

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses da
ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS**

Sahara Gámez González

Pelotas, 2015

Sahara Gámez González

Melhoria da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses da ESF

Dr. René Baccin, Espumoso/RS

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

Orientador: Nailê Damé-Teixeira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G643m Gonzalez, Sahara Gamez

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de Zero a 72 Meses da ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS / Sahara Gamez Gonzalez; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Damé-Teixeira, Nailê, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, à minha família que é base da minha vida, sinônimo de amor, compreensão e dedicação, aos meus filhos pelo amor, incentivo e apoio incondicional, aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

Agradecimentos

À professora e orientadora Nailê Damé-Teixeira, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

À esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro a um horizonte superior, ceivado pela confiança no mérito e ética aqui presentes.

À equipe de saúde de minha unidade, por fazer esta caminhada juntos e fazer parte da minha vida.

Agradeço aos meus colegas pelas palavras amigas nas horas difíceis, pelo auxílio nos trabalhos e dificuldades e principalmente por estarem comigo nesta caminhada, tornando-a mais fácil e agradável.

Enfim a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

Resumo

GÁMEZ GONZÁLEZ, Sahara. **Melhoria da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses da ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS.** 2015. 100f. 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.

As ações de Atenção à saúde da criança constituem um pilar importante dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Tais ações permitem a identificação precoce de situações de risco, reduzindo a morbimortalidade, além de potencializar o desenvolvimento da criança, promover saúde e prevenir agravos, de modo que se atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Este trabalho descreve uma intervenção para melhoria da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses na área de abrangência da ESF Dr. René Baccin, que aconteceu de fevereiro a maio de 2015, sendo orientada pela dentista, doutora em Odontologia Nailê Damé-Teixeira. O objetivo foi ampliar a cobertura do programa de saúde da criança, melhorar a qualidade do atendimento, melhorar a adesão, mapear crianças em risco e promover saúde das crianças desta área. Foram planejadas ações para monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Levou-se em consideração as necessidades e problemas da população, detectados através de uma análise situacional prévia, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Nos quatro meses da intervenção participaram 111 crianças de zero a 72 meses, totalizando 62,4% de cobertura da população nesta faixa etária. Os resultados mostraram aumento dos indicadores de qualidade para 100% das crianças avaliadas para monitoramento crescimento, suplementação de ferro, avaliação odontológica e orientações para nutrição adequada, prevenção de acidentes na infância, higiene bucal e aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Acredita-se que com a continuidade deste projeto, logremos melhorar a qualidade de vida destas crianças e obter uma população adulta mais saudável para esta área.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; estratégia da saúde da família, Saúde da Criança, Puericultura, Saúde Bucal.

Lista de Figuras

- Figura 1 Município Espumoso
- Figura 2 Município Espumoso
- Figura 3 Unidade Básica de Saúde Dr. René Baccin
- Figura 4 Equipe de Saúde
- Figura 5 Estrutura interna da UBS
- Figura 6 Estrutura interna da UBS
- Figura 7 Estrutura interna da UBS
- Figura 8 Reunião com a equipe
- Figura 9 Reunião com a equipe
- Figura 10 Reunião com os grupos de mães
- Figura 11 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso, RS. 2015
- Figura 12 Atendimento a criança entre zero e 72 meses
- Figura 13 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso/RS.2015
- Figura 14 Crianças com primeira consulta na primeira semana de vida
- Figura 15 Monitoramento do crescimento
- Figura 16 Proporção de crianças entre zero e 72 meses com déficit de peso monitorado da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso/RS.2015
- Figura 17 Vacinação
- Figura 18 Proporção de criança de 6 a 72 meses com primeira

consulta odontológica da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015 Espumoso/RS.2015

Figura 19 Primeira consulta odontológica

Figura 20 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso, RS. 2015.

Figura 21 Crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel-Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..	29
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa	30
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.2.1 Objetivo geral	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	31
2.3 Metodologia	33
2.3.1 Detalhamento das ações.....	33
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística.....	57
2.3.4 Cronograma.....	60
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Discussão	85
5 Relatório da intervenção para gestores	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	90
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
8 Referência	95
9Anexos	95

Apresentação

O presente trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) apresenta o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

Desenvolveu-se um projeto de intervenção com objetivo geral de qualificar a atenção à Saúde das Crianças entre zero a 72 meses pertencentes à área de abrangência da ESF Dr. René Baccin, do município de Espumoso/RS. O projeto contribui para oferecer uma melhoria dos registros e o monitoramento das crianças acompanhadas sendo muito relevante para a comunidade e a equipe da saúde da ESF.

O primeiro capítulo apresenta à análise situacional da UBS em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, descreve-se a análise estratégica – projeto de intervenção – com seus respectivos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, detalhando cada um destes componentes.

No terceiro capítulo apresenta o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo oferece uma avaliação quantitativa da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

O quinto e sexto capítulos apresenta o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. No último capítulo, será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem desta aluna. Ainda na continuação será trazida a bibliografia utilizada para este trabalho concluindo com os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Espumoso, localizado na região centro norte do estado Rio Grande do Sul (RS), concentra uma população aproximada de 15.240 habitantes, com um povo de cultura gaúcha predominante. Seus habitantes são descendentes de italianos e alemães, tem como principal fonte econômica a produção agrícola, principalmente trigo e soja, e o comércio. Quanto à cultura e turismo, o município carece de hotelaria e os restaurantes apresentam uma gastronomia pouco atrativa. O turismo mais praticado é da área rural, realizando-se atividades de educação e de cunho religioso, além dos tradicionais Rodeios Interestaduais. Além disso, acontecem festividades alusivas à Semana das Crianças, Semana Cultural, Semana Farroupilha, Páscoa com a Encenação da Paixão e morte de Cristo Recital de Corais e o Festival Internacional de Folclore.

A atenção à saúde predominante em Espumoso é o Sistema Único de Saúde (SUS) e prevalece uma população de baixos recursos. A cobertura de saúde distribui-se da seguinte forma: existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma central, onde localiza-se a secretaria de saúde (mista) e outra na periferia da cidade, criada para uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e cinco pequenos postos de saúde na área rural (tradicionais), que recebem atendimento uma vez por semana. Há um hospital regional que oferece atendimento pelo SUS, além de populações de comunidades próximas a nosso município. O município consta com três laboratórios privados que prestam serviço para SUS. Na área urbana, 96% das residências são abastecidas com água de poços artesianos tratados pela CORSAN. Quanto à coleta de lixo, o mesmo é realizado diariamente e depositado em um aterro distante 8 km da cidade. O lixo hospitalar é recolhido em incinerado in loco. Há na cidade também diversas fábricas de roupas e de calçados.

Existe um convênio com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde são disponibilizadas reabilitações protéticas aos usuários com baixa renda, em caso de algum procedimento especializado sem possibilidade de ser realizado neste centro, os usuários são encaminhados para o município Passo Fundo. Ainda não está estruturado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Espumoso, localizado na região centro norte do estado Rio Grande do Sul.



Figura 1 - Município Espumoso

Fonte: https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+esppumose/rs&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=gAWpVbWJI8ODwgTonKK4Cw

Concentra uma população aproximada de 15.240 habitantes, com um povo de cultura gaúcha predominante. Seus habitantes são descendentes de italianos, alemães e brasileiros e tem como principal fonte econômica a produção agrícola, principalmente trigo e soja, e o comércio. Quanto à cultura e turismo, o município carece de hotelaria e os restaurantes apresentam uma gastronomia pouco atrativa. O turismo mais praticado é da área rural, realizando-se atividades de educação e de cunho religioso, além dos tradicionais Rodeios Interestaduais. Além disso, acontecem festividades alusivas à Semana das Crianças, Semana Cultural, Semana

Farroupilha, Páscoa com a Encenação da Paixão e morte de Cristo Recital de Corais e o Festival Internacional de Folclore.



Figura 2 - Município Espumoso Disponível em:

Fonte: <http://www.espumoso.net/noticias/2011-003.php>

A atenção à saúde predominante em Espumoso é o Sistema Único de Saúde (SUS) e prevalece uma população de baixos recursos. A cobertura de saúde distribui-se da seguinte forma: existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma central, onde localiza-se a secretaria de saúde (mista) e outra na periferia da cidade, criada para uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e cinco pequenos postos de saúde na área rural (tradicionais), as mesmas recebem atendimento uma vez por semana. Há um hospital regional onde se internam os usuários necessitados e as urgências médicas. Outras especialidades não se oferecem no município. O município conta com três laboratórios privados que prestam serviço para SUS. Existe um convênio com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde são disponibilizadas reabilitações protéticas aos usuários com baixa renda, em caso de algum procedimento especializado sem possibilidade de ser realizado neste centro, os usuários são encaminhados para o município Passo Fundo. Ainda não está estruturado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A ESF Dr. René Baccin é uma unidade localizada na periferia da cidade e foi fundada em 2012.



Figura 3 - ESF Dr. René Baccin

A área de abrangência está dividida em oito microáreas distribuídas entre os bairros Cooperativos Velhos, São Valentin, Luiz Parrizotto, Arroio, Habitar Brasil, Mara Valha, Trauma e Santa Julia. Dentre as microáreas, seis já estão totalmente cadastradas. Destas, seis estão cadastradas, contando cada uma com um ACS. A Equipe de Saúde da Família, que ainda não se encontra aprovada, está formada neste momento, por duas médicas do Programa Mais Médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma higienizadora.



Figura 4 - Equipe de Saúde

A ESF também conta com dois médicos gerais e um cirurgião, que são contratados e fazem atendimento de livre demanda em um só turno de trabalho, com uma carga horária de 10 horas, assim como dois cirurgiões-dentistas, que são concursados e tem três turnos de trabalho na semana, realizando consultas agendadas. Os usuários que precisam de outros atendimentos especializados são encaminhados à unidade central, como por exemplo, para a psicóloga e nutricionista. A equipe ainda não tem odontologista nem técnico auxiliar de saúde bucal.

A estrutura da ESF permite o fluxo adequado dos usuários e está composta por uma sala de recepção, sala de espera ampla, dois consultórios médicos equipados, consultório odontológico, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de curativos e procedimentos, sala destinada a almoxarifado, seis banheiros, cozinha, depósitos para o material de limpeza e depósito para lixos não contaminados e resíduos sólidos, sala para lavagem e descontaminação de material, sala de estetização e estocagem de material. Existe uma sala de reuniões e educação em saúde.



Figura 5 - Estrutura interna da ESF



Figura 6 - Estrutura interna da ESF



Figura 7 - Estrutura interna da ESF

Em relação às barreiras arquitetônicas, a acessibilidade à UBS para pessoas idosas e portadoras de deficiência física é adequada, de acordo com as normas técnicas para unidades de saúde no Brasil. Não existem escadas e temos uma rampa para facilitar o acesso dos cadeirantes, também não existem degraus que afetem a livre circulação de usuários deficientes.

Entre as deficiências destaca-se a falta de dois ACS para que se possa finalizar o cadastramento total da população. Não há previsão de realização de concurso para suprir estas vagas. Assim, não temos como conhecer o número real da população adstrita à unidade e planejar ações efetivas de promoção e prevenção de saúde.

Há problemas com a existência de alguns medicamentos na farmácia para usuários com doenças crônicas, pois a maioria possui baixos recursos e dependem deste serviço. Em relação às atribuições das equipes, são feitas reuniões semanais abordando-se os principais problemas identificados de forma crítica com ânimo de resolutividade, além de compartilhar conhecimentos e informações, por exemplo. Na ESF os profissionais não participam no gerenciamento dos insumos necessários para o trabalho, o que é realizado anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde do município, constituindo um problema a resolver, pois esta ação deve ser dividida com a equipe para poder definir quais são os recursos e insumos que mais são

necessários para aquela população em específico. Outro problema identificado neste contexto dos profissionais da unidade é que os odontologistas não estão envolvidos na maioria das ações de saúde planejadas na mesma, pois sempre estão com maior frequência de atendimento na parte assistencial, realizando também o trabalho do técnico/auxiliar em saúde bucal, o que torna o serviço mais lento e pouco abrangente. A unidade não oferece serviço de prótese dentária nem atendimento odontológico especializado como endodontia, periodontia, cirurgia oral menor nem odontopediatria. Os pacientes que necessitam deste tipo de atendimento são encaminhado para o CEO do município Passo Fundo, que tem tempo médio para atendimento após encaminhamento de 20 dias, onde os pacientes encaminhados conseguem ser atendidos sem muitas dificuldades.

A estrutura física apresenta condições adequadas, ambientes iluminados e arejados. A unidade possui dois consultórios médicos, um consultório odontológico, salas para recepção, triagem, nebulização, farmácia, armazenamento de medicamentos, vacinas, curativos e procedimentos, lavagem e descontaminação de material e esterilização, almoxarifado e sala para reuniões e educação em saúde, depósito de material de limpeza e depósito para os lixos contaminados, não contaminados e resíduos sólidos, seis sanitários (usuários e funcionários). Destaca-se que não existem barreiras importantes em nossa unidade, pois o acesso é facilitado aos idosos, aos portadores de deficiências ou aqueles que apresentam algum comprometimento à saúde decorrente de doenças crônicas ou incapacidade funcional para poder movimentar-se livremente.

Não existem todos os recursos audiovisuais necessários para o trabalho, mas há serviço de internet onde todos os profissionais têm acesso. Há três meses é desempenhado o atendimento com prontuários eletrônicos, facilitando um atendimento mais integral e um melhor registro de dados. Porém, apesar destas dificuldades, são utilizados os protocolos comuns de encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção como atendimento nas especialidades, internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento respeitando fluxos de referências. É importante ressaltar que nem sempre recebemos as contra referências dos usuários encaminhados a outros serviços de saúde.

Na área de abrangência da ESF há uma distribuição aproximada de 4.000 usuários. Destes, 2.022 correspondem ao sexo feminino e 1.978 correspondem ao sexo masculino. A população menor de 15 anos é de 603 usuários, as mulheres

entre 25 e 64 anos são 1.087, um total de mulheres entre 50 e 69 anos é de 332. O total de hipertensos com 20 anos ou mais somam 159 e diabéticos desta idade compreendida somam 38. O total de idosos com 60 anos ou mais é, aproximadamente, 378 pacientes. Tal quantidade de pessoas da área de abrangência estimada no caderno de ações programáticas (CAP) corresponde adequadamente ao que a equipe prevê.

O acolhimento da demanda espontânea na ESF ocorre nos dois turnos de trabalho, todos os dias da semana. São realizados pela enfermeira e técnicos de enfermagem e médicos. Não contamos com recepcionista para realizar o acolhimento. Essa atividade quase sempre acontece de uma forma correta e se orienta uma adequada conduta e atuar de maneira certa, melhorando o pronto atendimento e classificando qual paciente é tem preferência (idosos, por exemplo) ou maior urgência para realizar este atendimento. Não há excesso da demanda espontânea para o atendimento.

Os atendimentos de puericultura da área de abrangência são realizados no centro municipal de saúde, com atendimento pelo especialista em pediatria e pela enfermeira, com frequência de três vezes por semana, no turno da tarde. Os resultados da estimativa realizados através do CAP foram 48 crianças menores de um ano, mostrando que há uma cobertura média de 54% (n=26) nesta faixa etária de residentes na área. Destas crianças atendidas, 85% (n=22) realizaram teste do pezinho, 73% (n=19) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 69% (n=18) possuem monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta 88% (n=23) estão com vacinas em dia, 54% (n=26) receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes. Alguns indicadores não foram preenchidos, pois na unidade não existe um registro atualizado dos dados como, por exemplo, consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realização da triagem auditiva, avaliação de saúde bucal. Os médicos gerais só realizam pronto atendimento para problemas agudos de saúde em crianças, não existindo excesso da demanda. Ainda não temos grupos de mãe das crianças sendo esta uma das atividades de grande importância para acompanhamento da puericultura de maneira adequada.

As ações desenvolvidas em relação à saúde da criança são imunizações, aleitamento materno, prevenção de anemia, violência, hábitos alimentares

saudáveis, promoção em saúde bucal, teste de pezinho, teste de orelhinha e olhos além de outras. Aproveitamos classificação para identificar alto risco em crianças e se utiliza protocolo para atendimento nas especialidades e internação hospitalar. Registram-se os atendimentos em prontuário eletrônico e não existe arquivo específico para o registro, mas tem fichas-espelho de vacinas e caderneta da criança, as quais são solicitadas pelos profissionais de saúde. A vacinação está atualizada, pois é feito rastreamento dos faltosos pelos ACS. Nenhum dos profissionais da unidade se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura nem avaliação e monitoramento deste programa. Existem alguns programas relacionados à puericultura sendo desenvolvidos no momento. O Programa Bolsa Família é monitorado pelo enfermeiro, o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional) e Criança e Saúde de Ferro também são desenvolvidos pela equipe. Uma vez que seja aprovada a unidade como ESF, um maior controle das crianças da área será permitido, logrando assim a assistência da primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, além da formação de grupos de mães das crianças, sendo estas ações de vital importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de forma adequada.

Em relação ao pré-natal as ações de atenção às gestantes realizadas se caracterizam pelo diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, promoção de saúde bucal e saúde mental.

O diagnóstico e tratamento de saúde mental, quando necessário, são oferecidos no Centro Municipal pelo especialista. Não contamos com esta especialidade em nossa unidade. O mesmo acontece para as especialidades de nutrição e psicologia.

Temos um total de 16 gestantes. O atendimento é realizado com prévio agendamento, às quartas feiras, no turno da manhã pelo especialista em gineco-obstetria. Quando as gestantes necessitam de atendimento de outras especialidades são encaminhadas para o serviço de referência. Há gestantes que não realizam as consultas de pré-natal na unidade de saúde, por optarem pelo acompanhamento no setor privado.

Além das consultas programadas existe demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos na unidade de saúde, mas sem excesso desta demanda.

Utiliza-se protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério de Saúde e pela Secretaria Municipal como guia para que os profissionais possam realizar um atendimento de qualidade satisfazendo as necessidades das gestantes. Também são utilizados protocolos para encaminhamento às especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto atendimento e atendimento em pronto socorro. Existe arquivo específico para os registros de atendimentos às gestantes, mas não são revisados periodicamente, Estes, são enviados ao Centro Municipal para controle do programa do município em geral.

Além disso, existe o programa SISPRENATAL do Ministério de saúde sendo a enfermeira responsável para enviar os cadastros à Secretaria Municipal de saúde. São realizadas atividades de educação sanitária com o grupo de gestantes abordando temas referentes à alimentação, controle de ganho de peso, imunizações, aleitamento materno, orientação para avaliação de saúde bucal, cuidados com o recém-nascido, promoção de atividade física e outros temas relacionados ao tabagismo, álcool, drogas, anticoncepcionais com orientação sobre revisão puerperal até os sete dias e entre 30 a 42 dias.

Temos profissionais de saúde na unidade que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação de programa pré-natal sendo responsável a enfermeira que também realiza monitoramento de programa pré-natal junto ao obstetra com realização de reuniões mensais.

Temos um total de 1.101 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura da ESF. Destas, acompanhamos 60% (n=662) das mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade estão muito abaixo do preconizado. Apenas 31% (n=206) das mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 24% (n=158) das mulheres apresentaram exame citopatológico alterado (sendo a citologia inflamatória a mais frequente, um caso NIC I, um NIC II e um NIC III), a avaliação do risco para este câncer é realizado a 47% (n=310) das mulheres sendo orientadas quanto à prevenção e sobre DSTs, 31% (n=205) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, pois, dentre as amostras coletadas apenas uma não foi satisfatória; não logamos obter os exames citopatológicos para câncer de colo de útero com

mais de 6 meses de atraso e para exames coletados com células representativas da junção escamocolunar, pois esses dados não estavam atualizado no arquivo.

São realizadas ações de educação para a realização periódica do exame preventivo, além das coletas de exame citopatológico, que é realizado quatro dias da semana, em ambos turnos de trabalho. As amostras são enviadas ao município de Passo Fundo, para sua análise e processamento. Todas as coletas são realizadas pela enfermeira da unidade e os demais profissionais aproveitam o momento para realizar conversas sobre a importância do preventivo e investigar os fatores de risco para este tipo de câncer nas mulheres que realizam este exame.

As mulheres atendidas com coleta de exame são registradas no livro de registro, assim como no prontuário clínico e formulário especial para este exame cito-patológico. Existe também um arquivo específico para o registro dos resultados coletados, sendo revisado mensalmente pela enfermeira responsável, com a finalidade de verificar mulheres com exame em atraso, completude do registro e avaliar a qualidade do programa. Não são realizadas atividades com grupos de mulheres. A enfermeira é encarregada pelo planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Colo de Útero. Existe o protocolo de prevenção de Câncer de Colo Uterino produzido pelo Ministério de Saúde e publicado no 2012. É utilizado por alguns dos profissionais, por exemplo, enfermeira, médico clínico geral e ginecologista. Tendo em conta todo o anteriormente debatido, a equipe tem como proposta determinar com certeza a quantidade de mulheres com vida sexualmente ativa e em idade compreendida entre 25-64 anos, assim como educar às mulheres na necessidade de realizar o preventivo como mínimo cada três anos como estabelece o programa aproveitando atividades grupais é visitas domiciliares.

Em relação ao controle do câncer da mama, a equipe tem registrado 67% (n=276) de mulheres compreendidas entre 50-69 anos. A equipe faz atividades de educação continuada, preparando as usuárias para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama, já que o diagnóstico desta doença no estágio inicial possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas para os pacientes. São feitas buscas ativa nas consultas e nas visitas domiciliares, avaliando sempre os fatores de riscos, e assim pode-se planejar os atendimentos por ordem de prioridade. Clinicamente, é realizado um exame exaustivo das mamas e solicitamos as mamografias às mulheres de maior risco. Nos quatro últimos meses, se reportaram

11 mulheres com este exame solicitado, resultando negativo em todos os casos. Nos últimos anos, desconhece-se o número de mulheres que foram identificadas com mamografia alterada e sim tiverem um seguimento adequado, pois pode existir a possibilidade que algumas delas recebam atendimento no setor privado. As mulheres com risco de padecer esta doença são encaminhadas à Unidade Central do município pela enfermeira para que sejam seguidas e controladas pela enfermeira do programa, mas não há um retorno das mesmas à ESF. Mensalmente são realizadas pela equipe ações de educação em saúde da mulher. Nestas atividades, ocorrem palestras e conversas com o objetivo de orientar sobre a importância da realização dos exames em tempo para a prevenção e controle destas doenças, a detecção precoce, sua periodicidade segundo faixa etária e identificação de sinais de alerta que podem significar câncer.

São registrados os atendimentos às mulheres entre 50-69 anos pela enfermeira no prontuário clínico, mas não há um arquivo específico que registre os resultados das mamografias com relação a esta doença, como também há inexistência de profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações de controle de câncer de mama. Os indicadores de qualidade deste programa poderiam ser melhorados primeiramente com a organização do trabalho em equipe, utilizando metas e estratégias para a promoção e prevenção desta doença, assim como a orientação sobre a importância da realização de autoexame das mamas com uma frequência mensal. Ademais, mecanismos para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado devem ser implantados. Portanto, ainda há muito trabalho por realizar para melhorar este programa. Existe um profissional que se dedica ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos, que é a enfermeira.

Em relação à atenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a unidade tem registrado 159 usuários com esta doença, o que representa uma estimativa de 18% de cobertura. Esta estimativa fica abaixo do esperado, visto que a prevalência desta doença é maior a nível mundial. A organização do atendimento conta com ações para estimular hábitos alimentares saudáveis, controlar do peso corporal, prática regular de exercício físico, redução do consumo excessivo de álcool e tabagismo. Está implantado o programa HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão

Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica)¹ do Ministério da Saúde, sendo a enfermeira a responsável pelo cadastramento dos usuários no programa. Os protocolos de atendimento para pacientes portadores de HAS são: Cadernos de Atenção Básica 36 e 37, específicos para estes grupos, produzidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2012, sendo utilizados pela médica, enfermeira, ginecologista, nutricionista e técnicos de enfermagem.

Os atendimentos clínicos de adultos portadores de HAS acontecem todos os dias da semana durante todos os turnos de trabalho, não tem atendimento a paciente fora de área de abrangência e o paciente já tem a data de retorno marcada uma vez concluída sua consulta. Durante o atendimento médico utilizam classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS. Quando é necessário, utilizam-se protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema da saúde para atendimento especializado. Geralmente não existe excesso de demanda para atendimento de adultos com problemas de saúde agudos devido à HAS, ocorre agendamento para outra data de acordo com a necessidade do atendimento. As ações desenvolvidas em relação ao cuidado aos hipertensos são diagnósticas e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, registro de acompanhamento do HIPERDIA e ficha nutricional. Existe um arquivo específico para registros dos atendimentos dos adultos com HAS, revisado pela enfermeira responsável duas vezes ao ano, com a finalidade de verificar pacientes faltosos e completude de registros. A equipe realiza atividades com grupos específicos para esta doença, planejadas duas vezes ao mês, desenvolvidas na sala de espera da UBS com uma participação de grande parte dos pacientes acompanhados. De acordo com os dados estimados pelo CAP, se conhece que 74% (n=118) de usuários hipertensos apresentam exames complementares em dia, orientação sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular, estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. É desconhecido se existe atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, pois o arquivo específico não estava atualizado e os pacientes acompanhados na unidade não possuem avaliação de saúde bucal.

¹ Atualmente sendo substituído pelo sistema e-SUS, porém a nomenclatura HIPERDIA mantém-se pelo costume no uso como sinônimo do acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

De acordo com o supracitado, ainda existem deficiências no cuidado com os usuários com HAS, que poderiam ser melhoradas a partir do cadastramento da população da área de abrangência da unidade, para assim realizar a busca ativa de pacientes em risco, realizar reuniões para planificar adequadamente a atenção ao programa, incrementar mais pessoas ao grupo de hipertensos e incorporar todos os profissionais de saúde da ESF a estas atividades.

Em relação à atenção da Diabetes Mellitus (DM), a equipe atende 15% (n=38) de diabéticos com 20 anos ou mais. Bem como para os usuários com HAS, os usuários com DM também participam de ações de orientação sobre os hábitos alimentares, controle do peso corporal, prática regular de exercício físico, redução do consumo excessivo de álcool e tabagismo em cada encontro do HIPERDIA. Atendimentos de adultos portadores de DM acontecem em todos os dias da semana durante todos os turnos de trabalho, não tem atendimento a pacientes fora de área de abrangência, o paciente já tem a data de retorno marcada uma vez concluída sua consulta. Geralmente não existe excesso de demanda para atendimento de adultos com problemas de saúde agudos devido à DM, ocorre agendamento para outra data de acordo com a necessidade do atendimento. As ações desenvolvidas em relação ao cuidado aos diabéticos são diagnósticas e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os profissionais utilizam uma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM. Quando é necessário, utilizam-se protocolos para regular o acesso dos adultos com DM a outros níveis do sistema da saúde para atendimento especializado. A equipe de saúde realiza atividades com grupos duas vezes ao mês, desenvolvidas na sala de espera da ESF. A enfermeira se dedica ao planejamento, gestão, e coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, registro de acompanhamento do HIPERDIA, ficha nutricional, ficha de espelho de vacinas. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com DM que é revisado pela enfermeira responsável, duas vezes ao ano para verificar pacientes faltosos e completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com maior risco para esta doença, além de avaliar a qualidade do programa. Para garantir uma melhor atenção a este grupo da população, se planeja

desenvolver de forma completa as ações relacionadas com: a avaliação médica adequada, exame físico completo e dirigido a fazer diagnóstico precoce das complicações, incluindo a avaliação antropométrica, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade. Infelizmente, o sistema de saúde não está totalmente organizado para a realização dos exames especializados e encaminhamento para os especialistas, motivo pelo qual a resolutividade ainda não é satisfatória, sendo essencial o maior apoio dos gestores neste sentido. Com relação aos indicadores de qualidade do programa estimados pelo CAP, estes demonstram que ainda se desconhece se existe atraso das consultas agendadas e da avaliação de saúde bucal. Apenas 84% (n=32) dos pacientes diabéticos atendidos tiveram a avaliação do risco cardiovascular, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação. O programa poderia ser melhorado a partir da incorporação de todos os profissionais de saúde da ESF a estas atividades, como o odontologista e nutricionista para lograr fazer um melhor controle dos usuários portadores desta, incrementar ações de saúde em promoção e prevenção envolvendo a todos os profissionais da unidade, como também o rastreamento na população adulta, estratificação de risco cardiovascular da totalidade dos diabéticos, com um correto plano de tratamento e acompanhamento conforme o protocolo, realizar atividades educativas em grupo na associação de bairro existente na comunidade, não só para pacientes doentes, mas também para pacientes vulneráveis. Além disso, também é necessário organizar os registros para um planejamento adequado, avaliar e monitorar as ações do programa corretamente.

Em relação à atenção dos idosos, na área da ESF há aproximadamente 69% (n=378) de cobertura, de acordo com o CAP. A equipe realiza atendimento todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho e não existem idosos de outras áreas de cobertura atendidos na unidade. Após cada consulta, os usuários idosos atendidos já saem da unidade com a próxima consulta agendada. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde aguda, para os quais existe oferta de atendimento, mas não existe excesso de demanda. Não existe um protocolo de atendimento para os idosos, mas são desenvolvidas ações como imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, se faz diagnóstico de problemas clínicos em general, saúde

bucal e saúde mental, também tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. São utilizados protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como: atendimentos a especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

O atendimento dos idosos é registrado no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas e não existe arquivo específico para os registros do atendimento. Os profissionais não avaliam a Capacidade Funcional Global, mas se explica aos idosos ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência nesta idade, como depressão, DM e HAS. Apenas 15% (n=56) da população idosa tem caderneta de saúde porque não foi disponibilizado mais recursos materiais para a unidade e estas não são solicitadas pelos profissionais. Ademais, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. Outra dificuldade é que existe demora no agendamento das consultas especializadas como oftalmologista, neurologista, psiquiatra, entre outros, sendo necessários para o cuidado das pessoas idosas.

O Estatuto do Idoso e o Programa de Atenção aos Idosos não é disponibilizado na unidade, nem tampouco tem grupos específicos de idosos e as atividades com os idosos estão incorporados aos grupos HIPERDIA e de alcoólicos, assim como os vinculados a assistência social e lares de idosos. Na ESF existe um levantamento de idosos que necessitam receber cuidados domiciliares, realizado pela enfermeira, médico de família, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde comunitária. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na unidade seriam em dependência da seriedade e comprometimento da equipe em fazer um bom trabalho com este programa. Para lograr um adequado funcionamento, é importante que exista um protocolo de atendimentos dos idosos, além de identificar o maior número possível de pessoas de 60 anos ou mais mediante o cadastramento de toda a população que se estima que a inicie de próximo ano se culmine, realizar planejamento aos controles em consulta e visitas domiciliares, realizar grupos de idosos na área de saúde estimulando a realização da prática de exercícios físicos, realizar atividades culturais, entre outras. O maior desafio na atenção à pessoa idosa apesar das limitações e necessidades existentes,

é que tenham a possibilidade de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considere o contexto familiar e social e consiga reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. O apoio familiar e dos profissionais de saúde com as pessoas idosas seriam atividades a praticar para melhorar o atendimento destas pessoas, visando o futuro próximo de maior envelhecimento da população mundial.

Os maiores desafios a partir de agora para qualificar a atenção básica da UBS Dr. René Baccin são conseguir o cadastramento total da população para lograr a cobertura da área de atuação e um melhor planejamento das ações programáticas em correspondência com os protocolos produzidos pelo Ministério de Saúde. Objetiva-se utilizar tal análise para melhorar qualidade de vida aos usuários mediante uma correta assistência médica, realizar ações de promoção, prevenção, rastreamento, detecção precoce dos problemas de saúde, diagnóstico e tratamento oportuno para tratamento precoce de agravos, evitando complicações às vezes irreversíveis, como também a reabilitação e cuidados paliativos se fora necessário. Tudo isto permite a equipe melhorar as expectativas de vida e o grau de satisfação da população da área de abrangência.

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

Fazendo uma comparação entre a tarefa da segunda semana da Semana de Ambientação e o Relatório da Análise Situacional, se observa que algumas coisas mudaram na unidade e que através das semanas fomos ampliando nossos conhecimentos sobre o município de Espumoso, assim como da própria ESF Dr. René Baccin, conseguindo um domínio e conhecimento sobre as ações programáticas na APS. Isso foi possibilitado pela análise profunda e sistemática da situação, possibilitada pelos instrumentos utilizados: questionários e o Caderno de Ações Programáticas.

Ao início do trabalho, somente se conhecia a estrutura da ESF a grandes deficiências geradas pela composição da equipe e funcionamento das atividades, sem muitos detalhes. Mas neste momento se conhece uma ampla visão das principais deficiências e limitações, as quais há que trabalhar com muito esforço e dedicação para lograr um correto funcionamento da Atenção Básica de Saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção à saúde da criança é considerada como área de constante preocupação no âmbito das políticas públicas de saúde, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população. Ao longo do tempo, percebe-se que em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil. Estas diretrizes enfocam um importante indicador: a mortalidade infantil, o qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população (UNICEF, 2008).

O acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento é fundamental para a criança, pois permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social (BRASIL, 2012). As ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem ser voltadas a identificação de situações de vulnerabilidade, possibilitando a redução da morbimortalidade e permitindo um contato mais próximo com a criança e sua família, logrando assim um melhor planejamento das ações programáticas em correspondência com o protocolo produzido pelo Ministério de Saúde.

A unidade de saúde Dr. René Baccin atende a nível de Estratégia de Saúde de Família (ESF). Está localizada na periferia da cidade de Espumoso/RS e é dividida em oito microáreas. A população que será foco desta intervenção são crianças de 0-72 meses de vida, de toda a área abrangência da ESF Dr. René Baccin. Neste momento temos cadastradas 178 crianças, com um indicador de cobertura de 54% dos menores de um ano e desconhecendo-se a proporção de cadastrados e efetivamente acompanhados daqueles com até 5 anos 11 meses e 29 dias (até 72 meses). Desconhecem-se, também, quantos tem cadernetas de saúde e não temos grupos específico de crianças formadas na unidade.

Nossa intervenção será dirigida à atenção na Saúde da Criança. A escolha deste foco foi motivada pela falta de qualidade da atenção, pois não existe uma organização e estruturação do serviço como está estabelecida no protocolo. Levou-se em conta, também, que a unidade não oferece atendimento direto a crianças em puericultura, sendo este realizado somente pelo especialista em pediatria na unidade central de saúde do município, em três turnos da semana. Não há cadastramento de 100% da população de área por falta de ACS. Com a intervenção poderemos melhorar os registros da atenção à criança mediante um cadastramento da população alvo, para lograr a cobertura total da área de atuação e um melhor planejamento das ações programáticas em correspondência com o protocolo produzido pelo Ministério de Saúde. Além da correta assistência médica, pretende-se realizar ações de promoção, prevenção, rastreamento e detecção precoce dos problemas de saúde. Tudo isto permitirá a equipe melhorar as expectativas de vida e o grau de satisfação da população da área de abrangência, melhorando atenção à saúde da população-alvo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde das Crianças de zero e 72 meses da ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes da ESF Dr. René Baccin.

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

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade do atendimento à criança entre zero e 72 meses.

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 idade.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro na ficha 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: Incentivar a amamentação de 100% das crianças, 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 e demais doenças bucais 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 e visa aprimorar e organizar a atenção à saúde das crianças entre zero a 72 meses, na ESF Dr. René Baccin do Município de Espumoso/RS, pretendendo atingir com nossa intervenção o 60% desta população (N=107). Foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica para a realização dessa intervenção, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de cobertura da ESF Dr. René Baccin.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorara o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: A médica avaliará em conjunto com a equipe de saúde da unidade as crianças cadastradas, atualizando os registros pelos ACS semanalmente, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro das crianças, melhorando o acolhimento e atendimento de crianças.

Detalhamento: O técnico de enfermagem garantira o acolhimento das crianças na ESF, reorganizara a agenda aumentando os atendimentos semanais, assim como incrementara as visitas domiciliares nesta faixa etária. Serão atendidas

no mesmo dia as crianças com problemas agudos, que sairão da consulta com retorno agendado pela médica e os ACS cadastraram a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

- Fazer o cadastro da população da área de abrangência da unidade de saúde pela equipe de saúde. Cadastrar e incluir no programa também todas as crianças da área que buscarem o serviço para atendimento médico/odontológico, vacinação e programas Bolsa Família e Leite do Meu Filho, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A equipe de saúde da unidade informou e orientou permanentemente a população da área, especialmente aos pais, sobre a importância da consulta de puericultura e realizou ampla divulgação através de palestras, meios de difusão em massa, cartaz, orientação pessoal do tema nos serviços de saúde e estabelecimentos públicos, igrejas, comércios e na comunidade em geral desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Promover atividades de educação permanente nas reuniões da equipe sobre acolhimento, importância de interagir sobre experiências neste sentido favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso com a comunidade além de capacitar a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, sendo responsável a médica.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

-A médica monitorara o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento: A médica realizara este controle mensalmente, através do registro nas fichas-espelho e preenchimento de planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Através do controle da data provável do parto das gestantes em acompanhamento, buscar através de visitas domiciliares pelas ACS as crianças que não compareceram ao serviço em uma semana, para que realizem sua primeira consulta e sejam inseridas no Programa, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar as grávidas, principalmente no terceiro trimestre, sobre a importância da consulta nos primeiros 7 dias, seja na ESF ou na visita domiciliar e que a equipe vai continuar acompanhando a criança segundo o protocolo do Ministério de Saúde, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Abordar nas reuniões semanais a importância de fazer o acolhimento a todas as crianças que procurem atendimento na ESF e classificar o atendimento, os que apresentem problemas agudos a avaliação do dia mesmo a agenda este completa, os demais agendar por ordem de prioridade e em as primeiras 72 horas da solicitação. Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, com base na avaliação a curva de crescimento nas tabelas da caderneta em todas as consultas de puericultura, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica reportara à gestão da ESF a necessidade da equipe de ter esses materiais para realizar as medidas antropométricas das crianças e mantê-los em condições de uso e ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar os pais e/ou responsáveis pela criança a respeito do que deve ocorrer a cada consulta de puericultura, os avanços esperados e as condutas tomadas para identificar sinais de anormalidade, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Treinamento sobre as técnicas para obter as medidas antropométricas, principalmente para as técnicas de enfermagem que atuam nesta função e padronizar a equipe na realização das medidas, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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

Ações por eixo:**Monitoramento e avaliação.**

- Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Através do preenchimento da planilha de coleta de dados com os registros dos prontuários e fichas-espelho das crianças com déficit de peso e acompanhá-las com maior frequência. Informar para avaliá-las pela nutricionista e pela assistente social. Reportar ao departamento de nutrição do município para a inclusão no programa “Leite de meu Filho” e “Bolsa de Família”. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso. Identificar as crianças com déficit de peso com ficha de uma cor específica grampeada acima e à direita no prontuário, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Reportar à gestão da ESF a necessidade da equipe de ter esses materiais para realizar as medidas antropométricas das crianças e mantê-los em condições de uso. Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar os pais e/ou responsáveis pela criança a respeito do que deve ocorrer a cada consulta de puericultura, os avanços esperados e as condutas tomadas e como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe por parte da médica o protocolo vigente para garantir a qualidade da atenção às crianças em relação às medidas antropométricas principalmente para as técnicas de enfermagem que atuam nesta função, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Mediante o preenchimento da planilha de coleta de dados com os registros dos prontuários e fichas-espelho das crianças com déficit de peso e acompanhá-las com maior frequência. Informar para avaliá-las pela nutricionista, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Reportar à gestão da ESF a necessidade da equipe de ter esses materiais para realizar as medidas antropométricas das crianças e mantê-los em condições de uso. Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Manter disponível no computador do consultório a versão atualizada do protocolo em formato eletrônico e Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso com uma ficha de uma cor específica grampeado acima e à direita no prontuário, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar os pais e/ou responsáveis pela criança a respeito do que deve ocorrer a cada consulta de puericultura, os avanços esperados e as condutas tomadas permitindo identificar se existem sinais de anormalidade, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe por parte da médica o protocolo vigente para garantir a qualidade da atenção às crianças em relação às medidas antropométricas principalmente para as técnicas de enfermagem que atuam nesta função e realizar treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através do preenchimento da planilha de coleta de dados com os registros provenientes da avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo e o controle motor de todas as crianças cadastradas e acompanhadas pela equipe, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Realizar encaminhamento segundo protocolo para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento específico em outro nível de atenção. Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento identificando-se com uma ficha de uma cor específica grampeada acima e à direita no prontuário, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar os pais e/ou responsáveis pela criança a respeito do que deve ocorrer a cada consulta de puericultura, os avanços esperados e as condutas tomadas, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Detalhamento: Abordar nas reuniões semanais temas sobre puericultura para conseguir que a equipe seja capaz de fazer avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e desta maneira repassar informação às mães e família, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Informar e debater em cada reunião da equipe por parte da médica o protocolo vigente para garantir a qualidade da atenção às crianças em relação ao

desenvolvimento, com participar dos integrantes da equipe nas consultas para desenvolver habilidades no preenchimento e na interpretação das fichas de desenvolvimento.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados com os registros de vacinação. A partir daí, realizar busca ativa pela equipe das crianças com vacinas atrasadas e encaminhá-las para a sala de vacina. Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Informar aos gestores e coordenação da ESF sobre a necessidade da equipe em relação às vacinas e materiais necessários para sua aplicação e disponibilização, garantindo o abastecimento em tempo adequado. Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinada, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Detalhamento: Porta aberta da sala de vacina o dia todo para vacinar a totalidade das crianças com essa demanda que busquem a ESF e realizar controle da cadeia de frio e fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e Monitorar o controle da data de vencimento do estoque das vacinas pela equipe de enfermagem.

Engajamento público:

- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: Informar na consulta e na visita domiciliar aos pais e/o responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e a importância de seu cumprimento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe, através da médica e da enfermeira, sobre a leitura do cartão da criança, registro adequado, preenchimento da ficha espelho e vacinação. Os integrantes da equipe devem participar nas consultas para desenvolver habilidades no preenchimento e na interpretação destas fichas, assim como fazer rotação pela sala de vacina.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros dos prontuários e das cadernetas daquelas crianças que receberam suplementação de ferro e data da próxima dose, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir a dispensação do medicamento suplemento.

Detalhamento: Verificar na farmácia a disponibilidade do suplemento de ferro para evitar desabastecimento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Prescrever suplemento de ferro de acordo com o peso nas consultas e visitas, além de orientar os pais e responsáveis sobre a importância da administração deste suplemento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: contínua da equipe médica sobre as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: De acordo com o preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros da caderneta e nos prontuários daquelas crianças que realizaram triagem auditiva e seus resultados, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: Informar ao gestor a importância da realização do teste auditivo nas crianças e da necessidade de equipamento especial na ESF, emissor de sons, para verificar a resposta dos ouvidos ao estímulo, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Informar aos pais e responsáveis que a função do teste auditivo é detectar deficiência na audição. Se não for feito na maternidade, agendar em outra unidade de saúde logo no segundo dia após nascimento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Atualização contínua da equipe médica sobre triagem auditiva, conforme protocolo de saúde da criança, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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

Ações por eixo:**Monitoramento e avaliação:**

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

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado no registro das cadernetas e dos prontuários sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: Informar ao gestor a importância da realização do teste do pezinho em até 7 dias de vida, justificando a necessidade de papel filtro especial, lancetas e pessoal preparado para realizar o teste no tempo estabelecido sendo responsável a médica e a enfermeira.,

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar as grávidas, pais, familiares e comunidade em geral que o teste do pezinho é oferecido pelo SUS e inclui pesquisa para anemia falciforme, hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria, por isso a importância de realiza-lo em tempo adequado, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho.

Detalhamento: Se não, providenciar a capacitação. Realizar capacitação e atualização sobre como proceder para realizar este teste, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Meta 2.10

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: De acordo com o preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros no prontuário que informam de a criança realizou ou não o tratamento odontológico, identificando as que precisarem avaliação, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Acolher todas as crianças que buscarem a ESF para avaliação odontológica, com posterior agendamento pela equipe odontológica para garantir seu tratamento de saúde bucal, se necessário, oferecendo atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde além de Planejar ações efetivas com a equipe de saúde bucal para melhorar o atendimento odontológico, como agendamento das crianças no mesmo dia da consulta de puericultura, realizar as visitas domiciliares em equipe, segundo a necessidade do atendimento, agendando para consulta na unidade se necessários dar continuidade ao tratamento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Realizar na comunidade atividades educativas sobre as peculiaridades da saúde bucal e sobre a periodicidade das consultas odontológicas. Orientar os pais, as crianças, aos familiares e a comunidade sobre a importância da higiene bucal, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe, através da equipe de saúde bucal, sobre como realizar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, baseado nos registros dos prontuários de saúde bucal das

crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica sendo responsável o dentista cirurgião.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Acolher e cadastrar todas as crianças que buscarem a ESF para atendimento odontológico, com posterior agendamento pela equipe odontológica para garantir seu tratamento de saúde bucal, oferecendo atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, sendo responsável o dentista cirurgião.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Realizar na comunidade atividades educativas sobre as peculiaridades da saúde bucal e sobre o atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade. Orientar os pais, as crianças, aos familiares e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e as demais facilidades oferecidas na unidade de saúde, sendo responsável o dentista cirurgião e a médica.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Capacitar à equipe em cada reunião, através do dentista, sobre como realizar o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade que vão realizar atendimento odontológico.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado na revisão sistemática dos prontuários para verificar data

de cada consulta e assim avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas, e monitorar as buscas de crianças faltosas se for necessário, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas segundo o controle semanal das consultas de puericultura.

Detalhamento: Identificar as crianças faltosas e planejar visitas domiciliares para resgatá-las e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas além de reagendar com prioridade as crianças faltosas à consulta de puericultura proveniente das buscas ativas pelas ACS, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

- Informar a comunidade e as mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança e desenvolver atividades educativas e de apoio às crianças.

Detalhamento: Pais e familiares, assim como a comunidade em geral, orientando sobre a importância do acompanhamento regular da criança pela equipe da ESF, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

- Realizar treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso.

Detalhamento: Através da caderneta da criança e capacitação das ACS sobre todo o processo de acompanhamento na saúde da criança, sinais de alerta, situações de risco e vulnerabilidade, atraso na vacinação e na puericultura, com o objetivo de resgatar o mais breve possível para a ESF, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde através do preenchimento da planilha de coleta de dados.

Detalhamento: Através do preenchimento da planilha de coleta de dados com os registros em relação ao preenchimento correto ou não das fichas-espelho,

prontuários e cadernetas durante as consultas de puericultura, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Preencheram-se o SIAB/folha de acompanhamento em cada consulta.

Detalhamento: Realizando-se todos os registros referentes ao cuidado de puericultura e implantando-se a ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança) uso da ficha de acompanhamento/espelho junto ao prontuário clínico e atualização junto à caderneta da criança sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Oferecer a pais e familiares das crianças e a comunidade todas as informações relacionadas à possibilidade de terem acesso aos registros de atendimento, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Capacitaremos à equipe no preenchimento de todos os instrumentos de registro usados no programa de saúde da criança, sendo responsável a médica e a enfermeira.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitor o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Detalhamento: Através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros relacionados à estratificação do risco de todas as crianças cadastradas no programa para monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso e para verificar crianças

de alto risco faltosas a consulta de puericultura, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Oferecer prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento: Planejar o atendimento das crianças de alto risco por ordem de prioridade, Identificando se na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco e com uma cor específica grampeada acima e à direita da ficha sendo responsável a médica e a enfermeira.

Engajamento público:

- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de alto risco para morbidades na infância.

Detalhamento: Oferecendo aos pais e familiares das crianças e à comunidade todas as informações sobre os fatores de risco para morbidades na infância e como preveni-las para evitar as doenças, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Preparando os profissionais, por parte da médica e a enfermeira, nas reuniões de equipe e a cada dia e em qualquer cenário para a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade nas crianças.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira através do preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados monitorara o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso para verificar crianças de alto risco faltosas a consulta de puericultura.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Mediante a preparação os profissionais por parte da médica e a enfermeira nas reuniões de equipe e a cada dia e em qualquer cenário para a identificação dos fatores de risco para prevenir acidentes na infância.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Detalhamento: Oferecendo a os pais e familiares das crianças e a comunidade a través das palestras e nas consultas, todas as informações sobre fatores de risco na infância, como preveni-los para evitar acidentes, como por exemplo, morte súbita do lactante, co-leito, quedas, afogamento, sufocação, acidentes automobilísticos, eletrocussão, entre outros, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Por parte da médica e a enfermeira, nas reuniões de equipe e a cada dia e em qualquer cenário sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Meta 6.2 Incentivar a amamentação de 100% das crianças, durante a primeira consulta.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

Detalhamento: A médica através do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado no registro da orientação às mães sobre a técnica correta de amamentação, monitorara o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Preparar os profissionais por parte da médica e da enfermeira sobre os passos para uma amamentação bem sucedida com o objetivo de promovê-lo e as vantagens do aleitamento materno para o bebê, mãe e família.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar a mãe e a família que a amamentação supre todas as necessidades dos primeiros 6 meses de vida, para o bebê crescer e se desenvolver sadio e com boa saúde bucal, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento:

Preparar os profissionais por parte da médica e da enfermeira para as orientações sobre aleitamento materno exclusivo e observação da mamada para correção de "pega".

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros em prontuário sobre o aconselhamento sobre alimentação abordado durante a consulta de puericultura segundo a faixa etária das crianças, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Preparar os profissionais por parte da médica e a enfermeira, para que incluam a orientação nutricional nas suas ações, de acordo com suas atribuições na equipe.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Durante as consultas e atividades em grupo, orientar sobre a importância da alimentação para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Preparar os profissionais por parte da médica e a enfermeira, durante as reuniões de equipe, para que façam orientação nutricional de acordo com a faixa etária de cada criança,

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Através do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros do livro da equipe da saúde bucal sobre as atividades educativas coletivas realizadas sendo responsável a médica e o odontologista.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Efetuar as atividades educativas em grupo na escola semanalmente, como está planejadas no PSE, identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, planejar pela equipe os conteúdos mais importantes para garantir a saúde bucal, bem como identifica-los através de conversa com a comunidade escolar. Organizar todo material necessário para essas atividades, semanalmente fazer o controle do material necessário pela equipe de saúde bucal para a realização das atividades planejadas. Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades, Buscar com a direção da escola a lista de alunos de cada turma e registrar quais

participaram de cada atividade, sendo responsável a médica, enfermeira e o odontologista.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Promover e divulgar pela equipe a importância da saúde bucal ser trabalhada em consonância com outros temas de saúde geral e promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Estimular que os usuários façam parte das tomadas de decisões relacionadas às ações desenvolvidas no cuidado à saúde da criança, buscando suas ideias e sugestões.

- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças permitindo que os usuários façam controle sobre as ações realizadas na saúde da criança. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Nas palestras, informar a comunidade sobre a importância dos dentes de leite, sendo responsável a enfermeira, médico de família e odontólogo.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais da equipe nas reuniões de equipe, por parte do cirurgião dentista, sobre as formas de incluir ações de promoção de saúde no cuidado das crianças de 0 a 72 meses de idade. Realizar capacitação dos profissionais que fazem o cuidado nas creches, através do cirurgião dentista, a médica e enfermeira, sobre a realização das ações de promoção e prevenção para garantir a saúde bucal das crianças.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da ESF Dr. Réne Baccin.

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

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança entre zero e 72 meses.

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: 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: Total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro na ficha 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.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa 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 no programa da Saúde da Criança, vamos adotar como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, de 2012. Utilizaremos os prontuários clínicos, cadernetas das crianças, ficha-espelho e detalharemos todos os dados necessários segundo estabelecido pelo protocolo, atualizando estes dados para realizar um controle e seguimento com qualidade.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção foram discutidas com os profissionais da ESF. Assim, para darmos início à intervenção será realizada uma capacitação sobre o protocolo de atendimento da saúde da criança, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes pacientes em busca de um atendimento de qualidade. Inicialmente, a capacitação será realizada por um período

de 2 horas ao final do expediente e depois será mantida para outras atualizações, mensalmente, na própria unidade. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

As crianças entre zero a 72 meses de idade, tanto cadastradas como não cadastradas e assistidos na unidade, serão acolhidos pelo técnico de enfermagem todos os dias da semana em todos os turnos e atendidos em consulta com prévio agendamento para realizar controle da puericultura, como também aqueles que assistam à unidade com problemas de saúde agudos onde ofereceremos resolutividade aos problemas existentes.

O atendimento será priorizado no agendamento ao longo do curso do dia, portanto não será necessário alterar a organização da agenda, pois serão atendidas pelas consultas de pronto atendimento. Todos os usuários agendados sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Serão priorizadas 8 consultas semanais para agendar estas crianças e casos novos provenientes da busca ativa.

Para sensibilizar a comunidade é importante primeiramente conscientizar a mesma quanto à importância da qualificação na atenção à saúde das crianças mediante atendimento de puericultura. Portanto, pretendemos trabalhar com finalidade para alcançar este grande desafio e para isso, a equipe aproveitará os encontros nos bairros comunitários, na sala de acolhimento da própria unidade, igrejas e nas visitas domiciliares de nossa área de abrangência, realizando palestras sobre promoção e prevenção quanto aos fatores de risco. Também serão desenvolvidas outras práticas educativas de forma individual nas consultas e coletiva, nos grupos de mães na unidade que serão formados proximamente. Além disso, falaremos sobre nosso projeto de intervenção, abordando a importância do seguimento e controle da puericultura a fim de melhorar a qualidade de vida da população alvo. Ainda, os ACS, mediante realização de atividades na comunidade serão responsáveis pela transmissão das informações necessárias para que todos possam conhecer a importância das atividades desenvolvidas na unidade.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente pela médica e enfermagem da equipe, que examinarão as fichas-espelho das crianças e repassarão os dados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Assim, será possível identificar aquelas que estão com consultas, exame clínico, laboratoriais ou vacina em atraso, para que os ACS intensifiquem a busca ativa das mesmas. Estima-se atender a uma demanda de 32 crianças por mês, totalizando 128 usuários

desta faixa etária ao finalizar a intervenção. Ressalta-se que as consultas de puericultura são para crianças que não possuem doenças agudas no momento do atendimento. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Ao realizar a busca se agendará a estes pacientes para um horário de sua conveniência.

Assim, pretendemos qualificar a atenção à saúde das crianças no sentido de melhorar a qualidade de vida desta parcela da população pertencente ao serviço de saúde da ESF Dr René Baccin.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção “Melhoria da Atenção a Saúde das Crianças de zero a 72 meses na ESF Dr. Rene Baccin”, Espumoso/RS teve seu começo no mês de fevereiro, uma vez aprovada pela orientadora do presente curso de especialização e com aceitação por parte de gestor de saúde e da equipe. O apoio por cada um deles para iniciar este projeto favoreceu positivamente à população desta faixa etária. A intervenção foi desenvolvida por 16 semanas a contar da primeira semana do mês de fevereiro/2015 e, durante o período de férias da médica especializanda, a intervenção teve continuidade, apesar de a equipe ter cadastrado um número ínfimo de crianças para o período.

Como não havia um cadastramento exato da população pertencente à área de abrangência da unidade, primeiramente iniciamos com a trabalhosa tarefa de identificar quais usuários fariam parte da intervenção. Para isso foi fundamental a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também foi fundamental a análise das fichas espelhos das vacinas das crianças feitas pela enfermagem, além da divulgação do projeto tanto na unidade como nas comunidades pela rádio local, foi possível informar a os usuários da unidade acerca do projeto de intervenção que seria desenvolvido na Unidade. Aproveitamos também a oportunidade das reuniões com os grupos e com as comunidades para cadastrar novos usuários. No momento do cadastro era realizado o agendamento prévio para a avaliação clínica do usuário por meio das consultas médicas.

Realizamos uma capacitação sobre o atendimento direcionado as crianças e funcionamento do programa com a equipe duas semanas antes de dar iniciam a

este processo, com o objetivo de relembrar sobre a intervenção e o papel de cada um.



Figura 8: Reunião com a equipe



Figura 9: Reunião com a equipe

Também foi conversado sobre o que devia ser cumprido segundo o cronograma. Houve a participação de todos os ACS e funcionários da ESF e todos

puderam tirar dúvidas e opinar para o melhor funcionamento do programa, tornando a atividade bastante proveitosa. Além disso, foi realizado um encontro com lideranças da comunidade e foi divulgado o projeto em nossa unidade mediante cartazes, nas comunidades e por meio da rádio, conseguindo alcançar a maioria dos responsáveis pelas crianças. Foi informando acerca deste projeto e assim iniciou-se o agendamento das consultas. Da mesma maneira, durante o decorrer da intervenção realizaram-se reuniões de equipe onde foram discutidas e sistematizadas as atividades que seriam veiculadas a esses usuários.

No mês de janeiro foram impressas as fichas espelho e organizadas em um arquivo específico. Este arquivo está disponível na sala da enfermagem, organizado por semana de atendimento. Todos os pacientes considerados participantes da intervenção e que foram atendidos clinicamente receberam estas fichas espelho, que são entregues ao médico conjuntamente com a caderneta da criança, no momento da consulta. Somente foram adicionados à planilha de coleta de dados os pacientes que tiveram atendimento clínico feito pelo médico. Assim, foram avaliados 62,4% (n=111) das crianças de zero a 72 meses de idade do total de crianças cadastradas na ESF nessas 12 semanas sendo um resultado positivo para a equipe, atingindo a meta proposta inicialmente de 60% de cobertura.

No decorrer da intervenção foi realizado levantamento sobre as gestantes da área de abrangência com data do parto no mês de fevereiro, março e abril para planejar por micro área a visita domiciliar da enfermeira e o ACS com o objetivo de realizar a primeira consulta nos primeiros sete dias e agendar a próxima consulta, concluindo assim o cadastramento destas crianças em tempo real. Também aproveitávamos a chegada das crianças que eram assistidas para realização da vacina sobre tudo as provenientes de áreas não cadastradas que não possuem ACS.

A princípio o maior obstáculo encontrado foi à resistência de algumas mães em permitir que eu acompanhasse as crianças e não o pediatra como era habitual. Também muita demora em realizar os exames indicados em aqueles que precisavam e carência de sulfato de ferro para crianças de 6 a 24 meses segundo estabelece o protocolo o qual foi indicado seu compra nas farmácias populares, além do atendimento odontológico que foi muito lento, porque um dos odontólogos estava de férias, logo da incorporação do outro dentista incrementou-se o número de consultas agendadas, apesar de que a equipe não ter técnico odontológico, eles

fizerem um bom trabalho, para poder assistir pacientes dos dois projetos da unidade, com atendimento odontológico que requeria de um maior número de pacientes avaliados nesse período de tempo. Houve uma preocupação grande durante o período de férias da medica onde a equipe deu continuidade as ações durante este período mais a equipe não conseguiu dar conta de cadastrar mais do que 2 crianças durante o mês, e evidentemente tive uma repercussão negativa na qualidade de atendimento para a comunidade e as crianças.

Após a conversa com a gestora e com a equipe, consegui liberação para iniciar minhas atividades no grupo sem dificuldades, realizando atendimento dos outros usuários na unidade também. Tivemos participação em quatro grupos de saúde desenvolvidos pela ESF para as mães das crianças com ajuda de ACS e técnicos de enfermagem, programando atividades educativas.



Figura 10: Reunião com os grupos de mães

Como atividade em grupo, realizamos uma palestra onde participou um grupo de mães para explicar sobre puericultura e importância da mesma. Todas puderam tirar dúvidas sobre este tema e fundamentalmente sobre alimentação complementar, sendo esclarecida pela técnica de enfermagem. Além disso, também

conversamos sobre vacinas das crianças, ademais da importância de continuar divulgando o projeto. Assim, acredito que impulsionamos o aumento da cobertura e qualidade das ações realizadas, também houve o preenchimento das fichas espelho.

Muito importante, uma ação iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura foi a reserva de uma consulta/turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando seja necessária avaliação médica. Isso foi um passo muito grande, pois só trabalhávamos com demanda espontânea até então. Além disso, realizo revisão semanal das fichas espelhos com constatação dos faltosos. A busca ativa é realizada pela recepcionista, os ACS, enfermagem e também por mim, através de contato telefônico ou visita domiciliar, mas todos agradeceram muito a iniciativa e comparecem à consulta agendada.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desempenhadas, embora com algum nível de dificuldade. Conforme relato acima, por exemplo, as minhas participações nos grupos promoveram certo desentendimento inicialmente, com algum dos representantes das crianças. Muitas vezes a avaliação pelo pediatra foi pela insistente solicitude das mães para receber atendimento pelo especialista, o qual foi muito difícil para mim. Após várias conversas, consegui o engajamento das mães e seu consentimento para fazer consultas e somente se necessário pelo pediatra, uma vez que forem realizadas as puericulturas nas primeiras semanas.

Encontramos dificuldade para conseguir disponibilizar consultas odontológicas a todas as crianças que foram encaminhadas para avaliação odontológica após prévio exame da cavidade bucal pelo médico de família. A princípio, essa atividade foi lenta, mas após a incorporação destas atividades na nossa rotina, conseguimos aumentar as consultas agendadas, sendo aproximadamente seis consultas odontológicas semanais por ambos especialistas. O resultado conseguido pela equipe de 69,5% (n=66) é um ótimo resultado, considerando que as consultas odontológicas são mais demoradas e que os dentistas atendem menos pacientes por dia do que os médicos. Não podemos ver esse indicador como um problema, mas sim observar o grande avanço que foi alcançado. Acredita-se que a meta de consultas odontológicas a 100% das crianças

cadastradas pelo presente programa será alcançada em dois a três meses, seguindo a rotina que programamos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre o fechamento das planilhas, não houve dificuldades, pois durante todas as semanas de intervenção fizemos a conferência dos dados e corrigimos erros no lançamento de dados precocemente. Somente encontramos dificuldades na coleta de dados do indicador relativo proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, pois alcançamos um total de 69,5% (n=66) ao final da intervenção, sendo que nossa meta era 100%. Esperamos alcançar a meta proposta por meio do trabalho realizado dia a dia pela equipe. O restante dos indicadores de qualidade, segundo relato acima, alcançaram as metas propostas com o apoio da equipe e dos gestores de saúde.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção certamente foi positiva, pois houve incorporação das ações às atividades rotineiras da unidade e vai formando parte do dia a dia. A puericultura em nossa unidade é realizada sem necessidade de encaminhar as crianças à unidade central do município como acontecia anteriormente. Houve uma preocupação grande durante o período de férias da medica onde a equipe deu continuidade as ações durante este período mais a equipe não conseguiu dar conta de cadastrar mais do que 2 crianças durante o mês. Conversamos e melhoramos muitas questões e, na tentativa de avaliar como está a atuação da equipe em relação à intervenção, ao final entreguei as fichas espelho para a enfermeira fazer o preenchimento, fornecendo orientações. Também orientei sobre o encaminhamento à ESF dos pacientes pelos ACS desde as microáreas, creches, escolinhas, etc. Foi uma atividade muito válida, pois elas fizeram adequadamente o preenchimento e o desempenho das ações previstas.

A partir dos percalços dessas 16 semanas, pode-se melhorar e estimular o engajamento da equipe e, então, a equipe está habilitada para seguir as atividades. Atualmente, continuamos acompanhando as reuniões e realizando as consultas

médicas com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção, tendo já avaliado a maioria dos usuários, continuaremos realizando as atividades com a mesma dedicação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na ESF Dr. René Baccin, no município de Espumoso/RS, entre os meses de fevereiro a maio de 2015. A intervenção foi voltada para o desenvolvimento de ações que visaram a melhoria da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses. A população alvo da área adstrita à ESF eram 178 crianças nesta faixa etária.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes da área de abrangência da ESF René Baccin.

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

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

A ESF René Baccin conta com uma população total aproximada de 4.000 usuários adstritos, onde 178 são crianças na faixa etária atingida pela presente intervenção (entre zero e 72 meses de idade). Ao final das 16 semanas de intervenção (12 semanas com a minha presença na ESF e 4 semanas pela enfermeira durante as minhas férias totalizando as 16 semanas da intervenção), 111 crianças, residentes na área de abrangência foram cadastradas e avaliadas no serviço para controle de puericultura. A figura 1 mostra os resultados do indicador 1.1. Obteve-se uma cobertura final de 62,4% (n=111). No primeiro mês de intervenção, a realização de controle da puericultura contemplou 20,8% (n=37) da população estimada. No segundo mês, a ação ascendeu com 45,5% (n=81). No terceiro mês, observe-se o impacto de minhas férias e só foi conseguido obter um indicador de 46,6% (n=83). Esta ação ascendeu no último mês a 62,4% (n=111). Do total das 111 crianças que foram cadastrada durante a intervenção existiu uma

distribuição de 5 crianças menores de 28 dias, 39 crianças menores de um ano cadastradas sendo 72 crianças com mais de um ano de idade.

Cabe mencionar que durante os meses de intervenção, a equipe de saúde conseguiu ultrapassar a meta traçada inicialmente em 60% de cobertura, e que ainda se trabalhou com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção para todas as crianças nesta faixa etária. Com certeza o trabalho organizado em equipe, as capacitações realizadas à equipe a respeito do protocolo de atendimento do MS, o trabalho árduo realizado pelas ACS nas comunidades para divulgação da intervenção e busca ativa dos faltosos, as atividades educativas realizadas durante a intervenção, tanto nos grupos como nas consultas, foram fatores que influenciaram positivamente para que tal meta fosse alcançada e ultrapassada.

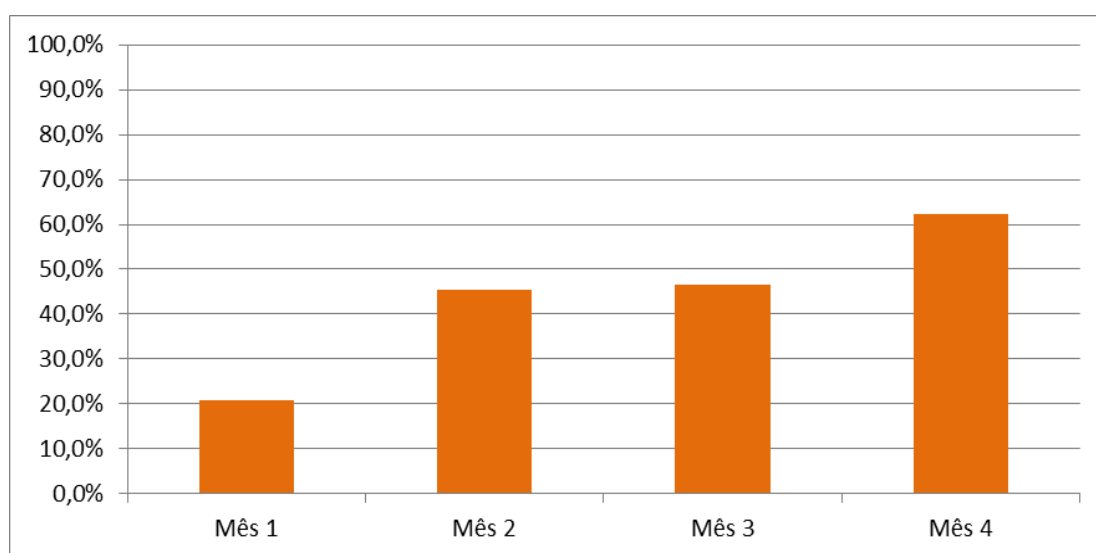


Figura 11: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso, RS. 2015.



Figura 12: Sala de espera para atenção a criança entre zero e 72 meses na ESF.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança entre zero e 72 meses.

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.

Realizando a análise dos resultados para este indicador, no primeiro mês 45,9% das crianças tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida ($n=17$), no segundo mês 39,5% ($n=32$), no terceiro mês 41,0% ($n=34$) e no quarto mês 37,8% crianças ($n=42$). A realização da primeira consulta na primeira semana de vida das crianças cadastradas atingiu 37,8% das crianças cadastradas ao final da intervenção. A coleta desse dado para crianças mais velhas foi feita através da consulta de prontuários e caderneta da criança, além do interrogatório a mães e/ou outros acompanhantes, que sempre afirmaram que foram atendidos antes dos sete dias de vida. Pelo fato dessa informação obtida através de interrogatório aos familiares ser questionável, consideramos somente os dados registrados. Entretanto, dentre as 12 crianças que nasceram durante a intervenção, 100% receberam consulta na primeira semana de vida. Para alcançar tal meta, foram realizadas atividades no decorrer da intervenção, como por exemplo: as gestantes que se encontravam no terceiro trimestre da gravidez receberam orientações em cada

consulta a respeito da necessidade de trazer seu filho à unidade antes dos primeiros 7 dias do nascimento da criança, além de receber também orientações dos ACS e enfermeira durante as visitas domiciliares, aumentando qualidade do atendimento.

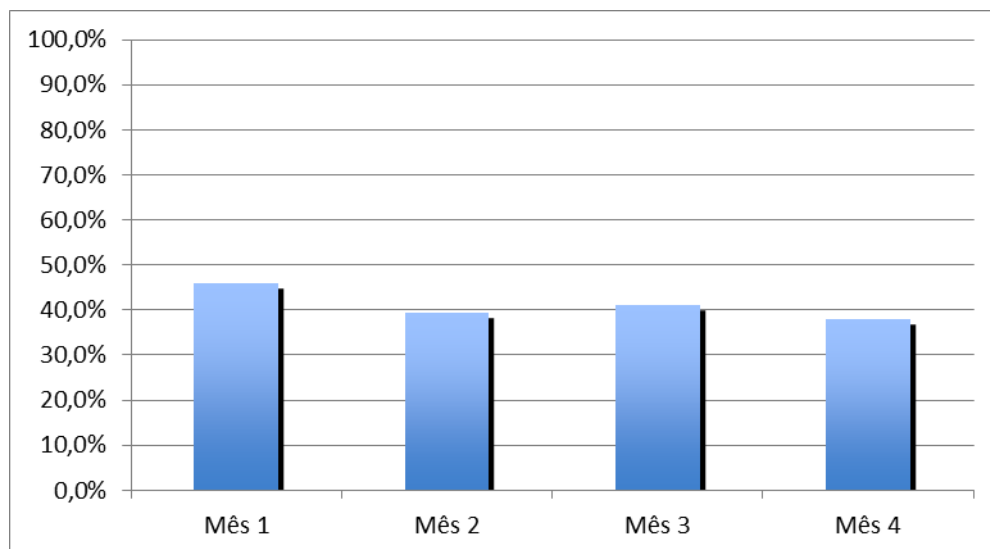


Figura 13: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso/RS.2015.



Figura 14: Crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

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

Indicador 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Continuando com a análise, no primeiro mês 37 crianças foram avaliadas quanto ao crescimento (peso e comprimento/altura), no segundo mês foram 81, no terceiro mês 83 e quarto mês 111 crianças, totalizando 100% da população cadastrada em todos os meses. Esta meta foi alcançada devido ao fato de que no atendimento, na sala de triagem da ESF, o técnico de enfermagem já realizava as mensurações a todas as crianças nesta faixa etária, ou seja, a sistematização do atendimento e organização do atendimento e organização da equipe permitiu que todas as crianças cadastradas recebessem tal mensuração.



Figura 15: Monitoramento do crescimento

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

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

No primeiro e segundo mês da intervenção não foram cadastradas crianças com baixo peso. No terceiro mês, tivemos uma recém-nascida com baixo peso ao nascer, que não alcançou um peso adequado ainda ao finalizar da intervenção. Então, durante todo o período foi avaliada somente uma criança com baixo peso, a qual se encontra ainda com monitoramento do peso. Essa criança também foi

avaliada pelo pediatra e tem um seguimento diferenciado, de acordo com o que estabelece o protocolo de atendimentos para o caso. Portanto, o indicador 2.3 atingiu 100% de crianças com déficit de peso monitorado, cumprindo também com a meta de qualidade proposta. Sem dúvida as capacitações realizadas ao pessoal ao início da intervenção, o respeito aos protocolos de atendimento, as orientações à mãe em cada atendimento realizado, deixando sempre agendada a próxima consulta influíram para que esta meta fosse atingida.

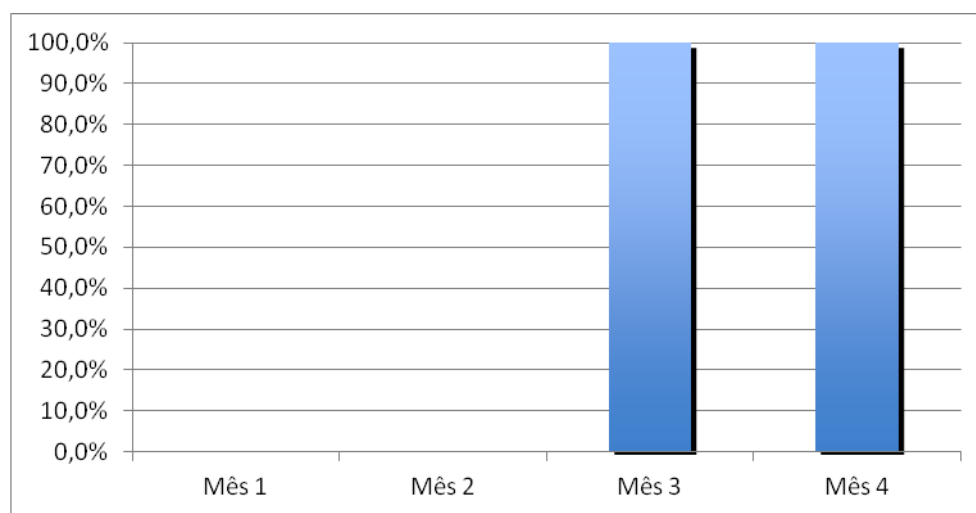


Figura 16: Proporção de crianças entre zero e 72 meses com déficit de peso monitorado da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso/RS.2015.

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

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

No primeiro mês de intervenção foram cadastradas a 2 crianças com excesso de peso que ainda estão recebendo monitoramento do peso. No mês de março, foi identificada outra criança com excesso de peso, encontrando ao final da intervenção um total de 3 crianças com peso por acima do estabelecido, onde 100% foram monitoradas durante os 4 meses de intervenção. Destes, um lactante de 3 meses de idade com aleitamento materno exclusivo teve peso elevado ao momento do parto (macro feto), o qual mantem até hoje, além de 2 pré-escolares obesos para os quais realizamos um adequado interrogatório, exame físico e exames complementários, assim como avaliação pelo pediatra e nutricionista do município. Orientamos as mães sobre o regime alimentar saudável e balanceado e mantemos o atendimento destas crianças na ESF, segundo estabelece o protocolo que tomamos

como base para esta intervenção. Para atingirmos tal meta, são válidas as mesmas justificativas do alcance da meta 2.2.

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

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

No primeiro mês de intervenção, a proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento foi de 100% (n=37), no segundo 100% (n=81), terceiro (n=83) e quarto mês também 100% (n=111). Tal fato resultou do monitoramento do desenvolvimento das crianças nesta faixa etária. Em cada atendimento realizado durante as consultas de puericultura, foram sempre destinados espaços para o diálogo com os pais e acompanhantes das crianças para informar sobre as condutas esperadas em cada consulta, sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, interrogatório e exame físico adequado realizado pela médica e enfermeira (no período de férias da médica), deixando sempre agendada a data da próxima consulta.

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.

No primeiro mês de intervenção todas as crianças cadastradas (n=37) ficaram com vacinas em dia para sua faixa etária. No segundo mês, as 81 crianças cadastradas também ficaram com vacinas em dia, situação que se comportou de igual maneira até o final do quarto mês, onde foi cadastrado o total de 111 crianças. Para justificar esta ação cabe mencionar que através das cadernetas das crianças logramos obter os dados das vacinas em dia de acordo com a idade, auxiliando-nos também do prontuário eletrônico da enfermagem, localizado na sala de vacinas, já que estão registrados os dados destes pacientes. Com ajuda da enfermagem logramos preencher estes dados na ficha espelho. Foram válidas, também, as atividades educativas realizadas neste sentido, com o objetivo de que os pais conheçam a importância da vacinação na prevenção de doenças.



Figura 17: Vacinação

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.

No primeiro mês de intervenção, foi identificado que as 14 crianças com idade entre 6 e 24 meses, que receberam atendimentos, fizeram tratamento com suplementação de ferro, representando o 100%. No segundo mês 24 (100%), no terceiro 25 (100%) e no quarto mês 30, representando um 100% da população alvo atendida com tratamento com suplementação de ferro. Apesar de que não contávamos com suplemento de ferro na unidade, prescrevíamos receitas médicas para que as mães realizassem este tratamento em seus filhos, após orientações sobre a importância da sua administração, além das orientações sobre uma alimentação rica em ferro para melhorar a qualidade de vida das crianças.

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

Indicador 2.8. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Continuando com a descrição dos resultados, podemos identificar que durante o primeiro mês de intervenção, a todas as crianças cadastradas (n=37) foi

realizada triagem auditiva, representando 100% das crianças avaliadas. No segundo mês, às 81 crianças atendidas foi realizada também a triagem auditiva, situação que se comportou de igual maneira durante toda a intervenção, pois, ao final do quarto mês foram cadastradas 111 crianças e a cada uma delas foi realizada triagem auditiva, representando 100% da população alvo com triagem auditivo. Devemos fazer uma reflexão crítica sobre este indicador, pois somente não foram avaliados os recém-nascido para este triagem, embora foram avaliados o total das crianças da intervenção, coletando estes dados segundo a caderneta de saúde da criança, prontuários eletrônicos, e segundo os relatos das mães, sem deixar de mencionar que pode existir a possibilidade de enganos em seus relatórios, mas apesar disso confiamos no relatado pelas mesmas.

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.

Realizando a descrição dos resultados respectivos a este indicador, podemos identificar que durante o primeiro mês de intervenção, a todas as crianças cadastradas (n=37) foi realizada teste do pezinho antes dos primeiros 7 dias do nascimento, representando o 100% das crianças. No segundo mês, as 81 crianças atendidas tinham realizado teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. Ao final do quarto mês foram cadastradas 111 crianças e a cada uma delas tinham realizado teste do pezinho antes do sétimo dia de vida, representando um 100%. Temos que relatar que foi construído este numerador mediante a revisão das cadernetas de saúde das crianças em cada consulta feita a o recém-nascido e o resto das crianças também pelas cadernetas de saúde e poucos casos pelos recordatórios das mães de crianças mais velhas. Tinindo em conta que por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal estabelecido no município desde 8 anos já, foi conseguido cumprir também com esta meta e consideramos o sucesso desse resultado, devido às orientações realizadas pelos ACS e equipe da ESF, durante os grupos de gestantes, sobre a importância de procurar a UBS para realizar o teste de pezinho. Desta intervenção temos identificadas 2 crianças com Fibrose cística do pulmão e 1 com anemia falciforme (sickle cell anemia.)

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.

Continuando com a descrição dos resultados podemos identificar que durante o primeiro mês de intervenção 100% (n=37) das crianças nesta faixa etária receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo 100% (n=71), terceiro (n=72) e quarto mês também 100% (n=95), representando o 100% da população alvo. Esta ação foi realizada pela médica da família em cada consulta individual, de tal maneira que foram encaminhadas para receber tratamento odontológico quando as crianças que já apresentavam doenças odontológicas, como por exemplo, cárie, má oclusão, traumatismos e doenças da gengiva, para os quais foram oferecidas prioridade para agendamento pelo dentista. Além disso, as crianças aparentemente com boa saúde bucal também foram encaminhadas, com objetivo de promover saúde bucal e também para diagnóstico mais sensível de lesões que poderiam não ter sido identificada pela médica. Também, desde cedo as crianças estarão familiarizado com atenção odontológica e com o profissional tendo uma cavidade bucal mais saudável, e assim uma melhor qualidade de vida.

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

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

Realizando a descrição dos resultados respectivos a proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, podemos identificar que durante o primeiro mês de intervenção 21 crianças realizaram sua primeira consulta odontologia, representando 65,6%. No segundo mês, este percentual ascendeu a 67,6% (n=48), no terceiro a 70,8% (n=51). No último mês, o percentual caiu um pouco, alcançando 69,5% (n=66). Apesar de não haver alcançado a meta pactuada inicialmente, o resultado foi um grande avanço alcançado pela equipe. A presença na unidade de 2 odontologistas em horários fixos da semana favoreceu o incremento desta ação na unidade, afetando-se esta ação no último mês da intervenção pela

saída de férias de um deles. Outra causa foi fuga de consultas, medo do tratamento odontológico, pois a infância caracteriza-se como um período crítico do desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo uma causa significativa de absenteísmo a consultas odontológicas. Mesmo não tendo alcançado a meta, acredita-se que o avanço na saúde bucal foi muito grande, pois em breve conseguiremos que todas as crianças façam suas consultas odontológicas e poderemos, então, promover saúde bucal, ao invés de tratar sintomas e sinais de doenças quando aparecem.

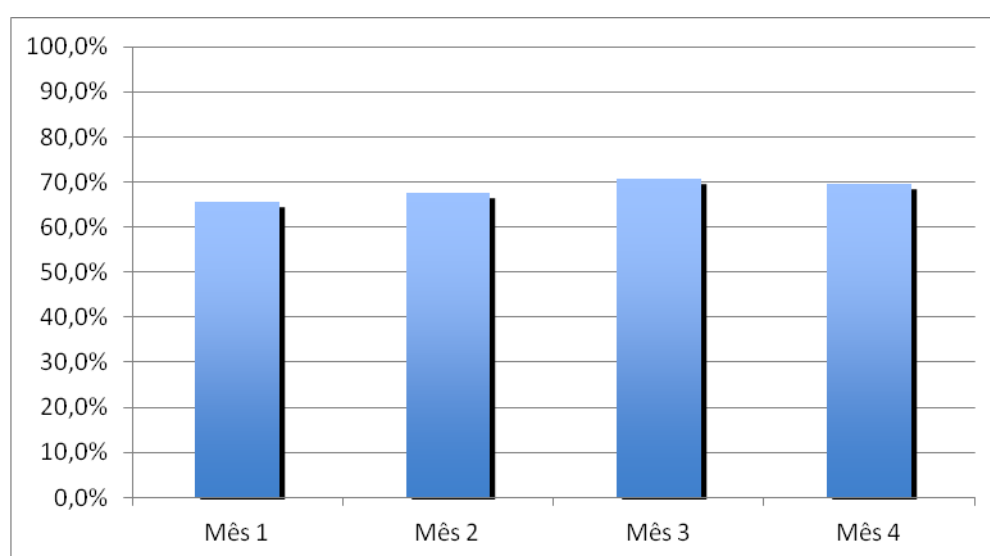


Figura 18: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso/RS.2015



Figura 19: Primeira consulta odontológica

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.

Neste período não tivemos crianças faltosas as consultas e por isso não foi preciso realizar buscas ativas, porque todas as crianças cadastradas e acompanhadas pela equipe de saúde na intervenção compareceram as consultas programadas. Este ótimo resultado deve-se ao importante papel do ACS de engajar os pais e familiares para levarem as crianças até a ESF. Semanalmente a ESF verificou os prontuários das crianças para identificar crianças faltosas ao atendimento em puericultura.

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.

Seguindo a descrição dos resultados, podemos identificar que no primeiro mês de intervenção todas as crianças cadastradas (n=37) ficaram com registros atualizados, no segundo mês, as 81 crianças cadastradas também ficaram com registros atualizados, situação que se comportou de igual maneira no transcurso da

intervenção, pois, tendo cadastradas ao final do quarto mês o total de 111 crianças, representando 100% da população alvo com registros adequados. Cada atendimento realizado foi registrado tanto nas cadernetas das crianças como nas fichas espelhos e prontuário eletrônico, assim como identificada a data da próxima consulta para garantir o retorno, situação que com certeza contribui a lograr o 100% de crianças com registros adequados.

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.

A respeito das crianças com avaliação de risco, no primeiro mês de intervenção o 100% das crianças cadastradas (n=37) receberam avaliação de risco no momento do atendimento, nos meses subsequentes o indicador se comportou da mesma maneira e 100% das crianças cadastradas receberam de igual maneira avaliação de risco. Foi muito válida a realização da avaliação de risco as crianças no momento do atendimento, assim ao finalizar a intervenção foi atingida esta meta de atendimento. As que apresentaram situação de risco foram encaminhadas para avaliação especializada do médico pediatra ou da assistência social, priorizando o atendimento das que possuem alto risco, através da identificação da ficha de acompanhamento.

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.

Realizando o análises dos gráficos no transcurso da intervenção, podemos descrever que no primeiro mês de intervenção o 100% das mães das crianças cadastradas (n=37), receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância no momento do atendimento, no segundo esta ação ascendeu, as 81 mães das crianças cadastradas (100%) neste período, de igual maneira no terceiro mês receberam estas orientações todas as mães das crianças atendidas (n=83),

logrando-se ao final da intervenção brindar orientações ao respeito às mães das 111 crianças atendidas no transcurso da intervenção. Durante a intervenção, a cada atendimento realizado as crianças da população alvo, as mães foram recebendo orientações sobre prevenção de acidentes na infância, uma ação que a equipe de saúde antes da intervenção não realizava constantemente, também foi muito válida à realização destas orientações tanto no momento do atendimento como nas atividades de grupo com a participação de todos os profissionais da equipe para lograr atingir esta meta.

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.

Realizando a análise dos resultados para este indicador (figura 5), no primeiro mês 45,9% das crianças foram colocadas para mamar na primeira semana de vida (n=17). No segundo mês 39,5% (n=32), no terceiro mês 41,0% (n=34) e no quarto mês 37,8% crianças (n=42). Dentre as 12 crianças que nasceram durante a intervenção, 100% foram colocadas para mamar na primeira semana de vida. Durante a intervenção, as mães foram recebendo orientações da importância de colocar a mamar as crianças ao nascimento e do aleitamento materno exclusivo, mediante as consultas individuais e reuniões os grupos, uma ação que a equipe de saúde antes da intervenção não realizava cotidianamente, e com a participação de todos os profissionais da equipe acreditamos que atingimos esta meta pelo fato de que a partir do início da intervenção, todas as crianças receberam essa atenção.

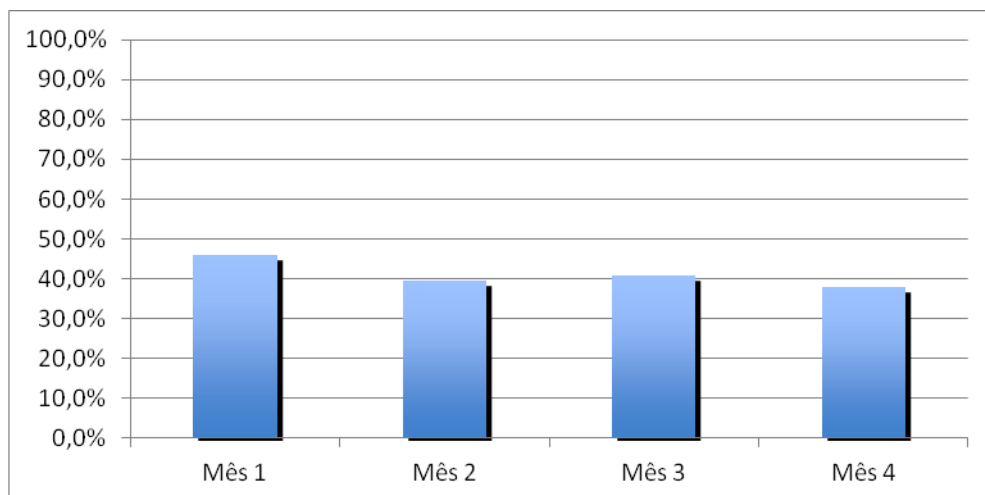


Figura 20: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde entre os meses de fevereiro a maio de 2015, Espumoso, RS. 2015.



Figura 21: Crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

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.

No primeiro mês de intervenção, 100% das mães das crianças cadastradas (n=37) receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, no segundo mês, as 81 mães das crianças cadastradas (100%) receberam de igual maneira orientações nutricionais, no terceiro mês as 83 mães das crianças cadastradas receberam também orientações neste sentido pelo que ao final do quarto mês as mães das 111 crianças receberam orientações, representando 100% das mães das crianças cadastradas com orientações alimentares de acordo com a idade da criança tanto no momento do atendimento como nas atividades de grupo com a participação de todos os profissionais da equipe para atingir esta meta.

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.

Fazendo uma avaliação dos resultados deste indicador, no primeiro mês de intervenção o 100% das mães das crianças cadastradas (n=37), receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária, comportando-se de igual maneira ao final do segundo mês, pois, as mães das 81 crianças cadastradas (100%) receberam orientações sobre higiene bucal, situação que se comportou de igual maneira nos próximos meses no transcurso da intervenção, tendo recebidas orientações neste sentido, ao final do quarto mês as mães das 111 crianças cadastradas, representando o 100% das mães com orientações sobre uma correta higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie e assuntos gerais relacionados á saúde bucal das crianças principalmente sobre a importância da escovação. Pelo que também foi conseguido atingir esta meta de atendimento, pois todas as mães tanto no momento do atendimento como nas atividades grupais receberam orientações a respeito do tema.

4.2 Discussão

A intervenção na ESF Dr. René Baccin propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero e 72 meses para 62,4%. Também houve melhora dos registros, qualificação da atenção e avaliação de risco, assim como as orientações para promoção em saúde. A intervenção acabou tendo o impacto em outras atividades do serviço, pois tivemos o incremento considerável das atividades educativas.

A intervenção foi importante para a equipe, pois exigiu que todos os membros se capacitassem para seguir as recomendações do Protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, relativo à atenção a Saúde das Crianças. A periodicidade preconizada pelo Ministério para a realização das consultas de puericultura nesta faixa etária foi observada, bem como a qualificação do trabalho e ampliação do conhecimento dos profissionais. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos profissionais da unidade, aproximando mais a equipe, tanto médicas, enfermeira, auxiliar de enfermagem, pessoal da recepção, assim como ACS. Além disso, permitiu uma troca contínua de conhecimento com a comunidade. Com certeza a equipe demonstra que cada dia pode oferecer o melhor de nossa profissão.

Antes da intervenção as atividades do serviço para a atenção à saúde da criança eram realizadas somente pelo especialista em pediatria, centralizando ações na unidade central de saúde do município em três turnos na semana. Por isso, a intervenção foi de suma importância para o serviço da unidade, visto que facilitou o atendimento às crianças de zero a 72 meses da área, melhorando os indicadores de qualidade monitorados na intervenção, organizando o fluxo de atendimento das crianças, melhorando o acolhimento e organizando os prontuários e registros das crianças.

O impacto da intervenção já tem sido em alguma medida percebido pela comunidade, pois, apesar do pouco tempo de iniciada, temos percebido o incremento na educação em saúde das crianças, as mães e representantes das crianças demonstram satisfação com a prioridade no atendimento (melhorando o acolhimento do usuário), porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, mais continuamos cada dia oferecendo orientações àqueles que ainda não tem conhecimento desta, e insistindo na importância dos agendamentos das consultas.

Facilitou o intercâmbio com os grupos etários e a realização das atividades educativas em grupos e individuais. O mais significativo foi a melhoria do vínculo equipe-comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do atendimento, ainda temos muitas crianças nestas faixas etárias sem cadastramento, mas o trabalho é cada dia buscar incorporar essas crianças nas atividades da unidade, com atendimento de qualidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada conseguindo alcançar uma maior cobertura se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com todos os profissionais da unidade. Eu realizaria algumas transformações do processo de gestão e trabalho, incrementaria o vínculo com a comunidade e o empoderamento aos atores sociais para alcançar melhores resultados, logrando uma maior interação da equipe com a comunidade e oferecendo maior educação em saúde a os usuários. Após o fim do projeto percebi que os profissionais estão um pouco mais integrados, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas durante o período da intervenção.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço com toda certeza. Para isto, vamos a tratar de lograr o envolvimento de todos os profissionais que laboram na unidade para que todas as crianças da população alvo sejam incluídas na intervenção. Para próximos passos para a qualificação da atenção à saúde da criança, quando tivermos disponíveis ACS para as demais microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura das crianças na faixa etária de zero a 72 meses. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na unidade em breve.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Secretário Municipal de Saúde,

Venho por meio deste relatar o trabalho de intervenção realizado de fevereiro a maio de 2015, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dr. René Baccin, com objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de zero e 72 meses da área de abrangência. Esta intervenção fez parte de meu trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família UFPEL/UNASUS.

Considerou-se para a escolha do tema da intervenção o fato de que a referida UBS não oferecia atendimento direto de puericultura antes deste período, sendo a puericultura realizada somente pelo especialista em pediatria, com atividades centralizadas na unidade central de saúde do município em apenas três turnos da semana. Além disso, sabe-se que a puericultura na atenção à saúde possibilita mais ações preventivas e de promoção em saúde e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade e melhoria dos índices de saúde da população. O planejamento de ações para aumentar a cobertura e qualidade do programa de saúde das crianças nesta área foi desenvolvido em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Estas ações foram desenvolvidas mediante um cronograma para executarem-se durante 4 meses da intervenção de forma organizada e com participação de toda a equipe.

As atividades foram divulgadas pela equipe de saúde nas comunidades com ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS) e pela rádio local, o que facilitou informar a todos os usuários da unidade acerca do projeto de intervenção. Foram realizadas duas semanas de capacitação da equipe toda, com participação ativa de

todos os ACS e funcionários da ESF, realizando conversas sobre atenção à saúde das crianças e sobre o funcionamento do programa, definindo as atribuições de cada membro da equipe.

Como a população nesta faixa etária não era totalmente cadastrada nessa área de abrangência foi realizada inicialmente uma busca dos prontuários as crianças entre zero a 72 meses de idade e também uma atualização do cadastramento mensal de toda a população alvo para garantir a retroalimentação da equipe e inclusão do maior número de crianças no programa. Cabe mencionar que a sua ajuda na disponibilização de cópias das fichas espelho e do Caderno de Atenção Básica número 33 do Ministério da Saúde foi muito importante.

Foram avaliadas 111 crianças em total durante o período da intervenção, alcançando-se um índice de cobertura do programa em 62,4%. Em cada consulta individual foi realizada uma avaliação da criança, logo de ser acolhidos e atendidos na sala de triagem pela enfermeira e técnico de enfermagem, realizando-se uma correta anamnese e exame físico completo, avaliamos se foi realizada a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, se foi colocada a mamar, teste de pezinho, triagem auditiva, vacinação, monitoramento de crescimento e desenvolvimento das crianças, administração de ferro e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A criança já saía da ESF com a próxima consulta agendada. No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares, fundamentalmente dirigidas a recém-nascidos. Também consideramos importante o seu apoio com o transporte para realizar ditas visitas. Realizamos 4 reuniões com os grupos de mães e representantes das crianças, além de realizar atividades educativas e de promoção a nível individual e coletivo, onde foram realizadas orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie e para prevenção de acidentes na infância.

A intervenção foi importante para a equipe, pois exigiu que todos os membros se capacitassem para seguir as recomendações do Protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, relativo à atenção a Saúde das Crianças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos profissionais da unidade, aproximando mais a equipe, tanto médicas, enfermeira, auxiliar de enfermagem, pessoal da recepção, assim como ACS. Além disso, permitiu uma troca contínua de conhecimento com a comunidade. Com certeza a equipe demonstra que cada dia pode oferecer o melhor de nossa profissão.

Apesar da ampliação da cobertura do atendimento, ainda temos muitas crianças nestas faixas etárias sem cadastramento, mas o trabalho visa cada dia buscar incorporar essas crianças nas atividades da unidade, com atendimento de qualidade. A intervenção será incorporada a rotina do serviço com toda certeza. Para isto, vamos a tratar de lograr o envolvimento de todos os profissionais que laboram na unidade para que todas as crianças da população alvo sejam incluídas na intervenção. Seu apoio para continuar melhorando a saúde das crianças é essencial, assim como para tomar este trabalho como exemplo para a implementação de outras ações programáticas.

Após apresentar tais melhorias, gostaríamos de solicitar sua ajuda para aumentar a cobertura de atendimentos odontológicos a essas crianças, disponibilizando mais horários do dentista para essa faixa de idade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Dr René Baccin. Espumoso/RS

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

O trabalho de intervenção realizado de fevereiro a maio de 2015, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dr. René Baccin, com objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de zero e 72 meses da área de abrangência fez parte de meu trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família UFPEL/UNASUS.

Considerou-se para a escolha do tema da intervenção o fato de que a referida ESF não oferecia atendimento direto às crianças para avaliação de crescimento e desenvolvimento destas antes deste período, sendo realizada somente pelo especialista em pediatria, com atividades centralizadas na unidade central de saúde do município em apenas três turnos da semana.

As atividades foram divulgadas pela equipe de saúde nas comunidades com ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS) e pela rádio local, o que facilitou informar a todos os usuários da unidade acerca do projeto de intervenção. Foram realizadas duas semanas de capacitação da equipe toda, com participação ativa de todos os ACS e funcionários da ESF, realizando conversas sobre atenção à saúde das crianças e sobre o funcionamento do programa, definindo as atribuições de cada membro da equipe. Como a população nesta faixa etária não era totalmente cadastrada nessa área de abrangência, foi realizada inicialmente uma busca dos prontuários as crianças entre zero a 72 meses de idade e também uma atualização do cadastramento mensal de toda a população alvo para garantir a retroalimentação da equipe e inclusão do maior número de crianças no programa.

Foram avaliadas 111 crianças em total durante o período da intervenção, alcançando-se um índice de cobertura do programa em 62,4%. Em cada consulta individual foi realizada uma avaliação da criança, logo de ser acolhidos e atendidos

na sala de triagem pela enfermeira e técnico de enfermagem, realizando-se uma correta anamnese e exame físico completo, avaliamos se foi realizada a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, se foi colocada a mamar, teste de pezinho, triagem auditiva, vacinação, monitoramento de crescimento e desenvolvimento das crianças, administração de ferro e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A criança já saía da unidade com a próxima consulta agendada. No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares, fundamentalmente dirigidas a recém-nascidos. Também consideramos importante o seu apoio com o transporte para realizar ditas visitas. Realizamos 4 reuniões com os grupos de mães e representantes das crianças, além de realizar atividades educativas e de promoção a nível individual e coletivo, onde foram realizadas orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie e para prevenção de acidentes na infância.

A intervenção favoreceu a comunidade pela melhoria do vínculo equipe-comunidade, melhor acolhimento, melhor qualidade dos atendimentos das crianças e realização das atividades educativas em grupos e individuais. A comunidade também ganhou porque agora pode ter acesso a um serviço de qualidade mais próximo de casa, com um controle da saúde das crianças, evitando o aparecimento de muitas doenças.

Apesar da ampliação da cobertura do atendimento, ainda temos muitas crianças nesta faixa etária sem cadastramento, mas o nosso objetivo é cada dia buscar incorporar essas crianças nas atividades da unidade, com atendimento de qualidade. A intervenção será incorporada a rotina do serviço com toda certeza. Para isto, vamos a tratar de lograr o envolvimento de todos os profissionais que laboram na unidade para que todas as crianças da população alvo sejam incluídas na intervenção. Para próximos passos para a qualificação da atenção à saúde da criança, quando tivermos disponíveis ACS para as demais microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura das crianças na faixa etária de zero a 72 meses. A ESF e especialmente a médica quer agradecer pelo voto de confiança dado pela comunidade, especialmente as mães pelo apoio durante a intervenção, trazendo as crianças para serem acompanhadas no serviço e para solicitar que continuem confiando em nosso trabalho, pois o objetivo é melhorar cada vez mais a atenção a este grupo.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Dr René Baccin. Espumoso/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao formar parte do Programa Mais Médicos (PMM), além da barreira linguística o qual foram um grande desafio por si só, quando me comunicaram sobre a necessidade da realização de um curso de especialização a distância, surpreendi-me, pois não tinha ideia de como seria esta experiência. A expectativa e o entusiasmo eram minhas maiores armas. A possibilidade de continuar a minha formação profissional com o curso de Especialização em Saúde da Família em outro país onde o sistema de saúde tem diferenças importantes de alguma forma desafiaria a minha formação profissional, apesar dos meus 28 anos de experiência na saúde da família. No dia a dia acredito que consegui superar as dificuldades e enfrentar outras novas, como a tecnologia de ponta utilizada para o desenvolvimento pedagógico do curso (Moodle), nunca utilizada por mim na minha formação acadêmica.

Além disso, contar com uma equipe de orientadores e professores insuperáveis, além de uma metodologia excelente, elevou a possibilidade de aprendizagem e ofereceu ferramentas que utilizamos nesta caminhada. A participação nos fóruns, discussões de casos clínicos, práticas clínicas interativas permitiram conhecer e interagir com outros profissionais que atuam em outras realidades com características geográficas sociais e culturais diferentes, melhorando no relacionamento interpessoal e estimulando a vontade de estudo para fortalecer a aquisição de conhecimentos.

O presente curso ajudou-me a entender a importância de trabalho em equipe para o adequado funcionamento da estratégia de saúde da família, permitindo uma melhor interação com os integrantes da equipe de saúde além de aprender com eles. Todo o aprendizado que obtive no curso foi compartilhado com os colegas de

equipe da ESF, favorecendo uma transformação do processo de gestão e trabalho na prática médica e permitindo alcançar vínculos sólidos com os usuários que nos permite como profissionais interagir e oferecer um atendimento à saúde infinitamente mais humano. Por isso, teve-se ganho desde o ponto de vista pessoal como profissional, foi enriquecedor e permanecerá sempre como algo maravilhoso na minha vida.

Não posso deixar de concluir esta reflexão sem antes agradecer a minha orientadora pela ajuda incondicional, paciência e profissionalidade oferecida durante meu acompanhamento. Muito obrigada, Nailê "Deus abençoe sempre a você".

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança./Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 271 p.

UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm. UNICEF (BR) [cited 2008 jun 08].

https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+espumose/rs&ie=utf-8&oe=utf8&gws_rd=cr&ei=gAWpVbWJl8ODwgTonKK4Cw, 13 p.

<http://www.espumoso.net/noticias/2011-003.php>, 14 p.

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