

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 3



**Melhoria no Programa de Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na
UBS Alba De Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA**

Ramonna Feitosa Martinelli

Pelotas, RS

2014

Ramonna Feitosa Martinelli

**Melhoria no Programa de Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na
UBS Alba De Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA**

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

Orientadora: Lenise Patrocínio Pires Cecilio

Pelotas, RS

2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M385m Martinelli, Ramonna Feitosa

Melhoria no programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Alba de Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA / Ramonna Feitosa Martinelli ; Lenise Patrocínio Pires Cecílio, orientadora. — Pelotas, 2014.

77 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Cecílio, Lenise Patrocínio Pires, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

RAMONNA FEITOSA MARTINELLI**Melhoria no Programa de Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na UBS Alba De Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA**

Monografia aprovada em 00 de maio de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Ramonna Feitosa Martinelli

Melhoria no Programa de Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na UBS Alba De Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA

Trabalho de conclusão de curso aprovado, como requisito parcial, como obtenção do grau de Especialista em Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 02/06/2014

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Mateus Casanova dos Santos

Prof. Dr. Gilda Maria de Carvalho Abib El Halal

Dedico este trabalho primeiramente a Jeová, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, a minha família em especial minha mãe Rita Cássia e minha filha Ana Beatriz que foi sem dúvidas o maior presente que recebi em minha vida.

Agradecimento

Agradeço a todos que estiveram presentes durante esse período de especialização.

Aos meus colegas de trabalho, que sem dúvidas não teria chegado até aqui sem o apoio deles: Claudiene, Edna, Eliene, Elizete, Glaciana, José Augusto, Lindinalva, Luzinete, Maria de Fátima, Maria Luzia, Nêlia, Nilma e Sara.

A minha mãe que me apoiou e ajudou nos momentos que mais precisei.

À Minha orientadora Lenise Patrocínio Pires Cecílio, pelo apoio nos momentos difíceis, paciente e me auxiliando sempre.

Enfim, agradeço à vida, a Jeová, às pessoas maravilhosas passaram pela minha vida, a meus amigos.

“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.”

Albert Einstein

RESUMO

MARTINELLI, Ramonna Feitosa. Melhoria no Programa de Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na UBS Alba De Souza Lima, em Morro do Chapéu, BA. 2014. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é fundamental, pois possibilita observar, precocemente, transtornos que podem afetar a sua saúde. As ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem ser voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento, a proteção da saúde e a identificação e o tratamento precoce dos problemas detectados. Este trabalho teve como objetivo melhorar o Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Alba de Souza Lima, em Morro do Chapéu, na Bahia. É o relato de uma intervenção de 16 semanas com ações desenvolvidas em quatro eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação das ações, qualificação da prática clínica e engajamento público. Após os quatro meses, houve uma avaliação do período com a qualificação e reordenamento das ações para incorporação das mesmas na rotina da unidade. Como principal resultado tivemos o aumento de 4,1% para 48,6% de cobertura do programa, além da incorporação da avaliação de risco para morbimortalidade e de atividades educativas coletivas nas ações cotidianas, trabalhando com promoção de saúde para as várias linhas de cuidado da atenção primária. A qualificação do programa resultou, também, na melhoria dos registros na unidade, e refletiu numa melhoria geral das demais ações programáticas. Para o serviço e para a comunidade, este trabalho trouxe resultados positivos: melhoria nos atendimentos, qualificação dos profissionais, atividades educativas realizadas por todos os profissionais, além de um atendimento mais humanizado e integral, hoje podemos falar de equidade, qualidade, e cuidado, e não apenas atendimento.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de localização de Morro do Chapéu – Bahia - Brasil	14
Figura 2: Pirâmides etárias, divisão por sexo. Morro do Chapéu; Bahia; Brasil; 2010... 16	16
Figura 3: Quadro do cronograma de atividades da intervenção	40
Figura 4: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Puericultura na UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu de junho a outubro de 2013 – BA, 2013.	47
Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de crianças sem acompanhamento captadas para o Programa de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu – BA, 2013.	48
Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de recém-nascidos que passaram pela primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu – BA, 2013.....	49
Figura 7: Gráfico indicativo do índice de absenteísmo do Programa de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.....	50
Figura 8: Gráfico demonstrativo da proporção de crianças com o registro da avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento no atendimento de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.....	51
Figura 9: Gráfico com a proporção de crianças que recebeu suplementação de sulfato ferroso de acordo com a faixa etária, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.	52
Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de recém-nascidos que realizou o teste do pezinho até o 7º dia de vida, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.	54
Figura 11: Gráfico com a proporção de crianças/familiares que recebeu orientação nutricional de acordo com a faixa etária, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.	57

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

BA: Bahia – Estado da Bahia

BCG: Bacillus Calmette-Guérin – vacina contra tuberculose

BI-Rads: Breast Image Reporting and Data System – Sistema padronizado para classificação tumoral em mamografias

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

ceo: Índice Odontológico que tem por objetivo a contabilização de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados) em dentes decíduos

CPOD: Índice Odontológico que tem por objetivo a contabilização de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados) em dentes permanentes

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

DPP: Data provável do parto

DUM: Data da última menstruação

EaD: Ensino à Distância

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Km:quilômetro

MedCasa: Medicamento em Casa – Programa do Governo estadual da Bahia

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PNI: Programa Nacional de Imunização

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa Saúde da Família

RN: Recém-nascido

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPré-natal: Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPeI: Universidade Federal de Pelotas

USF: Unidade de Saúde da Família

VIIEP: Vigilância Epidemiológica

Sumário

1	Análise situacional.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde) em 31/07/2012.....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional em 22/10/2012.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ...	20
2	Análise estratégica – Projeto de Intervenção.....	21
2.1	Justificativa.....	21
2.2	Objetivos e metas.....	22
2.2.1	Objetivo geral.....	22
2.2.2	Objetivos específicos.....	22
2.2.3	Metas.....	23
2.3	Metodologia.....	24
2.3.1	Ações.....	25
2.3.2	Indicadores.....	32
2.3.3	Logística.....	37
2.3.4	Cronograma.....	40
3	Relatório da intervenção.....	41
3.1	Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	41
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	44
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4	Avaliação da intervenção.....	46
4.1	Resultados.....	46
4.2	Discussão.....	58
4.3	Relatório da intervenção para os gestores.....	60
4.4	Relatório da intervenção para a comunidade.....	63
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	65
6	Bibliografia básica.....	67
	Anexos.....	68
	Anexo A – Planilha de coleta de dados.....	68
	Anexo B – Cartão da criança - meninas.....	69
	Anexo C – Folha de Aprovação do comitê de Ética.....	70
	Apêndices.....	71
	Apêndice 1: Registro Fotográfico.....	71

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de uma intervenção voltada à melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 6 anos na Unidade Básica de Saúde Alba de Souza Lima, de Morro do Chapéu, na Bahia. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde) em 31/07/2012

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que trabalho como enfermeira atende um total de 1.107 famílias, 3.960 usuários, e está localizada na sede do município de Morro do Chapéu, na Bahia (BA). O município de Morro do Chapéu está situado no interior do estado, e tem cerca de 34.010 habitantes (IBGE 2010). Na sede do município tem 04 Unidades de Saúde da Família (USF) e um Centro de Saúde, e outras 06 USF estão distribuídas pelos distritos do município, além de duas unidades hospitalares. Há também uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dá suporte às equipes das USF.

A USF Alba de Souza Lima funciona em local próprio, com recepção, sala de espera, consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de reunião, sala de curativo e procedimentos, farmácia, 02 sanitários e cozinha. Apesar de ser bem estruturado em relação a móveis, faltam alguns equipamentos, e as torneiras e pias não são adequadas. Os consultórios são pequenos.

A equipe é da ESF, e formada por 01 enfermeira, 01 médico, 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 recepcionista, 01 dentista, 01 técnico de saúde bucal (TSB) e 08 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Apesar dessa quantidade de agentes comunitários, ainda temos área descoberta.

Existe um livro de agendamento de consultas para o médico, dentista e enfermeiro. A rotina de agendamento para as consultas médicas e de enfermagem acontece todas as sextas-feiras, e a dentista, no início do mês, estabelece suas datas. Pacientes cadastrados no programa de atenção ao hipertenso e diabético e no pré-natal já saem do atendimento com a próxima consulta agendada.

Uma parte da população atendida por nossa equipe é de extrema pobreza. Temos um índice elevado de hipertensos, mas com bom acompanhamento da equipe, inclusive a maioria compensada e cadastrada no programa Medcasa (Programa Medicamento em Casa). Outros problemas como jovens em uso de drogas e gravidez na adolescência são frequentes, e de mais difícil atuação.

Começamos, no início de 2012, a realizar ações do Programa de Saúde na Escola (PSE). Acredito que, por meio dele, fortaleceremos o vínculo com os adolescentes.

Determinadas ações programáticas, como, por exemplo, Saúde da Criança, tem baixa adesão, pois as mães não estão acostumadas a levar seus bebês para o acompanhamento mensal, e, muito menos, as crianças maiores. Como elas já têm o costume de pesar e medir seus filhos na hora da vacina acabam deixando em falta o acompanhamento de puericultura, não sendo orientadas ou sensibilizadas em relação à importância desse acompanhamento.

São inúmeras as deficiências, mas devo falar especialmente em relação ao médico, pois o mesmo não comparece às reuniões, não fica na unidade em tempo integral, atende a quantidade de pacientes agendados e vai embora, rotina comum entre os médicos do meu município. Em relação a esse último problema, eu acredito que a resolução se dê através da gestão municipal, ou até estadual e/ou federal, pois percebo não ser específico nem da minha unidade de saúde, e nem do meu município apenas.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 22/10/2012

Primeiramente habitada pelos índios Paiaíás, no início do século XVI, Morro do Chapéu ganhou esse nome devido ao morrão de mais de 1.200m em forma de chapéu que reina absoluto nos ares. Somente em 1909, foi alçado à categoria de cidade. Envolta por uma infinidade de cachoeiras (destaque para a do Ferro Doido, com seus 118 metros de queda d'água), grandes paredões, desfiladeiros e grutas, a paisagem de Morro do Chapéu encanta pela diversidade de belezas naturais. (<http://bahia.com.br/cidades/morro-do-chapeu/?submit=ir>).

A cidade está localizada há 384 km a noroeste da capital do estado da Bahia, na zona oriental da Chapada Diamantina (Figura 1) e possui altitude média de 1.100 metros. Com aproximadamente 35.164 habitantes, a economia é fortemente baseada na agropecuária de subsistência, e, apesar do potencial ecoturístico da região, essa característica é pouco explorada no município. É uma das cidades mais frias do estado com temperaturas beirando os 10°C em algumas épocas do ano. (IBGE, 2010)



Figura 1: Mapa de localização de Morro do Chapéu – Bahia - Brasil

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Morro_do_Chap%C3%A9u

Tem uma baixa densidade demográfica, pois abrange uma vasta região. Isso traz características peculiares aos serviços municipais, principalmente na área da saúde. Possui 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana da cidade, com 01 equipe de Estratégia de Saúde da Família para cada unidade, e outras 06 Unidades de Saúde da Família (USF) com 01 equipe da ESF nos povoados do município. Além disso, tem 01 Centro de Saúde com 01 equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

Para os serviços especializados contamos com a disponibilidade de 01 Centro de Especialidades Médicas que atende ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, cardiologia e fisioterapia, 01 Centro de Especialidades Odontológicas do Tipo II (CEO II), 01 Centro de Apoio Psicossocial do tipo I (CAPS I), 01 NASF I, 01 Unidade Odontológica Móvel, 01 laboratório municipal e 01 unidade hospitalar (Hospital São Vicente de Paula), com 122 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Outras especialidades, se muito urgentes ou necessárias, são encaminhadas para atendimento terceirizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Morro do Chapéu, em clínicas privadas no próprio município, com as quais a secretaria mantém alguns acordos. É o caso de alguns exames laboratoriais, radiografias e mamografias. Outros casos, ainda, são encaminhados por meio da regulação, como os atendimentos e exames de média e alta complexidade.

A UBS Alba de Souza Lima está localizada na sede do município, na zona urbana. Sua área de abrangência alcança grande parte da periferia, sendo composta

por 01 equipe da ESF, com os seguintes profissionais: 01 enfermeira, 01 médico generalista, 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 recepcionista, 01 cirurgião-dentista, 01 técnico de saúde bucal e 08 ACS. Apesar dessa quantidade de agentes comunitários, ainda temos um total de 8 % de área descoberta por agentes.

A unidade funciona em local próprio, com recepção, sala de espera, consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de reunião, sala de curativo e procedimentos, farmácia, 02 sanitários e cozinha. Apesar de ser bem estruturada em relação a móveis, existe falta de equipamentos como otoscópio, negatoscópio, autoclave, esfigmomanômetros em número suficiente, além de torneiras e pias não serem adequadas (as torneiras são antigas, giratórias, que necessitam do uso das mãos, e as pias pequenas, sem bancada ou dispersor de sabonete líquido). A estrutura física necessita de uma reforma, pois tanto no seu interior, quanto no exterior, existem infiltrações e pequenas rachaduras. Além disso, os consultórios são pequenos para um atendimento humano e acolhedor. Em relação aos equipamentos, a situação mais grave é a falta da autoclave, que driblamos utilizando uma pequena estufa. As poucas lixeiras que temos estão sem tampa e não são de pedal, por isso estamos sempre esvaziando para que não acumule lixo.

O atendimento médico não é adequado em relação à carga horária de trabalho, problema que atinge grande número de unidades e municípios do país. O profissional está presente na unidade apenas três dias na semana, e não em período integral, e isso prejudica bastante a organização do serviço. Existe uma sobrecarga de demanda ambulatorial que fica por conta do profissional de enfermagem que afeta a assistência, principalmente em relação à integralidade da atenção. Isso acarreta a diminuição da frequência de visitas domiciliares e atividades educativas em espaços comunitários, ações de extrema importância para proporcionar uma melhor atenção ao usuário. Talvez se houvesse um médico que cumprisse as 40 horas semanais, igual aos demais profissionais, teríamos condições de melhorar a atenção prestada enquanto equipe, por meio, principalmente, de programas e atendimentos compartilhados e longitudinais, envolvendo toda a equipe de trabalho. Como ainda há áreas não cobertas por ACS, existem algumas famílias não cadastradas, mas que são regularmente atendidas pela UBS. A regularização desse número também contribuiria para a melhoria dos programas.

Ao analisarmos a população do município, percebemos que, diferente da tendência baiana e brasileira, temos um estreitamento na faixa etária de adolescentes e adultos jovens, entre os 15 e os 29 anos, possivelmente pelas baixas condições locais para estudos e emprego (Figura 2).

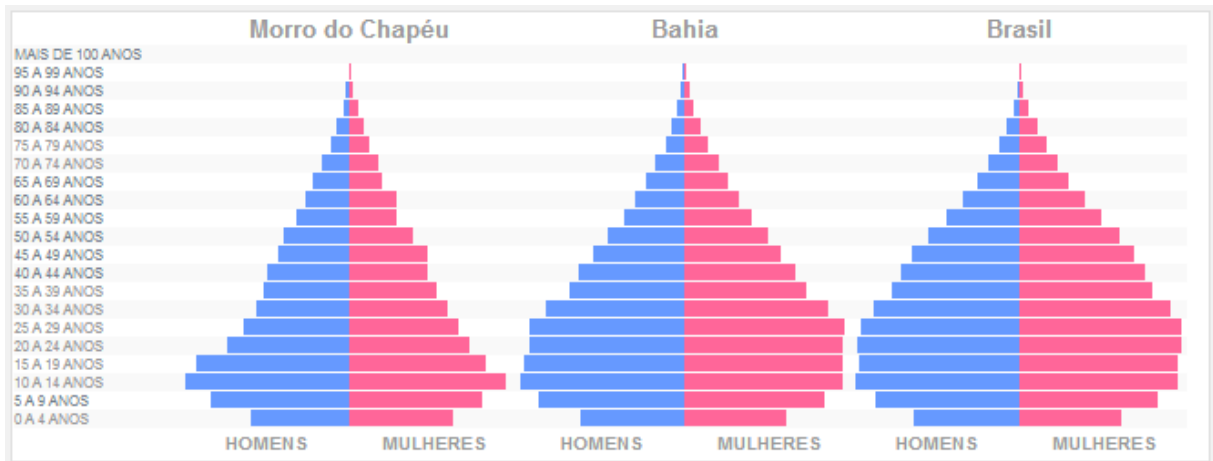


Figura 2: Pirâmides etárias, divisão por sexo. Morro do Chapéu; Bahia; Brasil; 2010.

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Quanto à população adstrita à Unidade de Saúde, atendemos a um total de 3.960 usuários, 1.112 famílias cadastradas. São 1.901 pessoas do sexo masculino e 2.063 do sexo feminino, mostrando semelhança à tendência brasileira de uma população feminina predominante. Como características específicas, temos 408 idosos, 78 crianças menores de um ano e 43 gestantes.

Temos uma área de abrangência muito extensa, muito carente, e a falta de médico por dois dias faz com que estejamos sempre com excesso de demanda, principalmente por falta de organização dos atendimentos programáticos. Os usuários nem sempre são atendidos de forma adequada, com acompanhamento programático conforme sua necessidade. Como a área de abrangência é composta por dois bairros de características muito distintas e específicas, talvez mais uma equipe ajudasse nessa organização e no atendimento mais singular a cada uma dessas famílias. Um dos bairros é o da rodoviária, é mais estruturado, com a maioria das ruas calçadas e rede de esgoto em quase todo território. Já o outro é o bairro Alto da Chapada, muito carente, sem ruas calçadas e sem rede de esgoto, com algumas famílias que moram em casas de apenas dois cômodos, que necessitam muito mais atenção e auxílio. Como não temos o serviço organizado, fica difícil praticar a equidade e atender às demandas das famílias de maneira individualizada.

Em relação à demanda espontânea não existe atendimento médico no local, pois o profissional não atende as pequenas ou grandes necessidades sem que sejam pré-agendadas. Essa demanda acaba ficando por conta da enfermagem, que procura dar seguimento e orientação conforme o caso, encaminhando para atendimento pronto ou agendando para acompanhamento. Já em odontologia, quando o paciente chega com uma urgência é prontamente atendido.

O atendimento à Saúde da Criança ainda não é muito qualificado e fortalecido, pois não há acompanhamento de rotina, as mães costumam buscar assistência apenas quando a criança se apresenta adoentada. Não temos problemas com teste do pezinho nos recém-nascidos. As mães são orientadas desde o pré-natal e principalmente na consulta puerperal para levarem seus bebês no tempo certo, entre o terceiro e quinto dias de nascidos para realizar o exame, e caso não tenham recebido as vacinas de Hepatite B e BCG (Bacilo Calmette-Guérin – contra tuberculose) na unidade hospitalar, são encaminhadas para a realização na unidade. Com base no protocolo do Ministério da Saúde, temos tentado métodos para a adesão das mães às consultas de rotina, mas sem muito sucesso, principalmente em relação às crianças de maior idade. No atendimento das crianças costuma ser resolvida, apenas, a queixa principal, sem acompanhamento de puericultura, onde seriam feitas orientações de acordo com cada faixa etária, avaliação antropométrica, e acompanhamento periódico.

Os atendimentos das gestantes ocorrem uma vez por semana, com uma cobertura de 70% no pré-natal. Na primeira consulta é realizado o cadastramento das gestantes no SISPré-natal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), a solicitação dos exames do primeiro trimestre de gestação, a entrega do cartão da gestante, o preenchimento da ficha espelho, a anamnese e o exame físico, e ela sai com a consulta subsequente já agendada para o médico. No mesmo dia é entregue o cartão da gestante. Conforme protocolo é realizado o mínimo de consultas propostas para o pré-natal de baixo risco, tanto de enfermagem quanto médicas. No caso de pré-natal de alto risco, já na primeira consulta a paciente é encaminhada para o atendimento especializado com o médico obstetra. Há um livro ata específico para registro dos atendimentos de pré-natal onde constam: nome, endereço, idade, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), número de cadastro no SISPré-natal, número de gestações, partos e abortos, vacinação, risco gestacional, data das consultas e data

da consulta puerperal. Essa sistematização possibilita que essa seja uma ação prestada com maior qualidade. Temos no território um número de gestantes adolescentes com início de pré-natal tardio, mas por se tratar de uma ação programática mais organizada, por eu ter muita afinidade com a área, e por ser mãe, consigo, muitas vezes, citar exemplos pertinentes e trabalhar de maneira que percebo ser de grande auxílio para as mesmas.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e mama, não há registros específicos programáticos na unidade. Mas é perceptível que existe uma lacuna grande na assistência. No início do ano eram atendidas, semanalmente, 08 a 10 mulheres para acompanhamento preventivo, mas, a partir do meio do ano, esse número começou a diminuir, estando hoje entre 03 e 05 mulheres por semana, exigindo que seja feito um trabalho para melhorar essa ação, com urgência. Como se trata de uma área muito extensa, e temos um total de 1034 mulheres na faixa etária alvo, é conclusivo que falta muito para alcançar qualidade nessa área, temos que trabalhar educação em saúde para que elas percebam a importância dos exames e do acompanhamento, e organizar a assistência na rotina da unidade.

No mês de abril de 2012, em todo estado da Bahia, foi realizado o rastreamento do câncer de mama por meio do Movimento para a Saúde. O município fez parte do projeto e recebeu um carro com dois mamógrafos. Eles passaram 07 dias aqui, e, na minha área, foram realizadas em torno de 180 mamografias em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, tendo alterações em 05 delas, com classificação BI-RADS (Breast Image Reporting and Data System) 4 e 5. Todas estão em tratamento. Na unidade, quando é realizado o exame citopatológico em mulheres com casos de câncer na família ou a partir de 40 anos, já é solicitada a mamografia, além de realizada a palpação e o exame das mamas.

A atenção aos hipertensos e diabéticos é a ação programática mais consolidada na UBS Alba, temos um total de 80% dos pacientes compensados e que recebem sua medicação em casa através do MEDCASA (Programa Medicamento em Casa), um programa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia em parceria com o Ministério da Saúde que beneficia 32 municípios baianos. A ação busca não só assegurar o acesso dos pacientes aos medicamentos que tanto necessitam, já que os mesmos não terão mais que se deslocar para as unidades de saúde, mas contribuir para um melhor acompanhamento do estado de saúde de portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, assistidos pelo

Sistema Único de Saúde (SUS). Para ter acesso ao programa, o paciente tem que ser referenciado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), ser atendido em uma Unidade Saúde da Família (USF), fazer um cadastro no Programa Saúde da Família (PSF) e passar por avaliação de um médico, que vai decidir pela prescrição do medicamento. Isso funciona muito bem na nossa unidade, e a facilidade de receber os medicamentos em casa sensibiliza e incentiva os doentes para o acompanhamento. Assim conseguimos boas taxas de adesão e de controle da doença. O agendamento das consultas é feito conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS), sendo consultas mensais, uma a cada três meses com o médico e os dois meses seguintes com a enfermeira. Alguns pacientes idosos fazem parte do Caminhando para a Saúde, um grupo de caminhada criado pelo NASF que atende idosos da sede do município, e isso também contribui para a promoção de saúde desse grupo.

Temos 436 idosos cadastrados na área de abrangência. São usuários atendidos regularmente, tanto no posto, quanto em seus domicílios, quando se tratam de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. Para esses atendimentos são realizadas visitas domiciliares frequentes e orientações para cuidados adequados dos familiares ou responsáveis desses idosos. Nem sempre o médico acompanha nas visitas, mas em casos de muita necessidade solicitamos a sua presença. Os acamados, em sua maioria, são vítimas de acidente vascular cerebral ou demência, que não deambulam e necessitam mais atenção e cuidados constantes. As visitas são agendadas pelos ACS no dia da realização das visitas domiciliares da unidade.

Pudemos perceber por meio da Análise Situacional alguns problemas que não estavam claros para nós, e outros que não eram novidade para a equipe. Sem dúvidas conseguimos um olhar mais amplo e crítico do nosso trabalho e UBS. A deficiência que temos em relação ao trabalho médico no município já era bastante discutida e conhecida nas reuniões da Atenção Básica, mas agregamos aspectos como o comportamento e acolhimento da equipe com os usuários, que ainda é falho e deixa muito a desejar, as necessidades de reforma e estruturação da unidade em termos de equipamentos, como a situação da maca ginecológica da sala de enfermagem, que está sem as perneiras há mais de cinco meses, as lixeiras sem tampa e pedal, a necessidade de reforma e pintura para que sejam retiradas as pequenas infiltrações no prédio, e a urgência no trabalho de organização das ações

programáticas e da gestão dos serviços. No início das semanas de análise, comecei a visualizar que, além das torneiras serem inadequadas, há também a deficiência de medicamentos que recebemos sempre em pequenas quantidades. Na maioria das vezes, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que não recebem a medicação em casa pelo Estado ficam sem, pois na unidade acaba logo. Ao questionar em reunião o porquê disso acontecer, foi relatado que o repasse estadual é pequeno e que algumas unidades não entregam os mapas de atendimentos diários do programa e do cadastro dos pacientes novos, fazendo com que a realidade não corresponda à necessidade.

Diante disso percebemos muitas lacunas e áreas de atuação para a melhoria da unidade. A realização das atividades já promoveu algumas mudanças, mas sabemos que muito ainda há para ser feito.

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

Na semana de ambientação, onde foram relatadas as características da UBS Alba de Souza Lima e da equipe, é possível perceber que não foram informações amplas, aprofundadas. O conhecimento, até então, era restrito, e a partir das informações adquiridas na análise situacional, sem dúvidas, as informações se tornaram enriquecidas de características que até o presente momento eram desconhecidas para mim, ou não chamavam a atenção, não recebiam importância, ou não ficavam claras. Questionamentos como na situação das medicações, por exemplo, nunca tinham sido levantados, pois conclusões eram tiradas com base no senso comum. Meu olhar também foi ampliado em relação à estrutura e à necessidade de reforma da unidade, a quantidade de pacientes cadastrados na área de abrangência, aos protocolos de atendimento às ações programáticas, e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Percebi através da análise situacional a importância da mesma para, a partir dela, realizar o planejamento das ações, propor estratégias para melhorar e qualificar a atenção e a relação com os usuários e conhecer e atuar nos problemas que agravam a saúde na área adstrita à UBS, de maneira coletiva. Até então só conseguia visualizar minha unidade, internamente, e não a rede de serviços de saúde do município de Morro do Chapéu.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é fundamental, pois possibilita observar, precocemente, transtornos que podem afetar a sua saúde. As ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem ser voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento, a proteção da saúde e a identificação e o tratamento precoce dos problemas detectados (BRASIL, 2002).

A promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, o aumento da cobertura vacinal e o controle das situações de risco à saúde são fundamentais para um atendimento de qualidade na atenção a saúde da criança.

Segundo o MS, 2002, a avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil”. Com a elaboração do primeiro cartão da criança pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC/MS) para o acompanhamento individual de crianças nas unidades de saúde e para o diagnóstico presumível de desnutrição energético-proteica, os registros das avaliações das crianças de 0 a 72 meses se tornaram mais adequados, mas não em todos os lugares.

A realização da análise situacional da Unidade Alba de Souza Lima e os diálogos feitos com os membros da equipe demonstraram que alguns aspectos da atenção prestada às crianças de 0 a 72 meses na unidade necessitam de intervenção a fim de promover a integralidade da atenção. Essa é uma das unidades em que os registros não estão adequados, nem mesmo com a implantação do cartão da criança.

Em relação à comunidade, sentimos falta dos pais serem mais bem esclarecidos quanto à importância do acompanhamento regular da criança na UBS, e que essa avaliação constante reduz a possibilidade de serem acometidos ou tardiamente diagnosticados com determinados agravos em saúde. Quanto à equipe, precisam aceitar e entender o funcionamento ideal da puericultura para, a partir daí, estar apta a realizar um acolhimento adequado voltado para a atenção à saúde da criança. Como consequência, teríamos a população aceitando e aderindo mais

facilmente ao programa. A cobertura de atendimentos, atividades educativas, conversas individualizadas e as relações com os pais, gestantes e/ou familiares seriam melhoradas com a implantação de algumas rotinas. Promover ações educativas e culturais partindo do que a população já sabe, por meio de uma relação horizontal facilitaria a compreensão da população, e o seu apoio ao projeto. A cobertura de saúde da criança seria aumentada no decorrer da intervenção, já que estaríamos trabalhando com planejamento, monitoramento e avaliação desses atendimentos na UBS.

Em Morro do Chapéu ainda se pratica a tomada das medidas antropométricas no momento da vacinação, sendo apenas esse o acompanhamento infantil. As crianças são levadas à unidade apenas em caso de queixa, o que não é adequado para a correta realização do acompanhamento de puericultura.

Diante dessas circunstâncias justifica-se a realização de uma intervenção no Programa de Atenção às Crianças de 0 a 72 meses da Unidade Alba de Souza Lima. Acreditamos que a partir da sensibilização da equipe, da comunidade e da gestão por meio da intervenção podemos mudar muitos aspectos dessa realidade e estabelecer rotinas adequadas para a promoção da saúde dessa população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Alba de Souza Lima, em Morro do Chapéu, na Bahia.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses;
2. Melhorar a adesão à puericultura;
3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
4. Melhorar os registros das informações;
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
6. Promover saúde das crianças de 0 a 72 meses;
7. Promover a saúde dos familiares das crianças de 0 aos 72 meses.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses.

1. Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 60%.
2. Captar 80% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.
3. Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças cadastradas.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão à puericultura.

4. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas ao acompanhamento de puericultura.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

5. Capacitar 100% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.
6. Monitorar crescimento em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.
7. Monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.
8. Manter 100% das crianças acompanhadas na UBS com vacinação em dia de acordo com o protocolo.
9. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças acompanhadas de acordo com o protocolo.
10. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
11. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

12. Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças acompanhadas.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

13. Realizar avaliação em 100% das crianças para identificar as de risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Relativas ao objetivo 6: Promover saúde das crianças de 0 a 72 meses.

14. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.
15. Garantir consulta e acompanhamento odontológico a 80% das crianças.
16. Promover aleitamento materno exclusivo até os 06 meses para 100% das crianças dessa faixa etária acompanhadas na unidade.
17. Orientar a alimentação complementar para 100% das crianças após os 06 meses de idades.
18. Fazer orientação nutricional para 100% das crianças acompanhadas.

Relativas ao objetivo 7: Promover a saúde dos familiares das crianças dos 0 aos 72 meses.

19. Realizar ações de promoção e prevenção de doenças de 100% das famílias das crianças acompanhadas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde – UBS Alba de Souza Lima, no município de Morro do Chapéu - Bahia. Participarão da intervenção todas as crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência da unidade e cadastradas no Programa de Puericultura. Como referencial teórico será utilizado o Caderno de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde (MS), Brasília (2002).

2.3.1 Ações

Para qualificar e ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alba de Souza Lima, buscando a meta de alcançar 60% dessas crianças, e buscando as que não fazem acompanhamento nem na UBS nem em outro lugar, no eixo do monitoramento e avaliação será aberto livro para registro e cadastramento das crianças e ficha/ cartão espelho, que deverão ser preenchidos pelos profissionais e serão monitorados mensalmente.

Na organização e gestão do serviço, será realizado o cadastramento no SIAB das crianças que se encontram nessa faixa etária da área de abrangência da unidade pelos agentes comunitários de saúde (ACS), o atendimento às crianças será priorizado e a segunda consulta do recém-nascido (RN) será agendada durante a realização do teste do pezinho e das vacinas BCG e Hepatite B, a fim de estabelecer uma rotina de consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Em relação ao engajamento público, é importante esclarecer à população sobre a importância da puericultura nos primeiros anos de vida, e, para isto serão realizadas palestras e outras atividades educativas na comunidade (escolas, igrejas, e outros espaços sociais) e sala de espera pelos profissionais na UBS.

Na qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada, e será realizado um grupo de estudos em equipe, durante uma hora, em dois dias na semana, antes do fechamento da UBS, para leitura e discussão do Caderno de Saúde da Criança.

Para realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças cadastradas, no eixo do monitoramento e avaliação do serviço, a proporção de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida será acompanhada a partir dos registros e por informações na visita domiciliar/ consulta puerperal.

Na organização e gestão do serviço será realizada a busca ativa das crianças que não tiverem comparecido no serviço 15 dias após a data do parto, durante a consulta puerperal/ visita domiciliar do enfermeiro e ACS. Nas últimas consultas de pré-natal as gestantes serão orientadas a avisarem a unidade sobre o parto para que seja agendada e realizada a visita.

Para fortalecer o engajamento público, as mães serão informadas sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da puericultura durante todo o pré-natal e no momento da visita domiciliar/ consulta puerperal.

Na qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para o acolhimento da criança, as Políticas de Humanização e a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, realizando estudo em equipe durante uma hora por dois dias na semana, antes do fechamento da UBS.

Para melhorar a adesão à puericultura das crianças de 0 a 72 meses deve-se fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas de acompanhamento, e, para isso, no eixo monitoramento e avaliação, verificaremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), revisando periodicamente o livro de registro de puericultura, monitoraremos as buscas às crianças faltosas, feita pelos ACS, e, caso a mãe não compareça com essa busca, o enfermeiro realizará uma segunda tentativa junto com o ACS.

Na organização e gestão do serviço, as visitas serão organizadas por meio dos registros das crianças. A recepcionista informa para o ACS e organiza a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, sempre deixando duas vagas de consultas reservadas para os faltantes da semana anterior.

Para o engajamento público informaremos a comunidade e as mães sobre a importância do acompanhamento regular da puericultura, através da realização de atividades na comunidade e na sala de espera, além do reforço da informação nas consultas individuais.

Na qualificação da prática clínica serão realizados treinamentos com os Agentes Comunitários de Saúde e recepcionista para a identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e da agenda.

Para melhorar a qualidade do atendimento à criança devemos capacitar 100% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. No eixo do monitoramento e avaliação, monitoraremos o número de profissionais que não aderiram ao protocolo, que serão avaliadas nas reuniões e durante o trabalho.

Para organização e gestão do serviço, teremos a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, serão solicitadas a impressão de 03 protocolos através de ofício entregue a coordenação da Atenção Básica do município para disponibilizar na UBS para estudo e revisão dos funcionários.

No engajamento público a equipe compartilhará com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possa exercer o controle social, através de atividades educativas realizadas na comunidade, sala de espera e nas consultas de puericultura.

Para qualificação da prática clínica serão realizados treinamentos dos profissionais que realizam puericultura segundo os protocolos do Ministério da Saúde, através de leitura e discussão em equipe.

Para monitorar crescimento e o desenvolvimento de 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS, no eixo do monitoramento e avaliação, deverá ser monitorado o percentual de crianças com curva de crescimento abaixo e acima da normalidade e com trajetória descendente, através da utilização dos gráficos de crescimento durante as consultas, transcritos para a ficha espelho, assim como o percentual de crianças com atraso no desenvolvimento neuro- cognitivo, através da avaliação do desenvolvimento neuro – cognitivo.

Na organização e gestão do serviço, devemos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), e, para isso, os insumos necessários para o serviço serão solicitados periodicamente, cuidando para que não faltem. Devemos, também, garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento neuro- cognitivo (quando for o caso) para diagnóstico e tratamento, através do encaminhamento das crianças que apresentarem déficit de desenvolvimento para as especialidades e sempre estar nos informando sobre o acompanhamento nas consultas de puericultura.

Para engajamento público, deve-se orientar aos pais e/ou responsáveis sobre a leitura da curva de crescimento, identificando sinais de anormalidade, e sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, sempre passando essas informações durante as consultas.

Na qualificação da prática clínica faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, e quanto ao preenchimento da ficha de desenvolvimento, tudo durante o momento do estudo em equipe.

Para manter 100% das crianças com vacinação em dia de acordo com o protocolo, no eixo do monitoramento e avaliação deve-se monitorar o percentual de

crianças com vacinas atrasadas. Para isso acompanharemos o semáforo vacinal, onde, junto ao nome das crianças, para as que estão em dia são utilizadas tachas verdes, para os que têm vacina a ser realizada serão utilizadas tachas amarelas, e para os que estão com vacinas atrasadas, tachas vermelhas, facilitando o monitoramento.

Na organização e gestão do serviço devemos garantir junto ao gestor municipal e a coordenação da VIEP (Vigilância Epidemiológica) a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta) e realizar controle da data de vencimento do estoque. Para isso também devemos garantir que a sala de vacina esteja sempre preparada para o atendimento (demanda espontânea e agendada), monitorar e verificar sempre os insumos (vacinas, seringas e agulhas), e, caso necessário solicitar, solicitar os que estiverem acabando para que não faltem.

No engajamento público os pais e/ou responsáveis serão orientados sobre o calendário vacinal da criança, e o cartão de vacina será verificado durante as consultas.

Para a qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para a leitura do cartão da criança, o registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Para que seja realizada a suplementação de ferro em 100% das crianças conforme protocolo, no eixo do monitoramento e avaliação será acompanhada a proporção de crianças que receberam suplementação de ferro, através da anotação na caderneta da criança e no livro de registro, periodicamente.

Na organização e gestão do serviço a equipe buscará garantir que o medicamento seja dispensado na farmácia da UBS. Para isso, o mesmo será solicitado através de ofício para a compra pelo município. Para registro, ele está em falta há mais de oito meses.

No engajamento público os pais e responsáveis serão orientados sobre a importância da suplementação de ferro e sobre a falta do mesmo para dispensação nas farmácias do município.

Para a qualificação da prática clínica a equipe tomará contato com as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde durante o estudo em equipe.

Para realizar triagem auditiva em 20% das crianças, no eixo da avaliação e monitoramento será monitorado o percentual de crianças que não realizaram triagem auditiva.

Na organização do serviço será garantida junto ao gestor a realização de teste auditivo, informando sobre a obrigatoriedade do teste e sobre os benefícios do mesmo para o bebê.

Para o engajamento público iremos orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, ainda que o mesmo não seja garantido pela prefeitura ou pelo hospital que realizou o parto, conforme lei regulamentar.

Para a qualificação da prática clínica o médico, o gestor e a equipe serão orientados quanto à incorporação da triagem auditiva no protocolo da puericultura, inclusive, sobre a questão legal.

Para realizar teste do pezinho em 100% das crianças até o 7º dia de vida, no eixo do monitoramento e avaliação deve-se monitorar o percentual de crianças nascidas no período para verificação da realização ou não do referido teste. O acompanhamento da realização do teste no período adequado será feito através do registro de teste do pezinho, do livro de registro das crianças cadastradas, e durante a consulta puerperal/ visita domiciliar.

Na organização e gestão do serviço iremos garantir junto à coordenação da Vigilância Epidemiológica (VIEP) a realização de teste do pezinho, através de solicitação e garantia dos insumos necessários.

No engajamento público devemos orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 07 dias de vida, através de atividades na comunidade, salas de espera, e durante as consultas de pré-natal e a consulta puerperal/ visita domiciliar.

Para a qualificação da prática clínica devemos verificar se todos os profissionais de enfermagem da UBS estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação, a partir do estudo em equipe ou de orientações individuais.

Para manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, na avaliação e monitoramento iremos monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS, verificando a

adequação dos mesmos e corrigindo os que necessitarem de complementação ou correção.

Na organização do serviço será preenchido o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) / folha de acompanhamento, implantada a ficha espelho da caderneta da criança, pactuado com a equipe o registro das informações, e definido o responsável pelo monitoramento dos mesmos.

No engajamento público iremos orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Para a qualificação da prática clínica toda a equipe será treinada no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS.

Para realizar avaliação em 100% das crianças para identificar as de maior risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...), no eixo da avaliação e monitoramento será monitorado o número de crianças de alto risco existentes na comunidade, o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso e o número de encaminhamentos para serviços especializados.

Na organização do serviço daremos prioridade no atendimento das crianças de alto risco, que serão identificadas na ficha espelho e encaminhadas para serviço especializado, quando necessário. Serão garantidas consultas de referência junto ao gestor municipal.

No engajamento público serão fornecidas orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Os familiares e responsáveis pelas crianças de alto risco serão orientados sobre os passos necessários para agendamento do atendimento especializado.

Para a qualificação da prática clínica todos os profissionais serão capacitados para a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

Para dar orientações sobre prevenir acidentes na infância e orientações nutricionais sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar após essa idade em 100% das consultas de puericultura, no eixo da avaliação e monitoramento iremos acompanhar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho. Também serão monitoradas as atividades de educação em saúde sobre os assuntos, montaremos calendário de sala de espera com o

nome de todos da equipe, para que sejam realizados dois encontros durante a semana na Unidade Básica de Saúde, e, a cada sala de espera realizada, será dada baixa no calendário pelo enfermeiro da UBS.

Monitoraremos o percentual de crianças observadas mamando na 1ª consulta, por meio da anotação no prontuário e livro e livro de registro, e, nas mesmas fontes, monitoraremos a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 02 anos.

Na organização do serviço será definido o papel de todos os membros da equipe nas orientações, e os momentos que as mesmas serão feitas, individualmente e coletivamente.

No engajamento público iremos orientar a comunidade sobre todos os assuntos escolhidos conforme o público e o momento do encontro.

Para a qualificação da prática clínica os profissionais serão informados sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, sobre o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e a observação da mamada para correção de "pega", e será realizada a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, com apoio da Nutricionista e equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município.

Para garantir consulta e acompanhamento odontológico a 80% das crianças, no eixo da avaliação e monitoramento iremos monitorar o registro da avaliação odontológica em prontuário ou ficha espelho, e a cirurgiã-dentista vai monitorar os índices de cárie (ceo/CPOD) das crianças da puericultura, a fim de identificar e tratar as mais acometidas pelas doenças bucais.

Na organização do serviço será definido o papel de todos os membros da equipe nas orientações e na avaliação de saúde bucal. A agenda da odontologia será organizada para possibilitar o atendimento regular das crianças da puericultura. O protocolo para atenção e assistência em saúde bucal (periodicidade das consultas, aplicação de flúor) será repassado para toda a equipe.

No engajamento público iremos orientar a comunidade sobre a necessidade de realizar consulta odontológica nos primeiros anos de vida. Orientar a comunidades sobre a importância dos cuidados com a dentição decídua, e orientar os pais e responsáveis sobre a higiene bucal, uso adequado de creme dental de acordo com a faixa etária e alimentação saudável.

Para a qualificação da prática clínica será realizada a capacitação dos profissionais conforme os protocolos de atendimento.

Para realizar ações de promoção e prevenção de doenças de 100% das famílias, na avaliação e monitoramento iremos monitorar a implementação de ações de prevenção e promoção à saúde de acordo com as especificidades de cada situação familiar.

Na organização do serviço será promovido o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de maior risco e vulnerabilidade. Iremos demandar aos gestores municipais a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações de qualificação para atividades de gestão em saúde, de fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar.

No engajamento público serão divulgadas as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde. A comunidade será orientada sobre a importância do autocuidado, da participação na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças e suas famílias, e a importância da participação e acompanhamento nos demais programas de atenção da unidade, como os voltados para idosos, hipertensos, diabéticos, prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, saúde bucal, dentre outros.

Para a qualificação da prática clínica toda equipe será capacitada para atividades de gestão em saúde, de fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses.

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 60%.

Indicador 1: Cobertura do programa de puericultura.

Numerador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas e acompanhadas na UBS.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência.

Meta 2: Captar 80% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Indicador 2: Proporção de crianças não acompanhadas nem na UBS nem em outro serviço captadas para o programa.

Numerador: nº de crianças de 0 a 72 meses que não faziam puericultura nem na UBS nem em outro serviço captadas para o programa.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses que não faziam puericultura nem na UBS nem em outro serviço da área de abrangência.

Meta 3: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 3: Proporção de crianças que passou por primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida.

Numerador: nº de crianças de 0 a 72 meses que passou por primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão à puericultura;

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas ao acompanhamento de puericultura.

Indicador 4: Proporção de crianças faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: nº de crianças faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: nº de crianças faltosas às consultas cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 5: Capacitar 100% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Indicador 5: Proporção de profissionais capacitados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Numerador: nº de profissionais capacitados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Denominador: nº de profissionais na equipe.

Meta 6: Monitorar crescimento em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Indicador 6: Proporção de crianças que estão em dia com as ações de monitoramento do crescimento.

Numerador: nº de crianças que estão em dia com as ações de monitoramento do crescimento.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Indicador 7: Proporção de crianças que estão em dia com as ações de monitoramento do desenvolvimento.

Numerador: nº de crianças que estão em dia com as ações de monitoramento do desenvolvimento.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 8: Manter 100% das crianças acompanhadas na UBS com a vacinação em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de crianças que estão em dia com o calendário vacinal.

Numerador: nº de crianças que estão em dia com o calendário vacinal.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência.

Meta 9: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças acompanhadas de acordo com o protocolo.

Indicador 9: Proporção de crianças que recebeu suplementação de ferro de acordo com o protocolo.

Numerador: nº de crianças que recebeu suplementação de ferro de acordo com o protocolo.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 10: Realizar triagem auditiva em 20% das crianças.

Indicador 10: Proporção de crianças que passou por triagem auditiva.

Numerador: nº de crianças que passou por triagem auditiva.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 11: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida.

Indicador 11: Proporção de crianças que realizou o teste do pezinho até o 7º dia de vida.

Numerador: nº de crianças que realizou o teste do pezinho até o 7º dia de vida.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças acompanhadas.

Indicador 12: Proporção de crianças com registro atualizado na ficha espelho de puericultura / vacinação.

Numerador: nº de crianças com registro atualizado na ficha espelho de puericultura / vacinação.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 13: Realizar avaliação em 100% das crianças para Identificar as de maior risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Indicador 13: Proporção de crianças que passou por avaliação de risco para morbimortalidade.

Numerador: nº de crianças que passou por avaliação de risco para morbimortalidade.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 6: Promover saúde das crianças de 0 a 72 meses;

Meta 14: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

Indicador 14: Proporção de acompanhantes de crianças que recebeu orientações para prevenir acidentes na infância.

Numerador: nº de acompanhantes de crianças que recebeu orientações para prevenir acidentes na infância.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 15: Garantir consulta e acompanhamento odontológico a 80% das crianças.

Indicador 15: Proporção de crianças em dia com o acompanhamento odontológico.

Numerador: nº de crianças em dia com o acompanhamento odontológico.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 16: Promover aleitamento materno exclusivo até os 06 meses para 100% das crianças dessa faixa etária acompanhadas na unidade.

Indicador 16: Proporção de acompanhantes que recebeu orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

Numerador: nº de acompanhantes que recebeu orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

Denominador: nº de crianças de 0 a 6 meses cadastradas na unidade.

Meta 17: Orientar a alimentação complementar para 100% das crianças após os 06 meses de idade.

Indicador 17: Proporção de acompanhantes que recebeu orientações quanto à alimentação complementar após os 6 meses de idade.

Numerador: nº de acompanhantes que recebeu orientações quanto à alimentação complementar após os 6 meses de idade.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Meta 18: Fazer orientação nutricional para 100% das crianças acompanhadas.

Indicador 18: Proporção de acompanhantes que recebeu orientações nutricionais em relação à alimentação infantil.

Numerador: nº de acompanhantes que recebeu orientações nutricionais quanto à alimentação infantil.

Denominador: nº de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Relativos ao objetivo 7: Promover a saúde dos familiares das crianças dos 0 aos 72 meses.

Meta 19: Realizar ações de promoção e prevenção de doenças de 100% das famílias das crianças acompanhadas;

Indicador 19: Proporção de famílias de crianças que recebeu ações de promoção da saúde

Numerador: nº de famílias de crianças que recebeu ações de promoção da saúde

Denominador: nº de famílias de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na UBS Alba de Souza Lima, no Programa Saúde da Criança, será utilizado o Manual de Saúde da Criança, Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil do Ministério da Saúde, serie Cadernos de Atenção Básica nº 11/ 2002 (BRASIL, 2002), e, agora que disponível, o Caderno de atenção Básica nº 33: Saúde da Criança, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Trabalharemos também, principalmente nas ações de educação em saúde com os familiares, com os conteúdos da Caderneta de Saúde da Criança, que estão dispostos de modo acessível e didático (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf).

Utilizaremos uma ficha de registro específico em atenção à criança, o cartão espelho de vacinação, e o livro de registro de puericultura, por meio dos quais realizaremos o levantamento dos faltosos para a organização das buscas ativa, atribuídas, principalmente, aos ACS, com a organização da enfermeira. Faremos um semáforo vacinal para a busca das crianças com vacinas em atraso, realizaremos uma listagem de registro com nome, data de nascimento e número da família junto com os ACS e na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e, desta maneira, colheremos alguns dados necessários para que o monitoramento desta intervenção aconteça. A ficha de atenção à criança que é utilizada no município não consta o gráfico de crescimento, e o espelho da caderneta de vacinação costuma estar desatualizado. Será atribuição de toda a equipe contribuir para a complementação e atualização das fichas e registros durante as suas rotinas.

Entraremos em contato por ofício em duas vias com a coordenação de atenção básica e Secretária Municipal de Saúde, solicitando uma balança nova, que ofereça melhores condições de trabalho, ficha espelho, insumos para vacinação, e cuidaremos para que os materiais não cheguem a faltar na unidade, realizando o pedido dos mesmos antes que acabem por meio de controle e acompanhamento de estoque feito pela enfermeira.

As capacitações da equipe serão realizadas as segundas e quintas-feiras, no turno da manhã, uma hora antes de encerrar o expediente para o intervalo do almoço. Trataremos de assuntos voltados a atualizações referentes ao programa de

atenção à puericultura, Protocolo de Saúde da Criança do MS, bem como discussão de casos e rotina e organização do trabalho na unidade.

Realizaremos a atualização cadastral de todas as crianças de 0 a 72 meses no livro de registro de puericultura, assim como faremos os cadastros das crianças ainda não acompanhadas na unidade. Para a comunidade como um todo, realizaremos atividades coletivas em sala de espera e reuniões em escolas e igrejas do bairro, esclarecendo sobre o programa de puericultura e demais atividades da unidade. Além disso, aproveitaremos esses momentos de troca para promover a saúde por meio de ações de educação em saúde e esclarecimentos de dúvidas que surjam da própria população, numa troca de saberes e experiências. Também aproveitaremos os encontros para trabalhar a promoção da saúde como um todo, abordando as demais linhas de cuidado como saúde da mulher, da gestante, do homem, hipertensão e diabetes, saúde do idoso, saúde bucal, dentre outros assuntos de interesse trazidos pela própria comunidade.

O aleitamento materno será um dos assuntos amplamente trabalhados durante a intervenção, tanto nas atividades coletivas quanto individuais, visto que na área adstrita temos mães adolescentes que tem mais dificuldade de aderirem à prática, seja por incômodo, seja por mitos relacionados à amamentação. Para isso, ampliaremos as orientações também para o programa de pré-natal e puerpério.

Semanalmente a enfermeira e o técnico de enfermagem da sala de vacina realizarão a busca ativa das crianças faltosas e com vacinas em atraso, através do cartão espelho de vacinação, e com a mesma periodicidade os profissionais farão o monitoramento do livro de registros que estará dividido de acordo com a quantidade e periodicidade de consultas preconizada pelo Ministério da Saúde. Com base nesses dados, a enfermeira, junto com os ACS, realizarão a busca ativa dos faltosos nas consultas agendadas de puericultura e vacinas, orientarão a genitora ou responsável quanto à importância das consultas para que a mesma não deixe de comparecer com seu(s) filho(s). Ao final de cada dia de atendimento os cartões espelhos e o livro de registros serão atualizados, e ao final de cada mês a enfermeira atualizará a planilha com os dados mensais de monitoramento do programa (planilha de coleta de dados).

As crianças e suas famílias serão avaliadas conforme orientações do protocolo do MS (sete consultas de rotina no primeiro ano de vida - na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês - além de duas consultas no

2º ano de vida - no 18º e no 24º mês - e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário - faixas etárias selecionadas por serem momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitarem de maior atenção serão vistas com maior frequência), e orientada e monitoradas quanto à nutrição – 10 Passos para Alimentação Saudável, aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, vacinas, saúde bucal, psicologia da mãe com o bebê e demais filhos e promoção de saúde. A forma de acompanhamento será por análise dos prontuários, fichas espelho e comparações com dados passados. Informações que não constam nos prontuários serão adicionadas, como, por exemplo, as relacionadas ao acompanhamento em saúde bucal, atendimento psicológico e nutricional.

Os encaminhamentos para outros níveis de referência serão realizados de acordo com a necessidade de cada criança, utilizando as fichas de referência/contra-referência adotadas no município e o fluxo pré-estabelecido da rede de saúde.

Para sensibilizar os familiares das crianças, serão feitas palestras e trabalhos educativos em sala de espera pela equipe de enfermagem e ACS duas vezes por semana na USF para tratarmos de temas relevantes para a melhoria da qualidade de vida das crianças e seus familiares. O projeto de intervenção será divulgado pelos ACS e por parceiros por toda a comunidade, explicando horários, serviços prestados, profissionais envolvidos e público alvo. Também serão abordados nas reuniões temas sobre como cada profissional de saúde pode ajudar às crianças e suas famílias, e os demais serviços prestados na Unidade de Saúde.

2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ações Propostas																
Cadastramento de novos pacientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento à população alvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniões periódicas e de capacitação da equipe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro das informações na planilha eletrônica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registros em ficha espelho e livro de puericultura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento dos indicadores				x				x				x				x
Avaliação da intervenção								x								x
Monitoramento dos registros de puericultura e vacinas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de faltosos				x				x				x				x
Controle e monitoramento de estoque de materiais e insumos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Solicitação de material de apoio				x				x				x				x

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

Figura 3: Quadro do cronograma de atividades da intervenção

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Durante a intervenção abrimos o livro para registro e cadastramento das crianças de 0 a 72 meses e utilizamos a ficha / cartão espelho da criança, que foram preenchidos pelos profissionais da UBS e monitorados por todo o período. Todas as 372 crianças na faixa etária de 0 e 72 meses da área de abrangência da unidade foram cadastradas no SIAB, e tiveram seus atendimentos priorizados. No entanto, durante o período das 16 semanas, conseguimos inserir 181 delas no programa de acompanhamento (48,6%), sendo que essas já saíam da unidade com a próxima consulta agendada, o que não existia anteriormente. Além disso, a segunda consulta do RN passou a ser agendada durante a realização do teste do pezinho e/ou das vacinas BCG e Hepatite B, garantindo um melhor acompanhamento e cobertura.

Em relação ao engajamento público, esclarecemos a população sobre a importância da puericultura no acompanhamento das crianças nos primeiros anos de vida, mas não realizadas conforme o previsto, na comunidade, pois tivemos dificuldades em alocar espaços. Por isso todos os esclarecimentos e orientações ocorreram por meio de atividades coletivas em sala de espera na própria unidade, ou durante as consultas individuais. Já na qualificação da prática clínica, a equipe foi capacitada conforme o previsto no projeto, sem dificuldades. Por todo o período, e, ainda hoje na rotina, realizamos encontros de capacitação, monitoramento, avaliação e planejamento.

Durante as 16 semanas a equipe quase que por completa se empenhou para o alcance dos objetivos, assim como para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança. Nem todos se dedicaram com o mesmo entusiasmo ou empenho, mas procuramos envolver a todos na inserção das novas ações nas rotinas do serviço. Reunimos-nos duas vezes em cada semana para o aprendizado coletivo, utilizando o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”, para a atualização da equipe. Também discutimos casos, e elaboramos planos de ação para o acompanhamento desses casos. Nossas reuniões, antes, eram mensais, e não conseguíamos discutir e avaliar nosso trabalho com apenas esse tempo. O curso nos possibilitou enxergar o quanto é importante ter esses momentos de encontro, a partir da intervenção passamos a realizar duas reuniões semanais por uma hora cada.

Realizamos atividade do Programa de Saúde na Escola (PSE), realizando avaliação do calendário vacinal dessas crianças, avaliação antropométrica, e atividades educativas, que também aconteceram na própria UBS duas vezes na semana, sendo, essas, realizadas por duplas sorteadas mensalmente. Toda a equipe participava dessas atividades educativas, exceto o médico e dentista, e pudemos sentir o quanto é importante o esclarecimento da população sobre assuntos relevantes para a prevenção de doenças nas crianças. Falamos sobre: aleitamento materno, higiene corporal e bucal, alimentação adequada, importância do teste do pezinho e vacinação no prazo adequado, consulta de puericultura, prevenção de acidentes domésticos, dentre outros.

Conforme previsto foram realizadas as anotações no livro de saúde da criança (Puericultura) e nos prontuários, onde se passou a fazer também os registros das consultas, da busca ativa das crianças faltosas, da busca ativa para os atrasos do calendário vacinal das crianças menores de dois anos, da avaliação e classificação de risco, e de toda a rotina instituída pela intervenção. A realização da classificação de risco possibilitou discussões de casos de vulnerabilidade e riscos socioeconômicos, já que estamos lidando com crianças de um bairro extremamente carente do município de Morro do Chapéu. Em equipe, com enfoque multiprofissional, durante as reuniões, realizávamos a discussão e avaliação dos atendimentos e assistência prestados a essas famílias. Conseguimos captar mais crianças no período adequado para a realização do teste do pezinho e vacinas (BCG e Hepatite B), além de, nesses atendimentos, já serem vinculados ao cartão da família à primeira consulta ambulatorial do RN (recém-nascido) e puérpera para a prescrição de método contraceptivo, acontecendo nos 30 dias de pós-parto.

Durantes as consultas de enfermagem em saúde da criança eram realizadas as avaliações antropométricas, marcação dos gráficos para a avaliação do crescimento, questionamento sobre o desenvolvimento dessas crianças, e, a partir das respostas, avaliávamos o desenvolvimento neurocognitivo, realizávamos orientações quanto à higiene corporal e bucal, aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical para uma cicatrização rápida, como o uso apenas de álcool a 70%, introdução de alimentos sólidos a partir dos seis meses, avaliação e classificação de risco da família, e prescrição se suplementação do sulfato ferroso a partir dos seis meses. Essa suplementação foi garantida durante uma parte da intervenção, e, em outra, tivemos uma dificuldade, pois o município relata que nem sempre tem

condições de comprar o medicamento por falta de regularidade no repasse federal. Quando visualizada qualquer necessidade de avaliação da criança por especialista, a mesma era encaminhada.

Quando a criança apresentava qualquer déficit de peso, ou ao chegar aos seis meses de idade, as mesmas eram encaminhadas para realizarem uma consulta na própria UBS, com a nutricionista, para que, dessa forma, reforçasse as orientações passadas para os familiares sobre a alimentação complementar e analisasse cada criança em seu estado individual.

Durante a intervenção aconteceram algumas dificuldades como, por exemplo, a coleta de dos dados referentes ao atendimento médico. A adesão desse profissional ao projeto foi parcial, superficial, tivemos problemas para estabelecer uma agenda compartilhada, como programado, e, em razão disso, ficava difícil coletar os dados semanais dos atendimentos de puericultura do médico, que nem sempre especificava nos prontuários detalhes do atendimento realizado por ele. A partir do momento que começamos a buscar coletar os dados diariamente, antes de o médico sair da unidade, esse aspecto melhorou muito. Outro fator dificultador foi minha dificuldade inicial no entendimento da planilha de coleta de dados, que fez com que, por duas semanas, tivesse que refazer a coleta. Não fiz um relatório diário das minhas ações na UBS em um caderno ou arquivo, conforme orientada, apenas anotava dados relevantes que aconteceram durante cada semana, e também, por essa razão, precisei rever meus atendimentos durante as primeiras semanas a fim de buscar detalhes que havia perdido e corrigir meus diários. Foram falhas minhas que percebi a tempo de corrigir e adequar para não inviabilizar os registros corretos.

O caderno de saúde da criança não ficou adequado desde o início. Primeiramente, separamos por ACS, e não registramos o número do prontuário da família, apenas a data de nascimento, data do atendimento e as prescrições. No momento de monitorar os dados percebemos a importância de constar o número da família / prontuário, e, assim, ficou mais fácil encontrar o prontuário para novos registros ou para monitoramento periódico.

O médico e o dentista não se envolveram com o projeto de intervenção como o restante da equipe. A dentista do começo da intervenção era envolvida, e participou até das primeiras reuniões, mas, ao ser substituída, não tivemos a mesma postura com o seu sucessor, infelizmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Não foi desenvolvida a suplementação de ferro em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS Alba de Souza Lima, pois o mesmo permaneceu em falta durante as 16 semanas. Ainda assim fazíamos a prescrição, mas a maior parte das famílias não tem condições de adquirir com recursos próprios, e esse monitoramento não foi feito.

Outra dificuldade que tivemos foi de realizar a triagem auditiva nas crianças. Havia uma previsão de contratação de fonoaudiólogo para o município, mas não aconteceu e o município mais próximo que dispõe desse profissional é a 80 km de Morro do Chapéu. Além da distância, não há pactuação entre os municípios para o referido teste, que, infelizmente, ainda está indisponível às crianças de nosso município.

Também não foi possível garantir consulta e acompanhamento odontológico para 80% das crianças, pois não contamos com a colaboração do cirurgião-dentista. Quando começamos a intervenção estávamos com uma colega que apresentou um pouco de resistência ao projeto, mas prometeu tentar se envolver. No entanto, logo em seguida, ela foi desligada, e após um período sem profissional, ela foi substituída por um odontólogo com quem não houve tempo suficiente de promovermos uma integração durante a intervenção. Esperamos que com a continuidade das ações esse acompanhamento seja, aos poucos, incorporado à rotina do programa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção, em relação aos dados, os da área médica nos causaram as maiores dificuldades, principalmente no período em que ainda não existia uma agenda compartilhada, e os registros médicos eram, muitas vezes, insuficientes, assim como a possibilidade de diálogos com ele para levantar os dados semanais. A partir do momento que a coleta começou a ser feita diariamente melhorou muito, e após a sensibilização dos profissionais para a melhoria dos registros, também. Outro fator foi a dificuldade no entendimento da planilha de coleta de dados, pela inexperiência em lidar com o instrumento, e, por isso, as duas primeiras semanas foram realizadas de forma equivocadas, e precisaram ser refeitas

posteriormente. Algumas falhas nos registros também dificultaram a construção dos diários de intervenção (que, algumas vezes, não eram diários, não havia tempo de fazer diariamente, e alguns detalhes ficavam esquecidos depois). Outras falhas como a não inserção do número das famílias no livro de registro de puericultura dificultavam a procura dos prontuários quando precisávamos complementar alguns dados. Tínhamos o registro das prescrições, data do atendimento, data de nascimento, mas o arquivo dos prontuários era por família. Ao percebermos a falta desse dado, o mesmo foi inserido posteriormente. Todas essas falhas foram sendo reparadas no decorrer da intervenção, cada vez que percebíamos algo a ser melhorado. Acredito que, com a continuidade das ações incorporadas à rotina, isso continuará sendo qualificado.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Durante a intervenção realizamos os dois encontros semanais da equipe para discussão de casos e capacitações, sendo que essa é uma atividade que permaneceu naturalmente. As ações educativas em salas de espera também foram incorporadas na rotina da UBS, e todo fim de mês realizamos os sorteios das duplas para realizar as apresentações. Outras atividades incorporadas são o registro no livro de puericultura e a busca ativa dos faltantes. Percebemos, ao longo da intervenção, que essas atividades são de extrema importância para a qualificação do serviço, e as mesmas já fazem parte da nossa rotina. A necessidade que vemos é ampliar as ações com a adesão do médico e do dentista nos cuidados integrais das crianças. As demais ações foram naturalmente incorporadas à rotina e vem sendo monitoradas e qualificadas a cada avaliação, ações essas (monitoramento e avaliação) também inseridas com a intervenção.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Após concluir as 16 semanas de intervenção na atenção à saúde da criança alcançamos resultados bastante perceptíveis e significativos para a rotina da UBS e da comunidade. Percebemos o quanto é importante incorporar à rotina as práticas da intervenção para melhorarmos muito mais a qualidade do serviço e alcançarmos as metas que ainda não foram possíveis de atingir.

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses.

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 60%.

Ao início da intervenção, pelo monitoramento do SIAB, tínhamos uma cobertura de, aproximadamente, 20% das 372 crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência, e a meta seria ampliar para 60%. Na realidade, previamente ao começo dos trabalhos fizemos um intensivo de revisão dos registros locais e cadastros familiares e percebemos uma situação alarmante e triste: na realidade a nossa cobertura era de apenas 4,1% (15 crianças) no mês anterior ao início da intervenção. Como não tínhamos um seguimento sistematizado das crianças, que eram pesadas e medidas na visita para vacinação, apenas 4,0% delas estavam com cadastro atualizado de acompanhamento de puericultura na unidade. Sendo assim, apesar de termos pactuado 60%, imaginamos que seria um passo muito grande conseguir alcançar essa proporção. E realmente foi. Não conseguimos chegar nesse patamar. Mas avançamos. E durante a intervenção conseguimos alcançar uma cobertura de 44,6%. Percebemos que a sistematização facilitou o aumento da cobertura. No mês 1 inserimos no acompanhamento 17 crianças, que, somadas às 15 já cadastradas, nos deu uma cobertura de 8,6%. No segundo mês crescemos 44 crianças, alcançando 76 (20,4%). No mês 3 chegamos a 134 crianças (36,0%), e fechamos o período com a cobertura de 181 crianças em acompanhamento (48,6%) (Figura 4). Mesmo não alcançando os 60% programados, percebemos um aumento muito significativo e uma mudança total na realidade local, o que motivou a equipe e a população.

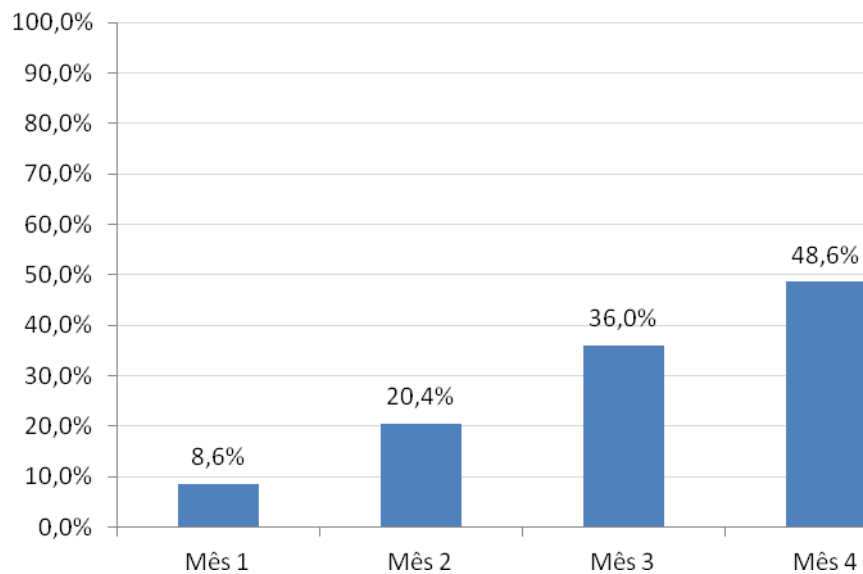


Figura 4: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Puericultura na UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu de junho a outubro de 2013 – BA, 2013.

Meta 2: Captar 80% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Como tínhamos apenas 4,0% de cobertura antes do início da intervenção (15 crianças), todas as crianças cadastradas a partir daí foram consideradas sem atendimento. No primeiro mês captamos 17 crianças das 357 sem acompanhamento (4,7%). No mês seguinte conseguimos mais 44 crianças, alcançando o percentual de 17,0% de captação. O mês 3 resultou na captação de mais 58 crianças, somando 119 (33,3%). E, enfim, fechamos as 16 semanas com a captação de mais 47 crianças, resultando na inserção de 166 das 357 crianças (46,5%) que estavam sem acompanhamento no programa de puericultura da unidade. Não chegamos aos 80% programados, e consideramos que superestimamos a nossa capacidade, em parte, por termos superestimado a nossa cobertura inicial. Com a continuidade das ações na rotina da unidade pretendemos chegar a uma maior cobertura gradativamente.

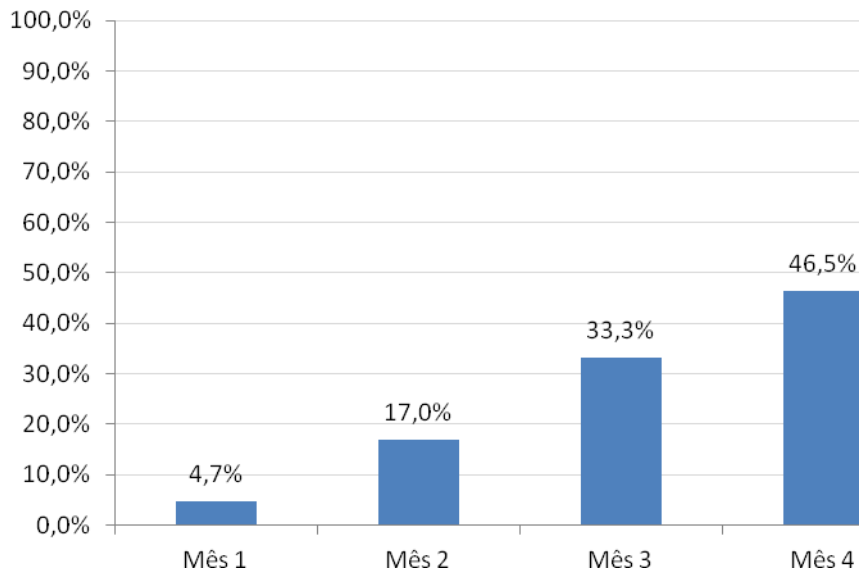


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de crianças sem acompanhamento captadas para o Programa de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu – BA, 2013.

Meta 3: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças cadastradas.

Iniciamos a intervenção com o nascimento de 5 crianças pertencentes à unidade, e 80% das consultas dos RN realizadas nos primeiros 15 dias de vida. Não alcançamos os 100% por conta de uma puérpera que, assim que ganhou o bebê, foi para casa de sua mãe fora da área de abrangência da UBS, local que não conseguimos localizar. Nos períodos 2 e 3 conseguimos fazer 100% das consultas na primeira quinzena de vida dos bebês, sendo 5 no mês 2 (inclusive um caso de gêmeos), e 3 no mês seguinte. Já no quarto mês tivemos duas puérperas não visitadas no período, e que, por consequência, não tiveram seus bebês examinados. Uma realizou um parto de risco na cidade vizinha, e a segunda não foi localizada, segundo os vizinhos ela não estava em casa há algum tempo. Assim, tivemos informação de dois RN no mês 4, mas eles não receberam visita nem foram levados à primeira consulta nos primeiros quinze dias, fazendo com que o nosso indicador marcasse 0%, embora uma delas tenha feito o teste do pezinho do bebê na unidade. A informação sobre os partos é passada pela maternidade para a Unidade de Saúde. Não tivemos dificuldades nossas em cumprir a rotina da busca pela 1ª consulta dos RN nos primeiros 15 dias de vida. As consultas que não aconteceram tiveram outros fatores intervenientes que não foram da equipe. No momento

aproveitávamos para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família.

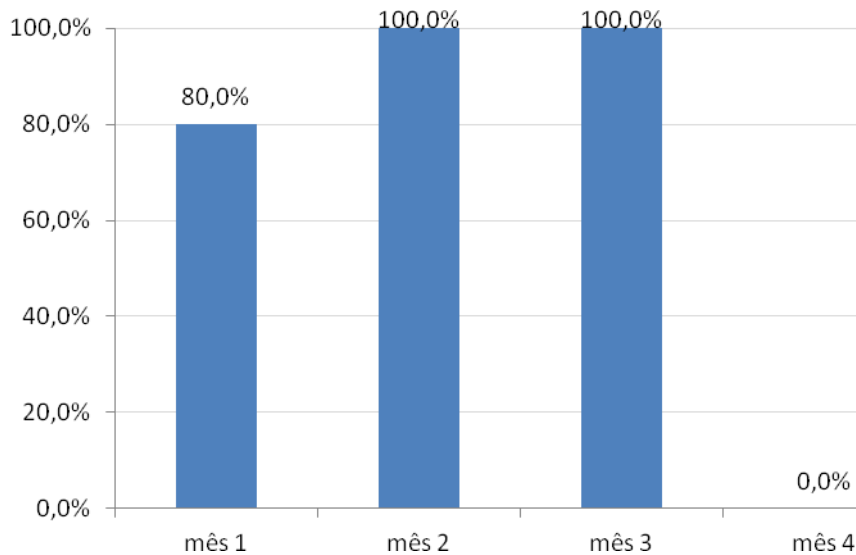


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de recém-nascidos que passaram pela primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima em Morro do Chapéu – BA, 2013.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão à puericultura.

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas ao acompanhamento de puericultura.

Todas as crianças faltosas no acompanhamento receberam busca ativa, em todos os períodos. No entanto, nem todas retornaram para colocar a consulta em dia no mês avaliado, tendo, algumas vezes, que receber nova ação de busca. Tivemos, das crianças agendadas, 4 faltas no mês 1, 6 no mês 2, 5 no mês 3 e 6 no mês 4, configurando índices de absenteísmo de 23,5%, 13,6%, 8,6% e 12,7%, respectivamente (Figura 7). Todas elas receberam busca ativa (100%), mas, como dito anteriormente, nem todas retornaram no mesmo período. Das 4 buscadas no primeiro mês, apenas 1 retornou em seguida. Das 6 do mês 2, 3 retornaram. Das 5 que receberam a busca no mês 3, 3 delas voltou, e, no último mês da intervenção, todas as crianças buscadas retornaram imediatamente. No entanto, mesmo as

crianças que não voltaram de imediato para o programa, tiveram repetidas buscas até que efetivassem o seu retorno, se mantendo em dia com o acompanhamento.

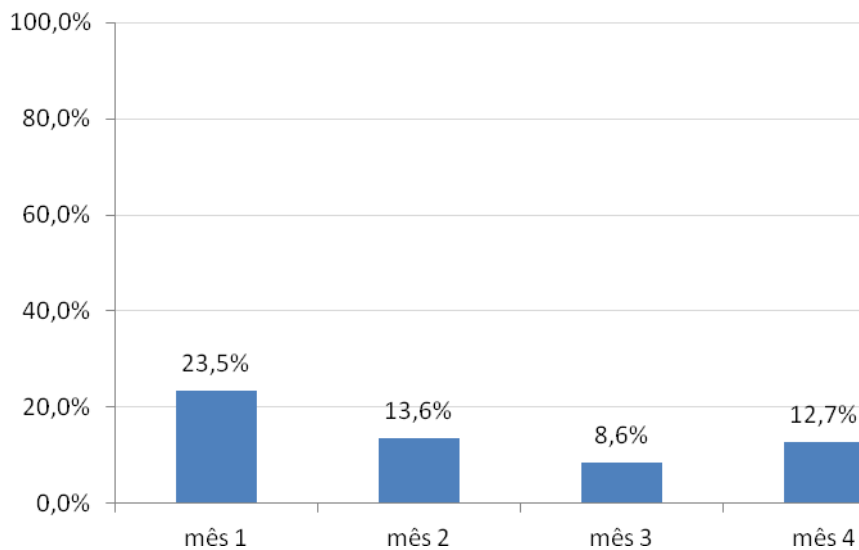


Figura 7: Gráfico indicativo do índice de absenteísmo do Programa de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.

O melhor resultado observado durante o monitoramento dessas buscas ativas não se refere às buscas em si, que foram, naturalmente, incorporadas à rotina, mas sim, à diminuição significativa, de mais de 50%, no índice de absenteísmo das consultas de acompanhamento, fator interessante pelo fato da população não estar habituada a levar as crianças ao posto sem uma queixa referida, mas que demonstra adesão e aprovação da mesma às atividades propostas.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 5: Capacitar 100% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Nossa equipe é composta por 15 profissionais, porém, durante as 16 semanas, participaram dos encontros de capacitação 86,6% deles (13 profissionais), por não termos conseguido a adesão do médico e do cirurgião-dentista, que contávamos, inclusive, para subsidiar nossas dúvidas em assuntos de maior complexidade.

Meta 6: Monitorar crescimento em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Ao longo dos quatro meses de intervenção conseguimos alcançar índices de 100% no mês 1 (17 crianças), 59,1% (26 de 44 crianças) no mês 2, 24,1% no mês 3 (14 de 58 crianças) e 61,7% (29 de 47) no quarto mês para a avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças (Figura 8). Infelizmente esse cálculo pode ter sofrido um grande viés por problemas de registro, pois os registros dessas ações eram feitos apenas quando o atendimento era feito pela enfermeira, e não pelo médico, que afirmava fazer a avaliação, mas não ter necessidade de fazer as anotações relativas a ela nos prontuários e fichas de registros. Assim, o dado deve estar subestimado, mas respeita os registros que temos na unidade, ou seja, não se refere, especificamente, às crianças que passaram por avaliação e monitoramento do crescimento e/ou desenvolvimento, mas sim, às que tem registro de ações de avaliação e monitoramento do crescimento e/ou desenvolvimento.

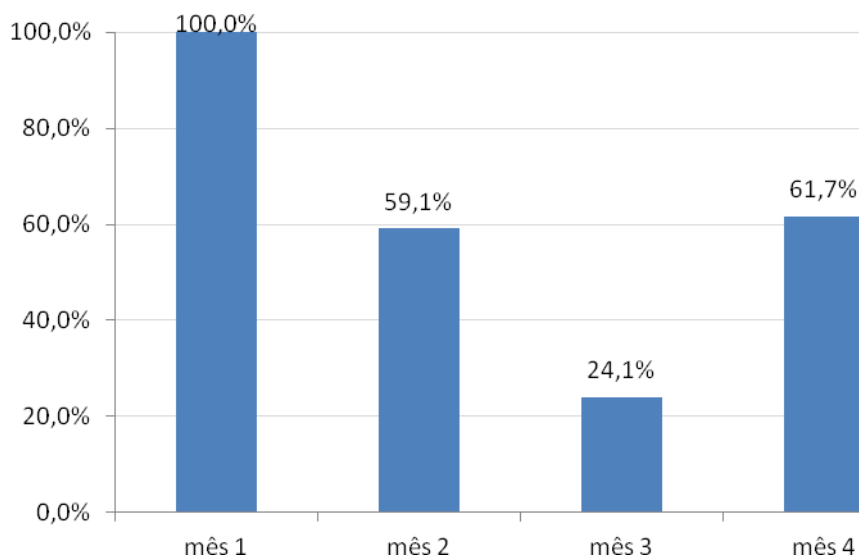


Figura 8: Gráfico demonstrativo da proporção de crianças com o registro da avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento no atendimento de Puericultura de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.

A diferença ocorrida entre o primeiro e os demais meses monitorados ocorreu devido ao fato de termos inserido as informações do atendimento médico a partir do segundo mês.

Meta 8: Manter 100% das crianças acompanhadas na unidade com vacinação em dia de acordo com o protocolo.

Essa meta foi alcançada em sua totalidade, em todos os meses, principalmente por essa ser uma ação já incorporada anteriormente à rotina de pais e profissionais, com boa adesão, cobertura, sistematização e registros. Através do semáforo vacinal da unidade, funciona com eficácia um serviço de busca ativa dos faltosos que garante a cobertura praticamente constante da condição de crianças em dia com a vacinação.

Meta 9: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças acompanhadas de acordo com o protocolo.

No início da intervenção estávamos com pouco sulfato ferroso na unidade, sendo esse um problema constante. Dessa forma, iniciamos com 40,0% de suplementação na faixa etária alvo. No mês seguinte conseguimos alcançar 63,1%, chegando ao máximo de 87,5% no terceiro mês, quando o produto ficou indisponível. Assim, no quarto mês de intervenção só conseguimos suplementar 8,0% dos casos protocolares. Oficializamos a falta do insumo à Coordenação da Atenção Básica, e fomos informados que o Ministério da Saúde não estava enviando, e que o município estava sem condições de comprar em maior número. Por ser esse um problema constante em nossa unidade, decidimos, em equipe, informar a Secretária Municipal de Saúde.

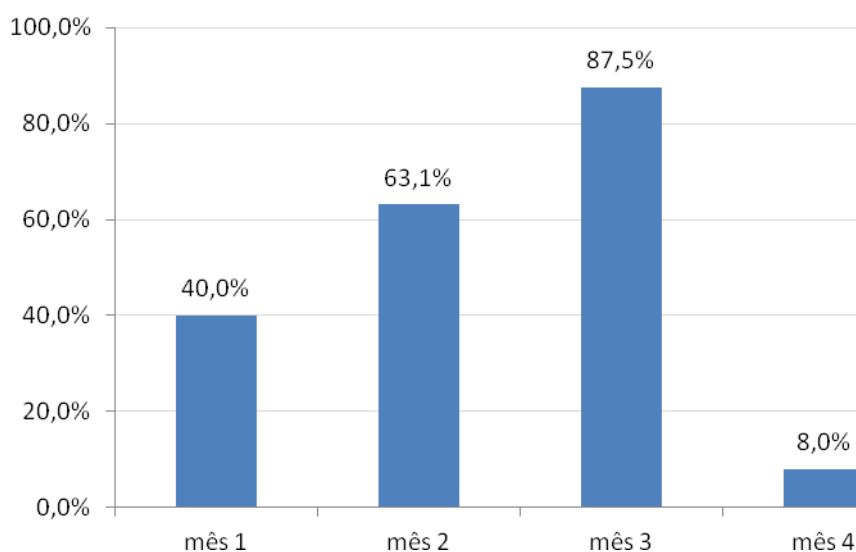


Figura 9: Gráfico com a proporção de crianças que recebeu suplementação de sulfato ferroso de acordo com a faixa etária, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.

Meta 10: Realizar triagem auditiva em 20% das crianças.

No início da intervenção acreditava-se que viria um profissional para realizar a triagem auditiva no município e/ou pactuar com outro município a realização da triagem auditiva, mas isso não aconteceu. Assim, essa meta não foi alcançada. As ações de engajamento público, voltadas ao esclarecimento da população e à promoção do engajamento e da cidadania foram cumpridas, no momento em que todas as mães foram orientadas quanto à necessidade do teste e quanto ao direito de realizá-lo. Também oficializamos à gestão o embasamento legal para a realização do teste da orelhinha (Lei Federal 12.303/10). O texto é muito claro quanto à obrigatoriedade de maternidades e hospitais públicos e privados oferecerem o Teste da Orelhinha gratuitamente às crianças nascidas em suas dependências, e tanto os familiares, quanto o poder público teve acesso a essas informações.

Meta 11: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida.

Os dados relacionados à coleta do teste do pezinho se referem, apenas, às crianças nascidas e cadastradas durante a intervenção, pois não buscamos dados anteriores nos registros. No primeiro e segundo período conseguimos 80,0% das crianças com teste do pezinho até o sétimo dia. Foram 5 crianças nascidas em cada mês, e quatro realizaram o teste na primeira semana. No entanto, uma das crianças que não tinha feito, teve seu teste realizado antes dos 15 dias de vida. No terceiro mês tivemos êxito, e as 3 crianças nascidas passaram pelo teste na primeira semana. Já no mês 4 tivemos uma queda no indicador, pois, de dois nascimentos, apenas um bebê teve a coleta do seu teste na primeira semana na unidade, sendo que o segundo nasceu fora do domicílio, num parto de alto risco, e não tivemos a informação sobre a coleta.

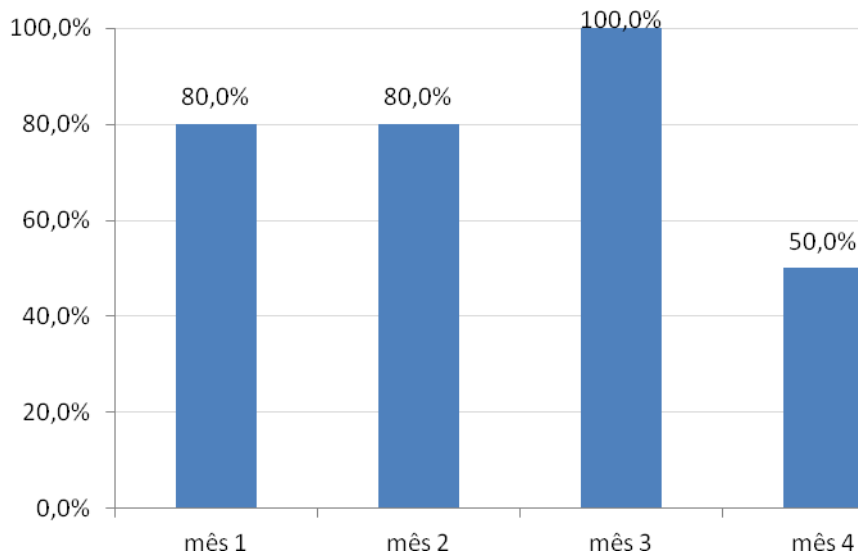


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de recém-nascidos que realizou o teste do pezinho até o 7º dia de vida, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças acompanhadas.

Todas as crianças acompanhadas na unidade tiveram os registros do acompanhamento feito nos prontuários e/ou cartão de vacinação, em todos os meses da intervenção. Notamos diferenças nas anotações da equipe médica e de enfermagem, por exemplo, no sentido de completude das informações, mas, ainda assim, todas as crianças acompanhadas tiveram atualização e seus registros colocados em dia. O que aconteceu de diferente no período é que, nos meses 2 e 3, tivemos atividades do Programa Saúde na Escola, e os atendimentos feitos durante o PSE não foram colocados nos registros por não se tratarem de acompanhamento de rotina. Outro fator que definiu essa decisão é que as escolas não tem crianças apenas da área adstrita da UBS, então os registros foram como atividades coletivas, e mesmo crianças em acompanhamento não tiveram esse dado registrado em seus prontuários.

Relativos ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 13: Realizar avaliação em 100% das crianças para identificar as de risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Todas as crianças acompanhadas passaram por avaliação de risco para morbimortalidade. Foram considerados fatores de risco a prematuridade, baixo peso ao nascerem, alterações severas na curva de crescimento, desnutrição, e presença de outras alterações ou deficiências. Mesmo com as falhas dos registros da parte médica, consideramos que todas as crianças foram avaliadas, pois, sempre que ele identifica alguma criança que requer um acompanhamento mais cuidadoso, ele informa a equipe. E todas as crianças identificadas com maior risco tem acompanhamento prioritário.

Relativos ao objetivo 6: Promover saúde das crianças de 0 a 72 meses.

Meta 14: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

As orientações para a prevenção de acidentes na infância eram passadas em todas as consultas de enfermagem, e nas atividades coletivas, dentro e fora da unidade. Trabalhamos esse tema nos encontros de sala de espera, e também durante o PSE, diretamente com as crianças, orientando sobre como evitar a maior parte dos acidentes domésticos da infância, e como agir se algo acontecer. Também trabalhamos muito a questão da violência doméstica intrafamiliar, por ser um agravo que notamos ter acontecido na área.

Meta 15: Garantir consulta e acompanhamento odontológico a 80% das crianças.

Infelizmente não tivemos como aferir o alcance dessa meta, nem os resultados que planejamos em relação à avaliação dos índices de cárie ceo/CPOD. Todas as crianças que passaram pelo acompanhamento de puericultura na unidade foram encaminhadas para avaliação odontológica, mas não conseguimos o retorno dos dados, os registros, o que inviabilizou o cálculo. Quando programamos 80%, e não 100%, como é recomendado, já prevíamos alguma dificuldade pela falta de entrosamento do profissional com o restante da equipe, e não fomos capazes de reverter essa realidade.

Meta 16: Promover aleitamento materno exclusivo até os 06 meses em 100% das crianças dessa faixa etária acompanhadas na unidade.

A promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade aconteceu nos diversos encontros que tivemos de educação em saúde, inclusive do PSE, por entendermos que todos somos multiplicadores de informações. Assim, o

assunto foi amplamente tratado nas salas de espera e nas orientações nutricionais passadas para os pequenos, nas escolas, a fim de que levassem as informações às suas famílias.

Nas consultas individuais das crianças da faixa etária, conseguimos coletar informações sobre o aleitamento exclusivo em si. No primeiro mês passaram por atendimento 06 crianças nessa faixa etária, e todas em aleitamento materno exclusivo. No segundo mês foram 18 crianças, e o mesmo resultado, 100% em aleitamento materno exclusivo. Tivemos o mesmo sucesso nas consultas do terceiro e quarto meses, em que todas as mães relataram que seus bebês estavam em aleitamento materno exclusivo, ou seja, 100% das crianças da faixa etária que passaram por avaliação no período estavam em aleitamento materno exclusivo. Durante as consultas de puericultura as mães foram solicitadas a colocarem seus filhos para mamar, assim como fazem na primeira consulta do RN. Nessa primeira consulta avaliamos a pega, damos as orientações necessárias para uma boa amamentação, além dos cuidados com a higiene das mamas.

Meta 17: Orientar a alimentação complementar para 100% das crianças após os 06 meses de idade.

Assim como na meta anterior, essas orientações foram passadas durante os vários encontros com a comunidade. No entanto, durante o atendimento de todas as crianças na faixa etária para essa orientação, seus acompanhantes foram orientados de acordo com o protocolo para a introdução de alimentos sólidos, e os 10 passos para uma alimentação saudável. Além disso, encaminhamos algumas cuja mãe relatava dificuldades para consulta com a nutricionista do NASF, e a mesma também participou de atividades educativas coletivas.

Meta 18: Fazer orientação nutricional para 100% das crianças acompanhadas.

Como estávamos trabalhando com diversas orientações nutricionais, em muitas linhas de atuação, numa parceria com o NASF, consideramos essa meta de orientação nutricional específica da nutricionista. Assim, iniciamos a intervenção com aproximadamente 64,7% que receberam a orientação nutricional adequada para cada idade. No segundo mês atingimos 86,4% das crianças, no terceiro mês 96,6%, e no quarto mês 100%.

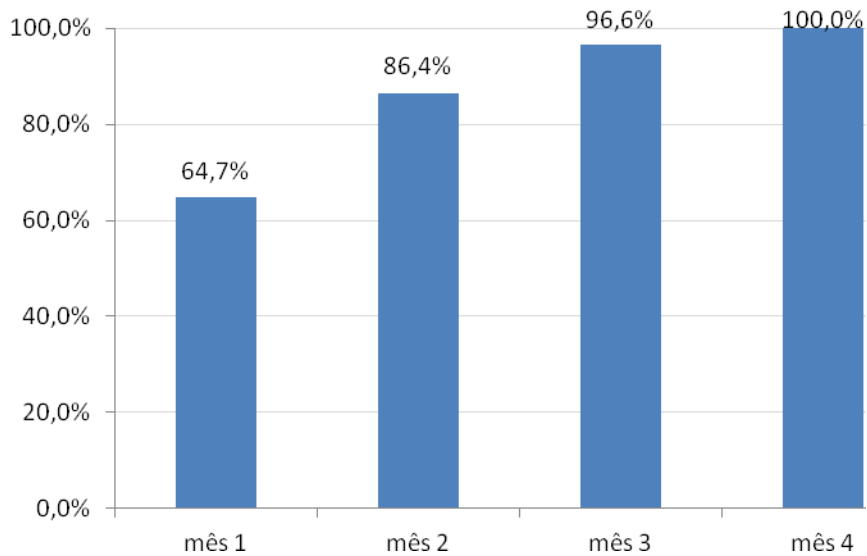


Figura 11: Gráfico com a proporção de crianças/familiares que recebeu orientação nutricional de acordo com a faixa etária, de junho a outubro de 2013. UBS Alba de Souza Lima. Morro do Chapéu – BA, 2013.

Relativos ao objetivo 7: Promover a saúde dos familiares das crianças.

Meta 19: Realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para 100% das famílias das crianças acompanhadas.

Durante todo o período de intervenção, e, agora, incorporado à nossa rotina, realizamos atividades diversas de promoção da saúde e prevenção de doenças para os familiares das crianças e a comunidade. Durante as consultas, os acompanhantes eram orientados sobre os cuidados com a saúde e a necessidade de acompanhamento de outras patologias na unidade. Nas atividades coletivas, trabalhamos hipertensão e diabetes, prevenção de verminoses, hanseníase, ferver e filtrar a água para toda família, higiene pessoal e da criança, como prevenir dengue, hepatites e DST, diarreia, nutrição, saúde bucal, e temas trazidos pela própria população, por meio de questionamentos e dúvidas individuais que se transformavam em assuntos para discussão. Para as crianças de 5 a 6 anos, durante o PSE, foi administrado o Mebendazol mastigável nas salas de aula. As gestantes, muitas vezes mães de outras crianças cadastradas na puericultura, estavam sempre presentes na unidade, e com grande participação nas atividades. Dessa forma, consideramos como cumprida a meta de realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças para os familiares das crianças.

4.2 Discussão

Após toda a preparação e finalizado o projeto, começamos a intervenção, e, durante os quatro meses, atuamos em equipe para a melhoria da Saúde da Criança e das demais ações programáticas da unidade. Conseguimos aumentar a cobertura em 400%, e melhorar significativamente os registros, ação estendida para todas as linhas de cuidado. Outra ação que trouxe muita satisfação e resultado foi a de atividades coletivas em sala de espera, que inserimos na rotina de forma sistemática, duas vezes na semana, independente do público atendido no dia, onde tratamos de assuntos diversos em forma de rodas de conversa com a participação ativa dos profissionais e da população presente.

Percebemos que alguns aspectos que julgávamos falha da intervenção, como a falta de envolvimento de alguns membros da equipe, mais especificamente do médico e do cirurgião-dentista, não diziam respeito à nossa atuação em si, mas ao perfil profissional. Tivemos a oportunidade de atuar com dois profissionais diferentes em cada uma dessas áreas após a intervenção, e percebemos que é, também, uma questão de postura a consideração e o envolvimento com os demais membros da equipe. Estou certa de que, com a médica que recebemos pelo Programa Mais Médicos, do Governo Federal, nossas ações teriam sido facilitadas, e, muito provavelmente, surtido melhores resultados, embora tenhamos alcançado muitos êxitos.

Percebemos que um dos maiores ganhos práticos para a equipe foi a sistematização das rotinas e a melhor definição das atribuições dos profissionais, que facilitam muito o dia a dia do serviço. Em termos qualitativos, a equipe se uniu, o esforço conjunto e o aprendizado ajudaram a criar um laço, um vínculo de corresponsabilidade pelo projeto e pelo trabalho. Nossos momentos de capacitação se deram através de uma troca, no qual todos estudavam e discutiam sobre os assuntos, a cada resultado positivo durante a semana trazia mais entusiasmo.

Com as atividades do Programa Saúde na Escola, notamos que poderíamos ter utilizado outros espaços sociais da área para ampliar o alcance das nossas ações de promoção de saúde, observação que será levada à prática com a continuidade do trabalho. Durante a intervenção não foram realizadas atividades de grande porte na comunidade. Apesar da dificuldade de espaço, penso que seria importante fazer pelo menos um evento educativo grande na comunidade, todo ano, como um “marcador” de ações e disparador de reflexões.

Após a intervenção permanecemos com as atividades educativas de sala de espera, muito bem aceitas e acolhidas pela população e equipe, e demos início a um grupo de cuidados para hipertensão e diabetes. Além disso, continuamos discutindo os casos em equipe, e realizando busca ativa, ação que foi ampliada para o Programa de Pré-natal, próximo a ter um grupo específico a ser formado. Além da nossa unidade, percebemos a disseminação das ações para outras UBS, inclusive, com uma colega se inscrevendo para participar de outra turma do curso.

Tudo isso, com certeza, refletiu e continuará refletindo diretamente na comunidade, na população geral, nos usuários e trabalhadores do SUS. Os primeiros, sendo mais bem atendidos, cuidados, acolhidos, e com mais qualidade de vida, e os últimos, sendo capacitados, entusiasmados, valorizados, e recebendo o carinho da população que agradece pelo cuidado recebido. É uma via de duas mãos, em que as mesmas se unem por um objetivo comum: um SUS de qualidade!

4.3 Relatório de intervenção para os gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde,

No período de junho a outubro de 2013 implantamos o Programa de Qualificação da Atenção à Saúde da Criança na UBS Alba de Souza Lima. A iniciativa fez parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, através da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que tive a felicidade de frequentar com vossa anuência.

Planejamos ações em quatro eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação de indicadores e ações e promoção e fortalecimento do engajamento público. Durante as 16 semanas do período realizamos uma intervenção na unidade com ações e atividades voltadas para a qualificação da atenção aos usuários e, após esse período, a intervenção foi avaliada, replanejada, e, então, após qualificada, inserida na rotina da unidade. As ações foram planejadas em parceria com a equipe e com o apoio da orientadora da UFPel, profissionalmente muito capacitada, que ajudou com que enxergássemos de maneira clara as práticas adequadas para um bom funcionamento de uma UBS. A instituição e o curso foram de extrema importância para que adquiríssemos conhecimento coletivo em Saúde da Família, evidenciando que as atividades de educação permanente dos profissionais de saúde são de grande valia para a melhoria da prestação dos serviços de saúde à população.

Previamente à intervenção as crianças de 0 a 72 meses estavam sendo atendidas, mas em pequeno número e em desacordo com os protocolos do Ministério da Saúde. No serviço prestado na UBS, as crianças não tinham um acompanhamento periódico, não relacionado à queixa/conduta. Não eram avaliadas e monitoradas no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento como rotina, nem tinham os dados devidamente registrados em seus prontuários. As medidas antropométricas e pesagem eram feitas no momento da vacinação, não existindo, na unidade, a consulta sistemática de puericultura, que tem como periodicidade: 7 consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo, e uma a cada ano a partir do terceiro, sempre próximo à data de aniversário.

A partir da participação no curso, algumas coisas já começaram a ser modificadas, antes mesmo da intervenção. Iniciamos as anotações na Caderneta do

Crescimento e Desenvolvimento, logo no início de 2012, e tentamos um atendimento com base no protocolo, mas ainda em pequena quantidade, pois as mães já estavam habituadas a levar suas crianças para vacinar e, na sala de vacina mesmo, realizar as medidas.

Com a avaliação da rotina da UBS e o reconhecimento da área de trabalho, conseguimos melhorar o serviço prestado à população em relação à maioria das ações programáticas, principalmente no que diz respeito aos registros. Não tínhamos até então o livro de registro de puericultura (nem de outros programas) e percebemos que, sem dados, não é possível ter informações para realizar a avaliação e o acompanhamento das ações da unidade.

Conseguimos aumentar de 4,0% para 41,8% a cobertura da puericultura. Das 372 crianças da área, 181 estão com o acompanhamento em dia, enquanto que, no início do programa, tínhamos apenas 15 sendo acompanhadas periodicamente. É uma grande diferença quantitativa que, graças ao empenho da equipe, vem acompanhada de mudanças qualitativas significantes.

Os pais e/ou familiares estão aderindo às consultas de saúde da criança, e o melhor, entendendo o porquê desse acompanhamento, que é preventivo e que deve seguir uma rotina. Os ACS, técnicos de enfermagem, auxiliar administrativo, recepcionista, estão ajudando a esclarecer a comunidade sobre a importância do cirurgião-dentista no atendimento de puericultura e também orientando e esclarecendo quanto a cuidados com as crianças. A relação entre os colegas melhorou, acredito que pelos encontros em reunião, duas vezes por semana, uma hora antes de fechar a UBS para o almoço, conforme registro em ata. Nelas conseguimos discutir juntos e elaborar metas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

Devido ao projeto, os serviços de nossa UBS foram qualificados, e os usuários estão mais satisfeitos. Temos encontros com eles, também, duas vezes por semana, em sala de espera. Falamos sobre assuntos diversos de saúde e qualidade de vida, voltados para todas as linhas de cuidado. Sempre com muitas perguntas e respostas, todos voltam para casa com algo novo que aprendeu, é muito divertido e prazeroso. Esses encontros começaram agora, com esse projeto, mas ficarão na nossa rotina.

Tivemos, também, atividades fora da UBS, referentes ao Programa Saúde na Escola (dias 26 e 29/08/2013), onde atendemos 122 alunos nessa faixa etária, e

uma atividade educativa com um grupo de gestantes do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) da Caixa D' Água, parceria com os espaços sociais da nossa área de atuação.

Durante o nosso trabalho e a nossa avaliação ficou evidente que, uma das necessidades mais urgentes das quais precisamos do apoio da gestão municipal, é melhorar a estrutura física da UBS para as pessoas com deficiência física e/ou dificuldades de locomoção. Essa necessidade, além de facilitar o acesso, promove a cidadania, e vem cumprir um requisito legal de acessibilidade. Além disso, a UBS não tem uma sala adequada para a realização das atividades coletivas de educação em saúde que estão sendo feitas em sala de espera. Com o aumento da adesão a essa atividade, seria interessante que as pessoas tivessem condições de serem mais bem acomodadas. Outra necessidade apontada pelos profissionais de saúde é um ar condicionado e geladeira para a farmácia da unidade. Além disso, a implantação de uma política de oferta de insumos básicos e de conserto e substituição de móveis e equipamentos seria imprescindível para a equipe e a população, que, muitas vezes, tem que lidar com a falta de materiais e com a utilização de equipamentos e móveis sucateados. Quanto aos insumos para o Programa de Puericultura, que afeta, também o Pré-natal e outras situações na unidade, nosso maior problema, e que causa prejuízos diretos à população, é a irregularidade na disponibilidade de Sulfato Ferroso, importante aliado nos cuidados e prevenção à anemia ferropriva. Não podemos deixar que crianças, gestantes e pessoas doentes fiquem sem a medicação, e é de suma importância que a gestão tenha conhecimento e tome providências para corrigir essa falha.

Todo o referencial teórico e prático adquirido com o curso de especialização foram fundamentais para a execução do projeto, mas, sem o apoio da equipe, da comunidade e da gestão, as ações não alcançariam os resultados que conseguimos, e não se tornariam rotina na unidade. Esse apoio foi, e é, essencial para a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção à Saúde da Criançada UBS Alba de Souza Lima, e para a ampliação da sua rotina para as demais ações programáticas, resultando numa melhor qualidade de vida e saúde da população de Morro do Chapéu.

Equipe da UBS Alba de Souza Lima

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da UBS Alba de Souza Lima

De junho a outubro de 2013 realizamos um projeto para melhorar o atendimento de saúde das crianças da unidade, e graças ao apoio de vocês e ao trabalho intenso da equipe, tivemos bons resultados.

As crianças de 0 a 6 anos estavam sendo atendidas, mas em pequeno número ainda, e de uma maneira que não era a mais adequada, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Nesse período de vida a criança deve ser acompanhada como rotina na Unidade Básica de Saúde, sem estar doente ou se queixando de alguma coisa, e não era o que acontecia. Na maioria das vezes as crianças vinham aqui apenas para tomar vacina, quando eram pesadas e medidas, e, fora essa ocasião, vinham se estivessem queixosas.

O ideal para que tenhamos crianças saudáveis é que as mesmas passem por sete consultas no seu primeiro ano de vida, duas no segundo, e, pelo menos uma a cada ano a partir do terceiro ano, sempre próximo à data de aniversário. Nessas consultas as crianças devem ser pesadas, e ter a altura e a volta da cabecinha medidas, para que o crescimento seja monitorado. Além disso, com o acompanhamento de rotina, a equipe e a família passam a ter um vínculo e se conhecerem melhor, e a criança tem seu desenvolvimento também acompanhado.

A partir do projeto conseguimos aumentar esses atendimentos de rotina. Aumentamos de 15 para 181 crianças dessa faixa de idade acompanhadas no posto, mas queremos que as 372 crianças da comunidade tenham esse mesmo cuidado, e, para isso, contamos com vocês. Durante esse período realizamos atividades educativas na sala de espera da unidade e nas escolas, através do Programa de Saúde na Escola, onde realizamos ações para prevenção de verminoses. As crianças gostaram muito, e vamos estender esse trabalho para o restante do ano.

A adesão ao acompanhamento da criança foi resultado de um trabalho conjunto realizado por toda a equipe da unidade e a comunidade, e, com esforço e dedicação, poderemos melhorar ainda mais, e perceber o reflexo disso na qualidade de vida e saúde das crianças. Pretendemos continuar com as mudanças implantadas e buscar, a cada dia, aperfeiçoar a qualidade do serviço.

Nossas conversas de sala de espera continuam, e acontecem duas vezes por semana, no posto mesmo. Falamos sobre muitas coisas como: os cuidados com o bebê e as crianças, prevenção e tratamento de diarreias, higiene bucal de crianças e adultos, violência doméstica, alimentação saudável, bem-estar, qualidade de vida, saúde mental, cuidados com o corpo e a saúde, cuidado com os idosos em casa, prevenção de acidentes, cuidados com a pressão alta e o diabetes, e qualquer assunto que apareça no grupo. Sempre com muitas perguntas e respostas, todos voltam para casa com algo novo que aprendeu, é muito divertido e prazeroso. Elas começaram agora, com esse projeto, mas ficarão na nossa rotina, e não são apenas de saúde da criança, são de saúde e qualidade de vida, então convidamos todos vocês a participarem, mesmo que não estejam marcados para nenhuma consulta ou acompanhamento no posto naquele dia. São conversas abertas a toda a população, são encontros de pessoas que querem melhorar a sua vida, de sua família, e da comunidade, então todos estão convidados!

Sabemos que sem o apoio e a credibilidade de vocês não conseguiríamos chegar até aqui. Por isso, agradecemos e pedimos: continuem comparecendo às nossas atividades e cuidando cada vez mais da nossa comunidade!

Um grande abraço!

Equipe da UBS Alba de Souza Lima

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família à distância com minha filha ainda muito pequena, e com isso o tempo se tornava muito curto. O curso foi se mostrando cada vez mais interessante e envolvente, mas, ao mesmo tempo, essa dedicação e esse envolvimento causavam cansaço e, muitas vezes, desânimo, por excesso de responsabilidades mesmo. As noites pareciam longas para as atividades de estudante e mãe, e muito curtas para as outras responsabilidades.

Mas a dedicação venceu. Nas primeiras semanas de ambientação tinha uma visão limitada e comum, e, com o tempo, a forma que eu via e me envolvia com o meu ambiente de trabalho e a população com a qual convivía a nove meses era cada vez maior. Poder trocar informações e experiências com vários colegas de diversos municípios dava mais certeza ainda do quanto valia a pena dormir mais tarde a cada dia. Sei que o conhecimento é muito importante para nos aperfeiçoarmos sempre.

Acabei me atrasando no curso por conta da primeira semana da análise estratégica e, com isso, ainda pensei em desistir do curso, mas quando lembrei da oportunidade que estava tendo, por se tratar de um curso de aprendizagem prática e objetiva, que não teria em outro lugar, dos conhecimentos adquiridos até então e dos mais que estariam por vir, percebi o quanto era importante não só para mim, como profissional de enfermagem, mas para uma população carente de cuidados adequados e qualificados, que, mais uma vez, eu deixasse o desânimo de lado e prosseguisse.

Quando começamos a intervenção propriamente dita na UBS, e, ao analisar os primeiros dados e perceber que, com os objetivos adequados, as metas traçadas, e capacitações realizadas, estávamos no caminho certo, acredito que as fraquezas ficaram para trás. A falta do apoio do médico e do dentista dificultou o alcance das metas, mas, mesmo assim, junto com a equipe, fomos vitoriosos, pois apesar das dificuldades conseguimos qualificar a atenção voltada à população, o cuidado com o ser humano, que é a essência de todo profissional de saúde.

No final do ano de 2013 o médico da unidade foi substituído por uma médica cubana do Programa Mais Médicos. Passei mais dois meses coletando dados de puericultura, e, principalmente após a entrada da Dr^a Niobis tive certeza que, com o apoio do profissional anterior, teríamos alcançado nossas metas por completo. É tão

interessante a forma com a qual ela trata a todos, o atendimento completo, as anotações adequadas, além da participação do planejamento das ações da equipe e reuniões com sugestões que tem melhorado e qualificado muito nosso serviço. Hoje contamos com o médico em tempo integral na unidade, atendendo a demanda espontânea, estamos com agenda compartilhada que ajuda muito o serviço, e continuo aprendendo, e sabendo que, muito mais que número de recursos humanos, precisamos de recursos realmente HUMANOS.

6 Bibliografia básica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. 100 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Anexo B: Cartão da Criança - Meninas

MENINA-frente

São Direitos Constitucionais da Criança

Seu direito:

Seu nome, identidade, nacionalidade e receber seu acompanhamento de crescimento e desenvolvimento integral.

Cuidar com seus serviços de saúde, suas crianças e adolescentes.

Criar um lugar saudável, de oportunidades de lazer e aprendizado.

Respeitar o direito de viver com o pai e a mãe.

Seu compromisso para criar um ambiente de saúde.

Todos devem ajudar a garantir seus direitos.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Nacional de Saúde


Cartão da Criança

Nome completo: _____

Nome social: _____

Nome de mãe: _____

Idade: _____

Comunidade: _____ Bairro: _____ UF: _____

Vila de referência: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Atividade: _____

Profissão: _____

Outros: _____

Observações: _____

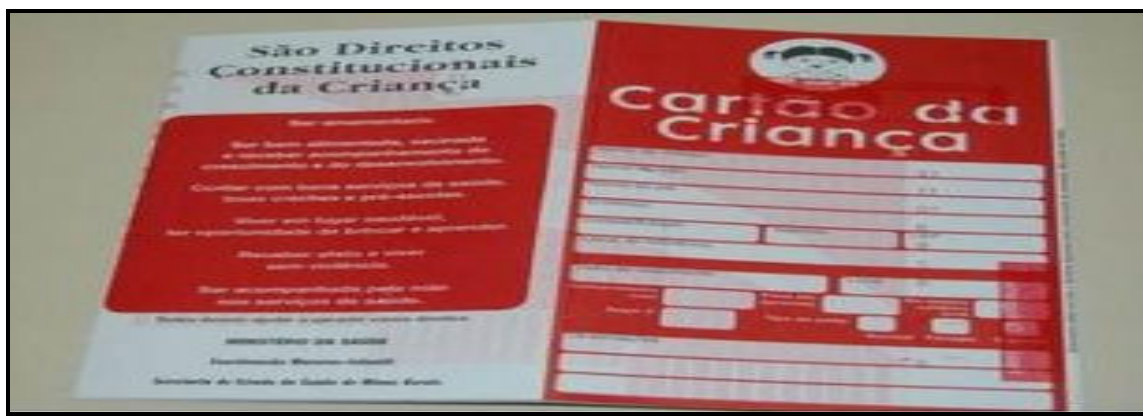
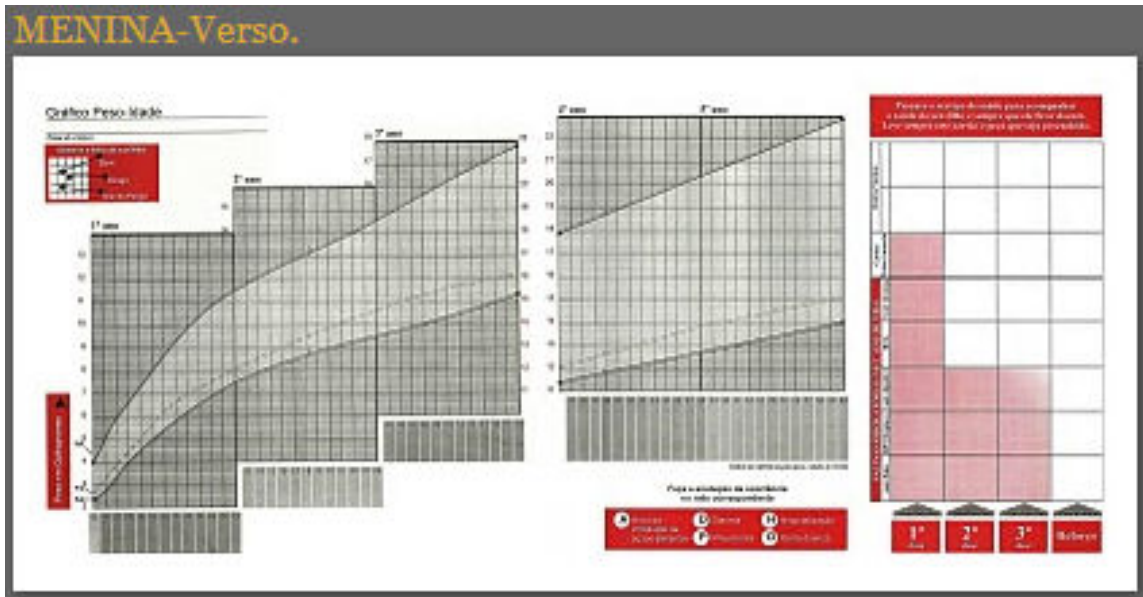
Desenvolver-se e crescer, aprender e fazer coisas novas, diferentes.

Seu PAI, mãe ou responsável deve garantir que você tenha:


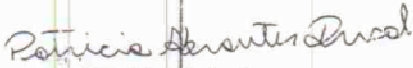

1 ano
 Alimentação adequada para a idade. Alimentação saudável. Cuidar com a higiene pessoal e do ambiente.
2 anos
 Resposta ao nome. Brincar e explorar o mundo por meio de brincadeiras. Cuidar com a higiene pessoal e do ambiente.
3 anos
 Brincar com outras crianças. Cuidar com a higiene pessoal e do ambiente.
4 anos
 Não usar roupas muito apertadas. Não usar brincadeiras perigosas. Cuidar com a higiene pessoal e do ambiente.
5 anos
 Não usar roupas muito apertadas. Não usar brincadeiras perigosas. Cuidar com a higiene pessoal e do ambiente.

Cada criança tem sua própria maneira de desenvolver-se.

1 ano
 Não falar palavras. Não andar sozinho. Não fazer movimentos voluntários.
2 anos
 Falar palavras. Não andar sozinho. Não fazer movimentos voluntários.
3 anos
 Falar frases curtas. Não andar sozinho. Não fazer movimentos voluntários.
4 anos
 Falar frases curtas. Não andar sozinho. Não fazer movimentos voluntários.
5 anos
 Falar frases curtas. Não andar sozinho. Não fazer movimentos voluntários.



Anexo C: Folha de Aprovação 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 Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

Apêndices

Apêndice 1: Registro fotográfico

OBS: todas as fotos foram feitas com o consentimento dos usuários e participantes das ações para a utilização no trabalho.

Incentivo ao aleitamento materno



Incentivo ao aleitamento materno



Atividades educativas em Sala de Espera: equipe de enfermagem, NASF, odontologia



Atividades educativas em Sala de Espera: equipe de enfermagem, NASF, odontologia



Atividades educativas em Sala de Espera: equipe de enfermagem, NASF, odontologia



Atividades educativas em Sala de Espera: equipe de enfermagem, NASF, odontologia



Atividades educativas em Sala de Espera: equipe de enfermagem, NASF, odontologia



Atividade Educativa do Programa de Saúde na Escola (Escola Municipal Edila Costa)



**Atividade do Programa de Saúde na Escola (Escola Municipal Edila Costa)
Administração de dose supervisionada Albendazol**

