para as crianças menores de 2 anos, o comprimento foi feito com uma fita métrica. Consideramos que não seria por isso que deixaríamos de realizar esta ação. Mesmo assim, solicitamos à gestão a garantia dos equipamentos para a realização das medidas antropométricas como antropômetro para crianças menores de 2 anos mas, o equipamento não chegou. A equipe foi capacitada na realização de técnicas adequadas para obter medidas de peso e comprimento-altura padronizadas e sobre o preenchimento e interpretação da curva de crescimento na caderneta. Durante o desenvolvimento do trabalho identificamos seis crianças com baixo peso e quatro com excesso.

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

O seguinte indicador avaliado foi o número de crianças com déficit de peso do total de crianças avaliadas no primeiro mês temos que só uma tem peso baixo, duas no segundo e seis no terceiro. Deste modo, alcançamos em todos os meses 100% das crianças com monitoramento do peso a cada 15 dias. Uma criança tem de dois anos é portadora de microcefalia e esta acamada e as outras cinco os exames demonstraram que tem parasitismo intestinal. Todas as crianças foram medicadas. Também temos que ressaltar desmame precoce em uma das crianças. Criamos um sistema de alerta com uma caneta vermelha capaz de identificar na ficha de acompanhamento as crianças com déficit de peso.

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

Durante a intervenção foram apresentados os seguintes resultados, no primeiro mês uma criança com peso elevado para a idade, quatro no segundo e três no terceiro, em todos os meses o peso foi monitorado em 100% das crianças a cada 15 dias são pesadas e avaliadas. Duas estão com aleitamento materno exclusivo, uma foi um macro feto com o peso ao nascer maior do de 4500 gramas. As outras crianças tinham um esquema de ablactação errado. Desta forma, as mães foram orientadas quanto à nutrição das crianças segundo a faixa etária. Também criamos um sistema de alerta com uma caneta vermelha capaz de identificar na ficha de acompanhamento as crianças com excesso de peso.

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

No período avaliado os resultados, de forma geral, foram bons. Somente no início da intervenção tivemos dificuldades uma vez que algumas crianças foram acompanhadas a consulta por pessoas que não moram com elas e não puderam explicar as habilidades alcançadas até o momento. Temos que no primeiro mês foram avaliadas 59 crianças (79,7%), no segundo 118 (100%) e no terceiro 137 (100%). Compartilhamos com os pais ou responsáveis as condutas esperadas em cada consulta de puericultura e as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. Para a qualificação da equipe foi feita a capacitação na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade e o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Também orientamos aos ACS que as crianças fossem acompanhadas com os pais para não ter dificuldades no interrogatório. Apresentamos os resultados na **Figura 15**.

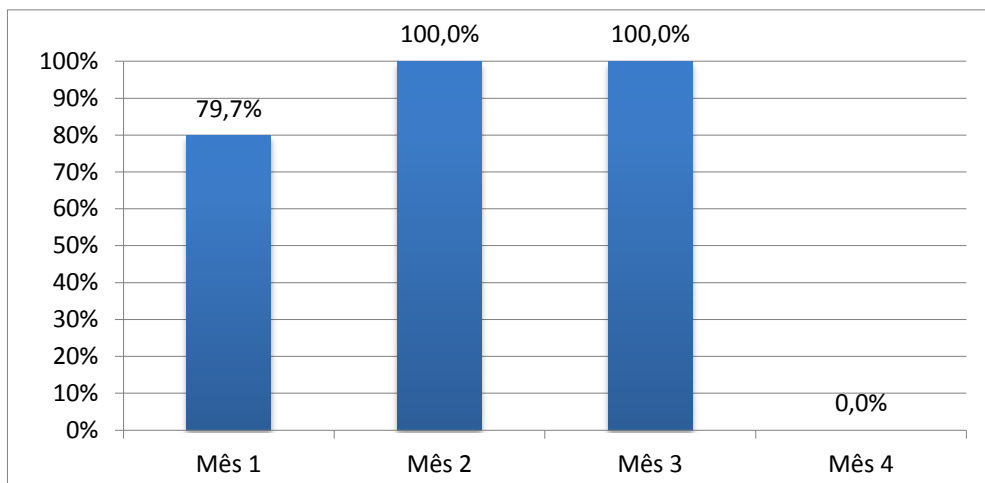


Figura 15: Evolução mensal do indicador de crianças com monitoramento de desenvolvimento na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

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

A importância de ter o esquema de vacinas atualizado é de vital importância na prevenção de algumas doenças. A **Figura 16** demonstra o comportamento desta ação na intervenção. No primeiro mês tinham atualizada a vacinação 64 crianças (86,5%), no segundo mês 101(85,6%) e já no terceiro mês conseguimos alcançar que 134 crianças (97,8%) tivessem a caderneta das vacinas atualizadas. Apesar de não atingir 100% do planejado o resultado é bom. As causas de que as 3 crianças não tenham o esquema completo são as seguintes: uma fez alergia na administração das vacinas dos dois meses e a vacinadora decidiu administrar a vacina de uma em uma pelo qual o atraso e as outras duas estavam viajando no período da intervenção.

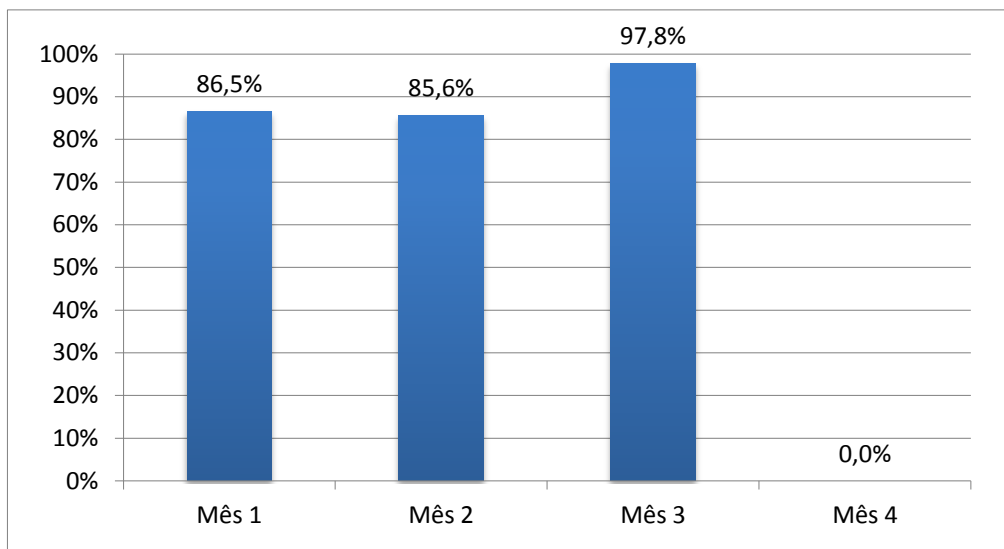


Figura 16: Evolução mensal do indicador de crianças com vacinação em dia para a idade na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

Para melhorar o percentual de crianças com vacinas em dias garantimos com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários, assim como o deslocamento da sala de vacinação do hospital para a unidade. Realizamos o controle da cadeia de frio, assim como o adequado controle de estoque para evitar faltas e vencimentos. Os pais foram orientados sobre o calendário vacinal. A equipe foi treinada na leitura do cartão e o registro adequado na ficha espelho da vacina administrada e seu validade. A **Figura 17** mostra criança tomando vacina.



Figura 17: Criança tomando vacina

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

Deste indicador podemos dizer que no início apresentamos dificuldades já que a farmácia da UBS não tinha disponibilidade dos suplementos. Desta forma, no primeiro mês, de 27 crianças somente três receberam a suplementação de sulfato ferroso (11,1%), no segundo mês 25 (59,5%) e no terceiro 49 atingindo 100%. Foi indicado nas consultas, mas a maioria das mães não comprou, não tinham dinheiro. Pelo qual só começou a ter bom resultado a partir de meados do segundo mês. Podemos avaliar esses resultados na **Figura 18**.

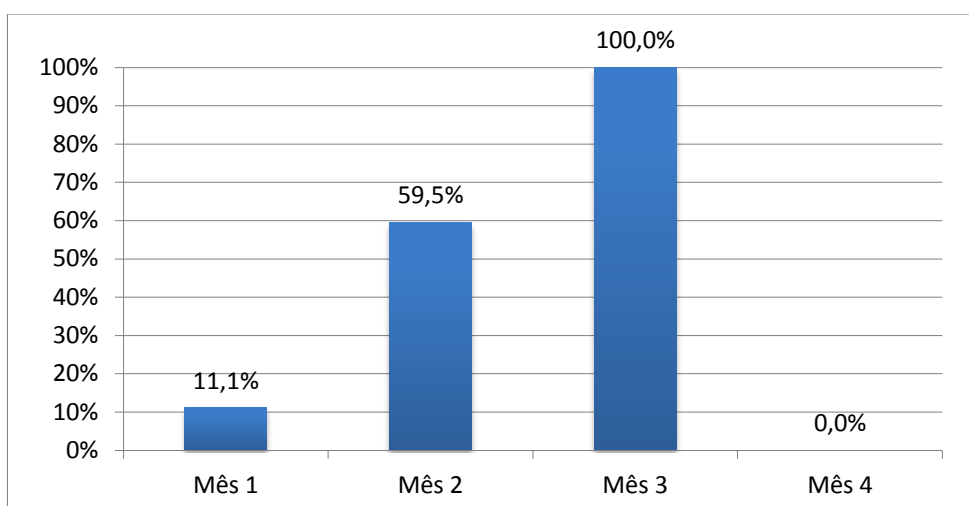


Figura 18: Evolução mensal do indicador de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

A ação realizada foi uma conversa com o gestor do município explicando a importância do suplemento. A partir deste momento os medicamentos foram providenciados e oferecidos em todas as consultas. Além da identificação de todas as crianças da faixa etária entre 6-24 meses que ainda não receberam suplementação de ferro. Os pais foram orientados sobre a importância da suplementação.

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

Este é um dos indicadores de qualidade que apresentou o pior resultado. No primeiro mês somente 23 crianças (31,1%) tinham realizado a triagem auditiva, 30 (24,4%) no segundo e 34 no terceiro mês para um 24,8% do total. Das 10 crianças nascidas neste período nenhuma fez a triagem auditiva. A única ação que não foi

desenvolvida foi à realização da triagem auditiva no município. Este exame é realizado somente na microrregião a qual é distante do distrito a duas horas de lancha. Além disso, as famílias da comunidade são de baixos recursos econômicos para se deslocar para essa região e realizar o exame. No entanto foi explicado para o gestor municipal sobre a importância da realização deste exame. A resposta foi que por agora não tem pessoal capacitado para isso, mas no futuro serão realizados. Os pais ou responsáveis foram orientados sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários para o agendamento do teste. A **Figura 19** apresenta esses resultados.

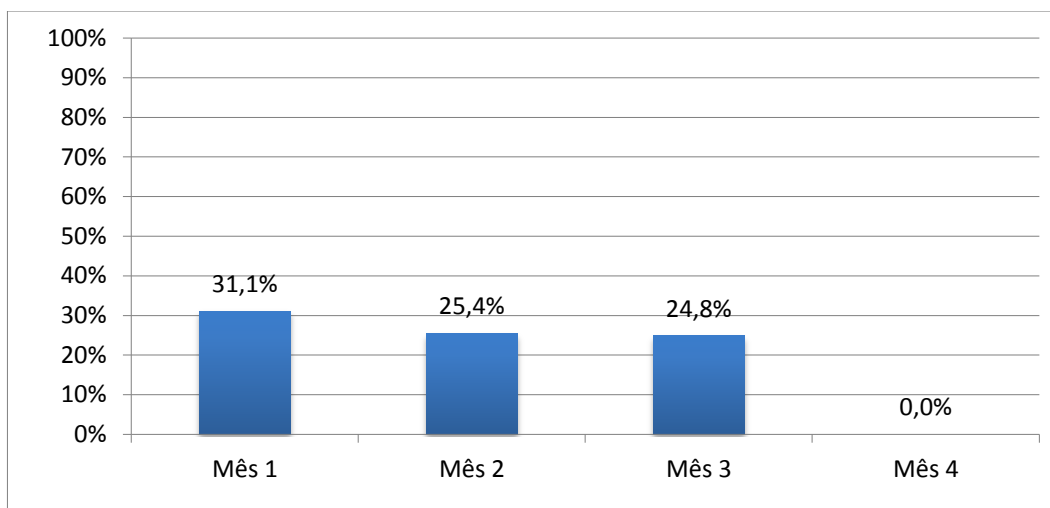


Figura 19: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram a triagem auditiva na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

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

A **Figura 20** apresenta os resultados obtidos nos três meses da intervenção. O primeiro mês tem que 48 crianças (64,9%) fizeram o teste do pezinho, 78 (66,1%) no segundo e 97 (70,8%) no terceiro. Das crianças nascidas neste período somente 4 (40%) fizeram o teste nos primeiros sete dias o que demonstra que os resultados não são bons. O teste não é realizado na UBS sendo feito no hospital somente nas terças-feiras.

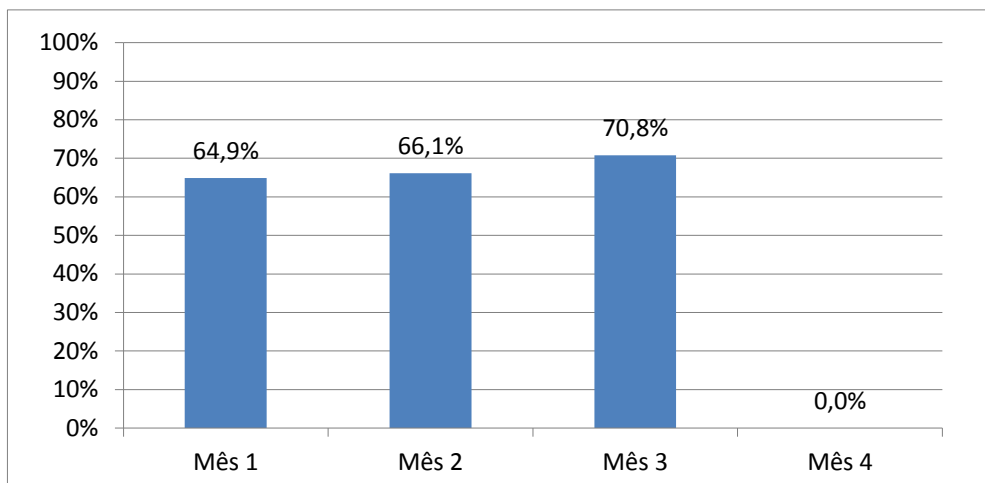


Figura 20: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram o teste do pezinho na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

Não temos profissional capacitado na realização do teste, No entanto, estamos trabalhando para providenciar essa capacitação para possibilitar que o teste possa ser realizado na unidade o que facilitará que as crianças façam o teste, especialmente, dentro do período preconizado pelos protocolos de saúde.

Orientamos as mães sobre a importância da realização do teste ainda na primeira semana, pois potencializa o diagnóstico precoce de doenças como o hipotireoidismo congênito, déficit congênito de fenilalanina e hemoglobinopatias.

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

Os resultados obtidos neste indicador são os seguintes no primeiro mês avaliamos 48 crianças o que representa 85,7% do total, oito crianças não foram avaliadas, pois, começaram a chorar e não deixaram. No segundo mês 97 e 119 no terceiro atingindo 100% respectivamente. Ao finalizar a intervenção o indicador foi avaliado com ótimos resultados como pode ser apreciado na **Figura 21**.

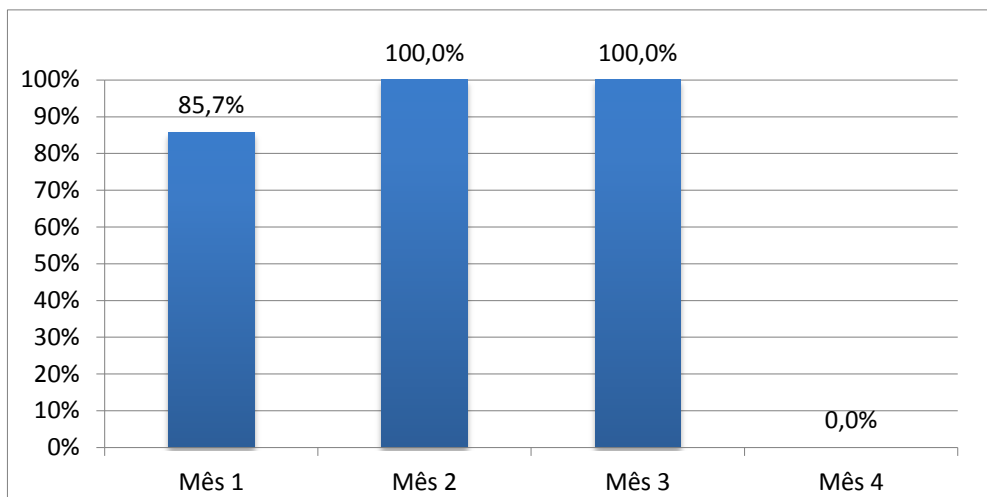


Figura 21: Evolução mensal do indicador de crianças entre seis e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

Organizamos o acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade. Na consulta, além da avaliação das crianças, foi explicado aos pais sobre a importância de ter uma boa saúde bucal.

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

Este indicador também não apresentou resultado satisfatório, pois poucas crianças realizaram a primeira consulta odontológica. No primeiro mês somente 1 (1,8%) 18 (18,6%) no segundo mês e 24(20,2%) no terceiro mês. Temos que ressaltar que a equipe de saúde bucal é compartilhada com outra equipe além de muitas vezes não temos energia elétrica e água na UBS ocasionada pelas chuvas intensas no Amazonas e não podemos trabalhar. Ainda, a dentista ficou um mês de férias. A **Figura 22** expõe esses resultados.

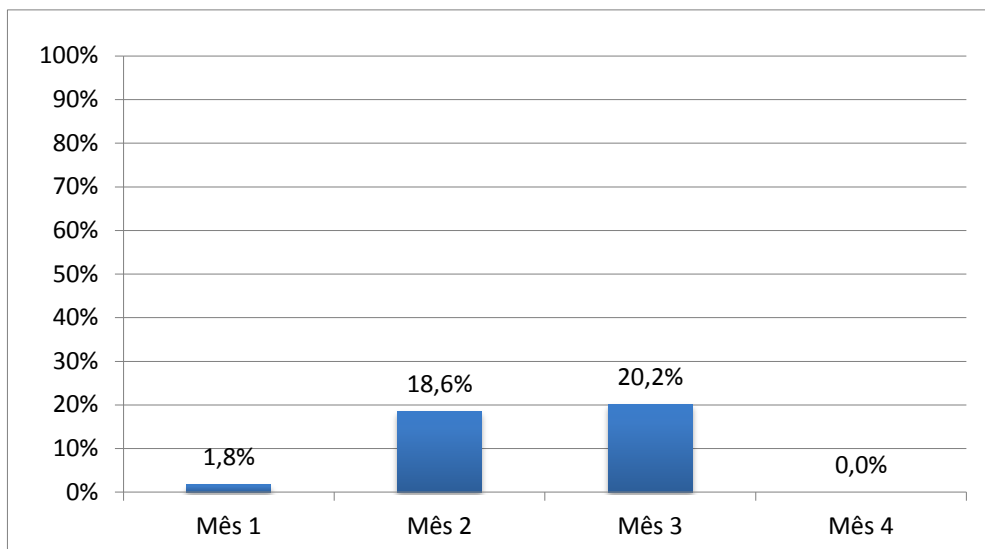


Figura 22: Evolução mensal do indicador de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

A ação, mais importante foi organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis a 72 meses de idade, assim como oferecer atendimento prioritário e cadastrar as crianças nestas idades. Todas as quintas-feiras tarde foram marcadas o dia para atendimento das crianças (**Figura 23**).



Figura 23: Atendimento odontológico.

Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

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

Torna se necessário realizar a busca ativa de crianças faltosas a consulta e de forma geral tivemos poucas faltosas, 12 no primeiro mês, três no segundo e dois no terceiro foi feita a busca em 100% dos casos em cada mês pelos ACS e reagendadas as consultas.

As ações realizadas foram a realização de visitas domiciliares as crianças faltosas e organizamos a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. Também monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas de puericultura previstas no protocolo de acordo com a idade. A comunidade foi informada sobre a importância do acompanhamento regular e os ACS treinados na identificação das crianças atrasadas por meio da caderneta.

Relativas ao 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.

Conseguimos ter no primeiro mês da intervenção 70 fichas de acompanhamento atualizadas (94,6%), no segundo 107(90,7%) não alcançamos 100% uma vez que algumas mães não levaram à caderneta das vacinas a consulta. No entanto, todas foram atualizadas no terceiro mês 137 (100%) como apresenta **Figura 24**.

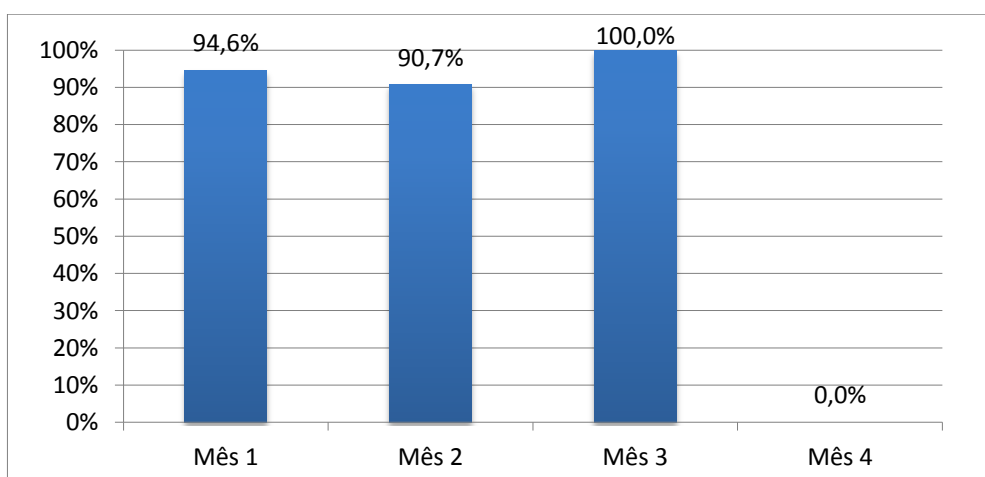


Figura 24: Evolução mensal do indicador de crianças com registro atualizado na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

A equipe de saúde fez uma capacitação adequada que permitiu desde o início da intervenção confeccionar os registros das crianças devidamente preenchidos com

todos os dados e informações feitas de forma correta, seja nas consultas ou visitas domiciliares (nos prontuários individuais, fichas espelhos, caderneta das crianças). Este registro começa na recepção e ao final da consulta a equipe avaliava os registros para detectar erros da informação registrada.

Relativas ao 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.

Em cada consulta foi realizada a avaliação de risco em 100% das crianças. No primeiro mês 74, no segundo mês 118 e no terceiro mês 137 atingindo 100% em todos os meses. No período avaliado classificamos de risco oito crianças que estão sendo acompanhadas com periodicidade mais frequente. Entre elas temos uma com baixo peso ao nascer e outra, com dois anos, acamada e com microcefalia. Este indicador foi avaliado com ótimos resultados.

Entre as ações desenvolvidas é importante dar prioridade no atendimento. Para facilitar identificamos na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco e monitoramos o número de crianças nessas condições existentes na comunidade assim como o acompanhamento destas crianças, além de capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. Foram explicadas as mães o risco que o filho apresentava assim como a importância de ter um bom acompanhamento.

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

Os seguintes resultados demonstram que 100% das mães e pais assistentes às consultas receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericulturas. No primeiro mês 74(100%), no segundo 118(100%) e no terceiro mês 137(100%). Pelo qual o indicador foi avaliado com um resultado muito satisfatório.

Para obter esses resultados foram dadas palestras na UBS, monitoramos o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho, definimos o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

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

A observação da pega das crianças durante a amamentação na consulta não pode ser deixada de lado. Esse é o momento indicado para observar se está adequada ou não. Tivemos os seguintes resultados durante a nossa intervenção no primeiro mês 30 (40,5%), no segundo mês 63(53,4%) e no terceiro 82(59,9%). Destaco que algumas crianças que começaram no programa já estavam desmamadas pelo qual não se observou a mamada. No caso dos 10 recém nascidos 100% deles foram avaliados. Os resultados obtidos são os seguintes conforme apresenta a **Figura 25**.

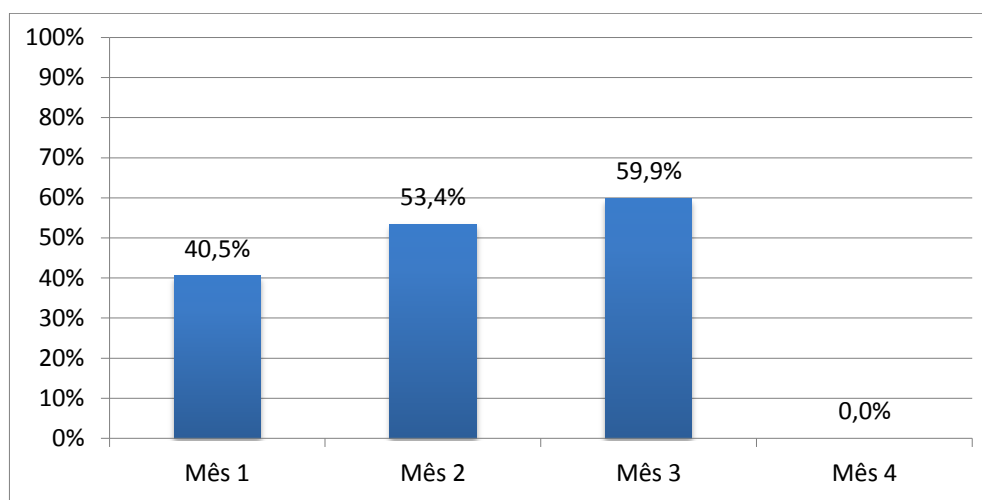


Figura 25: Evolução mensal do indicador de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

A ação mais importante foi colocar a criança a mamar durante a consulta, onde orientamos a mãe sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal da criança. A equipe foi capacitada no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de pega (**Figura 26**).



Figura 26: Observação da mamada da recém nascida.

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.

Por último foram avaliados os indicadores sobre orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e higiene bucal onde foram oferecidos a 100% das crianças avaliadas nos três meses da intervenção, 74 no primeiro mês, 118 no segundo e 137 no terceiro. Esses resultados também foram qualificados como muito satisfatórios.

Em relação a esses dois indicadores foram realizadas palestras na UBS desenvolvendo um trabalho para educar e promover a saúde além de que em cada consulta as mães foram orientadas mais uma vez de como ter e manter uma criança saudável (**Figura 27**).



Figura 27: Palestra pela dentista na sala de espera.

4.2 Discussão

A intervenção foi realizada na UBS Raul Alves, Distrito Itapeaçu, Urucurituba, AM. O público alvo foram as crianças de zero a 72 meses. Foi cadastrado um total de 137 crianças o que representou 91,3%. Dentro dos principais indicadores de qualidade temos que no 100% das crianças foi avaliado e monitorado o crescimento e desenvolvimento, assim como a avaliação de risco. As crianças compreendidas nas idades de 6 a 24 foram feita a suplementação de ferro. Mas apresentamos dificuldades na realização de teste de pezinho antes os sete dias (70,8%) e a realização de triagem auditiva (24,8%). No caso da primeira consulta odontológica não alcançou o 100%, conforme a meta estabelecida. Mesmo assim, destacamos que conseguimos um grande avanço no caso dos atendimentos. A intervenção estava planejada para 16 semanas, mas por o alargamento das férias foi encurtado para 12 pela coordenação do curso.

A intervenção foi de muita importância para a equipe, uma vez que todos foram capacitados por meio do caderno protocolizado pelo Ministério da Atenção Básica à Saúde da Criança para a realização das ações a desenvolver. Conseguimos com o trabalho integrado da equipe (médica, enfermeira, técnica em enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal até a recepcionista). Além disso, cada integrante realizou as suas atribuições no desenvolvimento do trabalho. Dessa forma, os agentes comunitários de saúde trabalharam na vanguarda na busca ativa de faltosos à consulta, com aqueles que não tinham a caderneta das vacinas atualizadas, reagendaram as consultas, cadastraram crianças no programa. A equipe de saúde bucal agendava as consultas, oferecia atendimento e realizou palestras na UBS. A recepcionista cadastrava as crianças e agendava consultas. A técnica de enfermagem realizava as medidas antropométricas, revisão de documentos, a vacinadora ficou atenta à administração das vacinas das crianças para que não tivessem atrasos marcando a data da próxima. A médica e enfermeira realizaram atendimentos, avaliando as crianças, visitando as recém nascidas ao chegar a casa no retorno do hospital. A médica e enfermeira foram as responsáveis do monitoramento de todas as ações desenvolvidas. Dessa maneira o trabalho foi de forma sistemática e compartilhado. As atividades de promoção e prevenção de saúde foram assumidas por toda a

equipe. A relação com a outra equipe da unidade foi boa e também adotou a sistemática da intervenção.

A intervenção foi importante para o serviço uma vez que o trabalho começou a ser compartilhado. Cada membro da equipe desenvolveu sua ação e responsabilidade ante a mesma, o trabalho foi integrado. O número de atendimentos foi maior além das consultas serem de qualidade. Melhorou o agendamento das consultas e a periodicidade assim como os registros das informações.

Não esquecemos que também foi importante para a comunidade, a qual compreendeu a necessidade de ter um atendimento de qualidade e periódico nas crianças e conhecer como vai se desenvolvendo os filhos. Também por meio de palestras foram dadas orientações nutricionais e de como prevenir acidentes. Os pais demonstraram satisfação com o desenvolvimento da intervenção, mas as consultas demoraram e algumas vezes geraram descontentamento e desespero nos usuários que aguardavam.

Se fosse a realizar a intervenção novamente desde o início debateria mais com a equipe em relação ao planejamento das atividades, daria mais participação à comunidade para que compreendessem melhor os objetivos da equipe. O contato com o gestor seria mas periódico para o conhecimento das ações desenvolvidas no momento e ter um melhor apoio logístico. Reconhecemos que o trabalho obteve uma melhor parceria na equipe e que o trabalho em conjunto pode ser melhor.

A intervenção foi incorporada a rotina de serviço e vamos a ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e gestores em relação as necessidade de priorização da atenção das crianças de zero a 72 meses, em especial aquelas crianças de risco. Dentro das melhorias a desenvolver temos que continuar com o adequado registro das informações.

Os próximos passos a seguir são continuar oferecendo o serviço com qualidade além de alcançar 100% de todas as crianças de zero a 72 meses pertencentes à área de abrangência e melhorar aqueles indicadores que não foram bons durante os três meses de desenvolvimento da intervenção. Tomando este projeto como exemplo pretendemos implementá-lo no programa de pré-natal e puerpério na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso da suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção as crianças, que servirá de modelo para outras ações programáticas na equipe e na UBS assim como poderá servir para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município.

O presente relatório tem como objetivo informar aos gestores do município Urucurituba como se desenvolveu a intervenção intitulada *Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na USF Raul Alves, Urucurituba, AM* que ocorreu durante 12 semanas no período compreendido entre os dias 5 de abril de 2015 até 27 de junho de 2015.

Inicialmente foi realizada uma análise situacional sistemática com relação à estrutura física da unidade e ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita a nossa área de abrangência. Após uma análise, em conjunto com a equipe, chegamos à conclusão que realizaríamos uma intervenção para melhorar a cobertura de atendimento das crianças de zero a 72 meses assim como melhorar a qualidade do atendimento baseado no protocolo Caderno de Atenção Básica, nº 33 Crescimento e desenvolvimento Brasília – DF 2012.

Em relação à cobertura de assistência a esta população, após esse período conseguimos cadastrar 137 crianças das 150 estimadas na área de abrangência da unidade o que equivale a um alcance de cobertura de 91,3% (**Figura 11**).

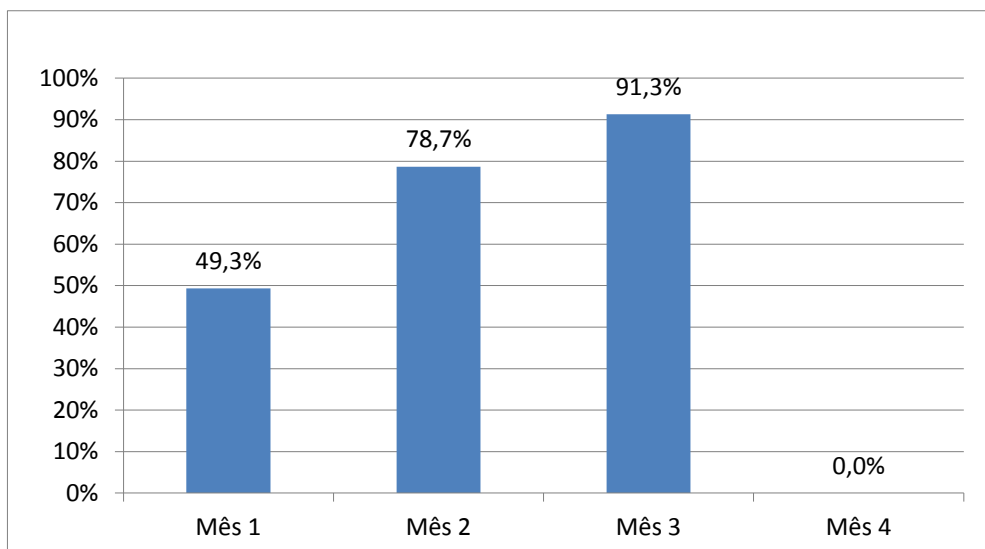


Figura 11: Evolução mensal do indicador de cobertura de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na USF Raul Alves, Urucurituba, AM.

O planejado como meta de cobertura no projeto de intervenção foi 80% pelo cumprimos a meta proposta e objetivamos alcançar 100% em um curto prazo. É importante ressaltar, que antes da intervenção os registros não se encontravam atualizados, as mães não levavam as crianças as consultas periodicamente e por esse motivo muitas não tinham o conhecimento do crescimento e desenvolvimento dos filhos. Além disso, não tinha o programa de ferro incorporado para a prevenção de anemia.

Desta forma, destaco que com a intervenção conseguimos reverter esses indicadores com 100% das crianças cadastradas avaliadas quanto ao desenvolvimento e crescimento. Todas têm avaliação de risco e em cada consulta foram dadas orientações sobre promoção de saúde. Das 10 crianças que nasceram durante a intervenção, 70% fez a primeira consulta na primeira semana de vida. Com o desenvolvimento do trabalho, conseguimos que as crianças tenham um dia específico de atendimento com o dentista assim como a melhora dos indicadores referentes à saúde bucal. O sulfato ferroso foi providenciado para as crianças de seis a 24 meses com o apoio do secretario de saúde que providenciou a disponibilidade dos medicamentos para auxiliar na prevenção da anemia. Outra

conquista que merece destaque é em relação à sala de vacinas possibilitando que vacinação seja feita na própria unidade de saúde. Previamente a intervenção as mães necessitam se deslocar até o hospital para poder atualizar a caderneta de vacina dos seus filhos.

No início do trabalho, tivemos dificuldades com a impressão das fichas espelhos as quais resumem todas as ações desenvolvidas em cada uma das crianças, mas com a ajuda de nossa coordenadora e em parceria com a secretaria de saúde conseguimos que esses instrumentos fossem impressos. Por outro lado, é necessário ressaltar os pontos negativos uma vez que somente 24,8% do total das crianças cadastrada realizaram a triagem auditiva protocolizada pelo Ministério da Saúde. O exame ainda não é realizado no município o que inviabiliza que a maioria das crianças realizem o exame. Por esse motivo, necessitamos da ajuda dos gestores para viabilizar uma forma de oferecer os exames no município. Além disso, precisamos de pessoal capacitado na realização do teste de pezinho na UBS. Atualmente, esse exame é realizado somente no hospital, nas terças-feiras motivo pelo qual algumas crianças não realizaram os exames antes dos sete dias. Se o teste fosse realizado dentro da UBS seria menos provável que isso acontecesse. Aproveitamos para chamar a atenção para a necessidade de a unidade ter disponível um antropômetro para medir as crianças menores de dois anos. Agradeço o apoio dado pela coordenadora da UBS e Secretário de Saúde assim como demais funcionários da Secretaria de Saúde na realização da intervenção. Por outra parte tenho a satisfação de informar que a intervenção está inserida na rotina de trabalho da unidade. Finalizo destacando importância do apoio dos gestores para fornecer um atendimento mais qualificado à população além de possibilitar a futura implementação do projeto em outras ações programáticas na unidade. Também aproveitamos a oportunidade para reivindicar ações que possibilitem a educação permanente da equipe como, por exemplo, a capacitação dos profissionais para a realização do teste de pezinho. Esse é um exame simples, mas de extrema importância, que irá favorecer a comunidade de forma muito positiva quando for realizado na própria unidade de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso da suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção a saúde das crianças, que servirá de modelo para outras ações programáticas na equipe e na unidade assim como poderá servir para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município.

O presente relatório tem como objetivo informar à comunidade do Distrito Itapeaçu como se desenvolveu a intervenção intitulada *Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na USF Raul Alves, Urucurituba, AM* que ocorreu durante 12 semanas no período compreendido entre os dias 5 de abril de 2015 até 27 de junho de 2015.

Com esse trabalho a equipe teve como principal objetivo atender mais crianças no programa e melhorar a qualidade da atenção. Foram feitas várias atividades como capacitações na equipe para um adequado acolhimento, cadastramento e preenchimento dos registros das informações além de atividades coletivas de educação em saúde sobre a promoção de hábitos saudáveis para um melhor crescimento e desenvolvimento das crianças.

Antes de realizar este trabalho não tínhamos os registros das crianças atualizados e a maioria das mães levavam os filhos às consultas somente quando estavam doentes. Além disso, não havia monitoramento do desenvolvimento e crescimento, algumas crianças estavam com vacinas atrasadas e algumas mães não sabiam que o filho apresentava uma condição de risco para sua saúde.

Com o desenvolvimento da intervenção durante essas 12 semanas aos poucos houve melhora na qualidade de atendimento as crianças. Neste período aumentou o número de crianças cadastradas, foi mantido atualizado o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, implantado Programa de suplementação com sulfato ferroso para a prevenção de anemia nas crianças de seis a 24 meses, implantado dia específico de atendimento com o dentista, assim como disponibilidade de sala de vacina possibilitando que a vacinação seja realizada na própria unidade de saúde. Para o sucesso de nosso trabalho não podemos esquecer de mencionar o apoio da radio comunitária na divulgação de nossas atividades e o apoio dos gestores que possibilitou conquista de várias melhorias para o programa.



Durante o período de desenvolvimento do trabalho detectamos algumas dificuldades com a realização do teste de pezinho e do exame da triagem auditiva. No entanto, foi pactuado com os gestores a possibilidade de melhorias na realização dessas ações futuramente.

A intervenção foi inserida na rotina de trabalho da unidade. Com o seguinte relatório pretendemos incorporar toda a comunidade na unidade de saúde assim como contar com o seu apoio para o desenvolvimento destas ações e lutar para que sejam cumpridas as ações que ainda não puderam ser desenvolvidas

adequadamente. A razão de nosso trabalho é oferecer a comunidade uma assistência a saúde mais qualificada.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No processo pessoal de aprendizagem não tinha experiência sobre a modalidade de estudo a distância antes de chegar ao Brasil. No início encontrei muitas dificuldades para me adaptar. No entanto, pouco a pouco fui conhecendo o Ambiente Virtual de Aprendizagem e como interagir com colegas e orientadores além do apoio pedagógico no curso por meio dos fóruns. Agradeço aos orientadores que tive durante todo o curso (Carlos André Karsburg da Rosa e Rosângela de Leon Veleda de Souza) os quais em seu momento fizeram as correções e orientações pertinentes com ajuda dos feedbacks.

Os fóruns de saúde coletiva e prática clínica também foram importantes onde todas as semanas compartilhava o desenvolvimento das tarefas programadas pelo curso além de tirar dúvidas na área clínica. Os casos clínicos programados pelo curso também foram importantes assim como a realização dos Testes de Qualificação Cognitiva para avaliação de desempenho em diversas temáticas na área de clínica e saúde coletiva. A partir desses testes pude me atualizar sobre os temas do estudo da prática clínica nos quais apresentei mais dificuldades.

O curso foi de muita ajuda na prática profissional e me orientou como trabalhar na Atenção Básica no Brasil além de disponibilizar a bibliografia atualizada para o desempenho do trabalho. O desenvolvimento do curso durante todo um ano nos ajudou na realização da análise situacional e estratégica do serviço, até realizar a intervenção na ação programática escolhida relacionada a atenção a saúde das crianças.

Referências

Caderno de Atenção Básica, nº 33 Crescimento e desenvolvimento Brasília – DF 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: julho de 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante