

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 3**



**QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 0
A 72 MESES DO CENTRO DE SAÚDE DE MIGUEL CALMON, BAHIA.**

Carlos Eduardo Moreira Soares

Pelotas, RS – 2014

CARLOS EDUARDO MOREIRA SOARES

Qualificação do programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses do centro de saúde de Miguel Calmon, Bahia.

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 parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, RS

2014

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

S676q Soares, Carlos Eduardo Moreira

Qualificação do programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses do Centro de Saúde de Miguel Calmon, Bahia / Carlos Eduardo Moreira Soares; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

97 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. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à Thamilly Barboza,
companheira amável e atenciosa que sempre
me apoiou na minha trajetória profissional.

Agradecimento

Agradeço primeiramente ao meu orientador Ailton Brant, pela paciência e otimismo ao longo desse trabalho. Também devo agradecer a minha equipe de trabalho que me ajudou a desenvolver o projeto sem se recusar em nenhum momento. Minha família e meus amigos não podem ser esquecidos jamais, eles me deram apoio e motivação a cada dia, me ajudando inclusive nos momentos que pensei em desistir.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

Resumo

SOARES, Carlos Eduardo Moreira. **Qualificação do programa de atenção à Saúde das crianças de 0 a 72 meses do Centro de Saúde de Miguel Calmon, Bahia.** 2014. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A fragilidade e, conseqüentemente, o maior cuidado e atenção que a criança requer é, ainda hoje, negligenciado em muitas unidades básicas de saúde. Este trabalho teve por objetivo melhorar o programa de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses do Centro de Saúde de Miguel Calmon, na Bahia, por meio de ações de sensibilização da gestão, qualificação da equipe e articulação de parcerias com a comunidade, fortalecendo o engajamento público. A intervenção ocorreu no período de 16 semanas, e foi incorporada à rotina da equipe, participando da intervenção as crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência da unidade de saúde e sendo utilizados protocolos do Ministério da Saúde. A coleta de dados aconteceu através de ficha específica que registraram informações relevantes na qualificação do cuidado das crianças atendidas. Os resultados demonstram que a qualidade da assistência melhorou consideravelmente, assim como o método de trabalho, que possibilitou que fosse sistematizada uma forma de cadastramento e acompanhamento que monitorasse com mais rigor as crianças da área de abrangência. Durante as 16 semanas foram cadastradas 28,9% (78 crianças) da nossa população alvo, e todas elas (suas acompanhantes) foram orientadas quanto: aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, alimentação complementar após os 6 meses e alimentação saudável, além de terem o crescimento e o desenvolvimento monitorado. Implantamos como protocolo, para utilização de toda a equipe, o Caderno de Atenção a Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, do Ministério da Saúde, que permitiu consonância no método de atendimento e esclarecimento sobre as atribuições de todos. Diante dos resultados, foi notória a importância da intervenção e a sua permanência. Por ser totalmente viável, o projeto será mantido na rotina da unidade e disseminado para outras equipes de saúde do município.

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

Lista de figuras

Figura 1	Mapa de localização do município de Miguel Calmon – Bahia – Brasil.....	14
Figura 2	Pirâmide etária representativa da população de Miguel Calmon, Bahia, Brasil.....	15
Figura 3	Foto - Atendimento Clínico em Puericultura.....	51
Figura 4	Foto - Capacitação Profissional.....	53
Figura 5	Gráfico Indicativo da cobertura do programa de puericultura na UBS.....	57
Figura 6	Gráfico Indicativo da proporção de crianças cujas mães fizeram o pré-natal na UBS.....	57
Figura 7	Gráfico Indicativo da proporção de crianças faltosas que receberam busca ativa.....	59
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro de peso da última consulta na ficha espelho.....	61
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso.....	62
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de crianças com curva de peso descendente ou estacionária.....	63
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.....	64
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade.....	65
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 18 meses com suplementação de ferro.....	66
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.....	67
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida.....	68
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado da última consulta e da vacinação na ficha-	

	espelho.....	69
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco.....	70
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de responsáveis de crianças que receberam orientações sobre como evitar acidentes.....	71
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie.....	72
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de famílias orientadas quanto ao aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida.....	73
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.....	73
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de famílias orientadas quanto a alimentação complementar do lactente após 06 meses de idade.....	74
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de famílias de crianças com avaliação de risco e vulnerabilidade.....	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACD	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CSMC	Centro de Saúde de Miguel Calmon
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
HIPERDIA	Sistema de Informação do Programa de Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNI	Programa Nacional de Imunização
MS	Ministério da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Situação da atenção primária à saúde (APS) no centro de saúde de Miguel Calmon em 25/06/2012.....	13
1.2 Relatório situacional em 16/10/2012.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto situação da atenção primária à saúde no centro de saúde Miguel Calmon e o relatório situacional.....	23
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos.....	25
2.2.3 Metas.....	26
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Ações.....	40
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão.....	56
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	56
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
6 Referências.....	80

Apêndices.....	85
Anexos.....	89

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 um projeto de intervenção voltado à melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses no Centro de Saúde de Miguel Calmon, Bahia. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, independentes entre si, mas sequenciais e interligadas. 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, uma 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 Situação da atenção primária à saúde (APS) no centro de saúde de Miguel Calmon em 25/06/2012.

Sou servidor público efetivo do município de Miguel Calmon, lotado no Centro de Saúde de Miguel Calmon, uma unidade básica de saúde – UBS que comporta duas equipes de agentes comunitários de saúde – EACS, a EACS rural composta por um enfermeiro e 18 (dezoito) agentes comunitários de saúde, e EACS sede, composta por uma enfermeira e 10 (dez) agentes comunitários de saúde. Além dessas duas equipes a unidade comporta um consultório odontológico, com um profissional cirurgião-dentista e uma técnica de enfermagem que atua como auxiliar de consultório dentário, além dos médicos especialistas: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Gastroenterologia, Urologia, Ortopedia, Nutrição, e atendimento médico clínico.

Para o apoio ao desenvolvimento das ações, a unidade conta com 12 (doze) técnicos/auxiliares de enfermagem, alguns com vínculo municipal, outros cedidos pelo Governo do Estado, duas recepcionistas e uma auxiliar de limpeza.

Com a finalidade de organizar o funcionamento da unidade, o enfermeiro da EACS rural tornou-se gerente administrativo da UBS, deixando em seu cronograma semanal de atividades, espaço destinado para gerência. Os funcionários atuam no estabelecimento há muito tempo e se conhecem por ser em grande parte moradores do município, o que gera uma forte afinidade entre os colaboradores e um trabalho sem grandes transtornos.

A localização da unidade não é central, porém de fácil acesso para toda população. Implantada há muitos anos era conhecido por Posto de Saúde, e era a única unidade básica de saúde no município, por isso ela é historicamente a referência de atendimento de toda população do município. O Centro de Saúde, funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 18:00 horas ininterruptos.

Na rede de atenção básica do município, contamos com a coordenação da atenção básica que funciona como apoio institucional, além de outras sete UBS, sendo cinco equipes de saúde da família e duas outras EACS. As coordenações das equipes se reúnem quinzenalmente na secretaria de saúde para discutir questões gerenciais, de assistência e projetos.

Contamos ainda como rede de apoio de um Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, e um Hospital de referência regional, o Hospital Português.

1.2 Relatório situacional em 16/10/2012

A cidade de Miguel Calmon está situada na microrregião da encosta da Chapada Diamantina, no centro-norte baiano, incluída totalmente no polígono da seca. Até princípio do século XX era uma simples fazenda. Hoje, é uma cidade que preserva boa parte do seu patrimônio histórico, inclusive cerâmicas fabricadas pelos primeiros habitantes da região, os índios Payayazes, do grupo dos Cariris, uma tribo pacífica que vivia na região entre Jacobina e o Vale do Paraguaçu ocupando um belo pedaço da Bahia.



Figura 1: Mapa de localização do município de Miguel Calmon – Bahia – Brasil

Com uma população estimada de 27.569 habitantes (IBGE, 2013), a cidade tem como principal fonte de renda a agricultura, e é formada pelo município sede, dois distritos (Itapura e Tapiranga) e aproximadamente 67 povoados, com uma densidade de 18,06 habitantes por Km².

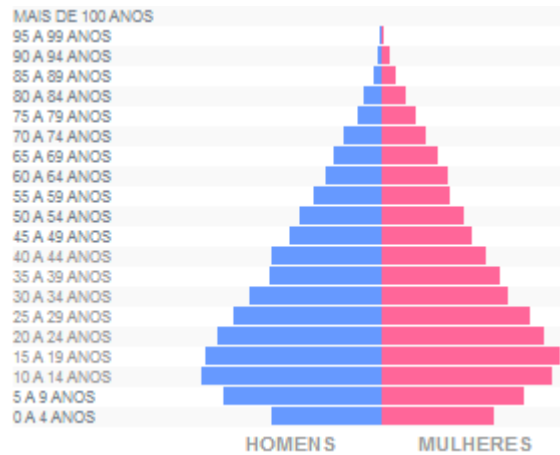


Figura 2: Pirâmide etária representativa da população de Miguel Calmon, Bahia, Brasil.
Fonte: IBGE 2013

Em relação à rede assistencial, Miguel Calmon conta com um hospital particular (Hospital Português) que realiza, também, atendimentos pelo SUS, no município e para toda região. Além de atendimento de urgência e emergência, o hospital também oferece diversos exames: Ultrassonografia, Endoscopia, Radiografia, Mamografia, dentre outros.

Na atenção básica o município conta com 05 Unidades de Saúde da Família, sendo duas na sede e três nos distritos, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e um Centro de Saúde que presta atendimento especializado (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Gastrologia, Urologia, Ortopedia, Nutrição, além de atendimento médico clínico). A atenção básica também conta com três Programas de Agentes Comunitários de Saúde, sendo um na sede, outro composto por agentes de saúde de diversos povoados rurais, e outro centralizado em um único povoado de maior população, que além de um enfermeiro coordenador também conta com um médico e um técnico de enfermagem. Há um laboratório particular que atende pelo SUS e acaba por realizar a maioria dos exames laboratoriais da cidade e região. A Central de Marcação de Exames e Procedimentos é um órgão público que funciona todos os dias da semana realizando marcação de exames, procedimentos e viagens para atendimento à saúde em cidades de maior porte. O município não conta com equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e nem um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Centro de Saúde de Miguel Calmon (CSMC) é uma unidade ambulatorial do SUS mantido pela Secretaria Municipal da Saúde, situada na sede do município e que abrange uma área geográfica extensa com aproximadamente 8.300 pessoas. O

CSMC não possui vínculo com instituição de ensino, entretanto ocasionalmente recebemos estudantes de nível técnico ou superior para realizar estágios de observação mediante liberação da Secretaria Municipal da Saúde bem como da instituição de ensino. Realiza atendimentos a demanda espontânea e programada. Oferecemos os seguintes atendimentos: Clínica Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Urologia, Nutrição, Odontologia, Gastrologia e atendimento de enfermagem (Pré-natal, Puericultura, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), Preventivo, Vacinação, Curativos, etc.). As consultas médica/dentista/enfermagem são agendadas semanalmente, entretanto as vagas para demanda espontânea são reservadas. São 08 médicos, sendo 02 clínicos, 01 pediatra, 01 urologista, 01 gastroenterologista, 01 ortopedista, 01 ginecologista/Obstetra e 01 obstetra; 01 cirurgião dentista, 02 enfermeiros, 01 nutricionista, 12 técnicos/auxiliares de enfermagem, 02 recepcionistas e 01 auxiliar de serviços gerais.

O CSMC recentemente sofreu mudança em relação ao modelo de atenção. É um ambulatório de especialidades, ou seja, média complexidade. Mas há pouco tempo também se apresentava como atenção básica, já que tinha vinculado a duas EACS – Estratégia de Agente Comunitário, atendendo a sede e zona rural. Visto que esse trabalho sobrecarregava a administração da Unidade bem como os profissionais de enfermagem, a EACS foi desvinculada. Entretanto a EACS continua sendo um grande apoiador nas ações do CSMC, afinal de contas os Agentes de Saúde são grandes aliados na organização, divulgação, participação nas ações que desenvolvemos (Campanha de Vacina, Mutirões, Eventos de Saúde, Divulgação de datas para marcação de exames/consultas).

Em relação à atenção à saúde bucal, o CSMC enfrenta uma grande dificuldade, apenas uma equipe de saúde bucal (um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório) é responsável por toda demanda da unidade, resultando assim em um atendimento focado no atendimento direto ao paciente, deixando em segundo plano o cuidado continuado e as ações de prevenção e promoção à saúde

Em relação à estrutura física do CSMC muitas melhorias aconteceram nos últimos anos, entretanto o prédio é antigo e apresenta problemas relacionados das mais diversas formas, principalmente relacionados à hidráulica. Compõe nessa estrutura um consultório dentário, 01 recepção, 02 salas de triagem, 01 almoxarifado, 01 copa, 02 banheiros para o público e 01 banheiro para os

funcionários, 05 consultórios médicos/enfermagem/nutrição, 01 sala de vacina, 01 sala de pequenos procedimentos, 01 sala para triagem neonatal, 01 sala de gerência, 01 sala para a Rede de Frio do Município (local onde ocorre o processo de armazenagem, conservação, manipulação, distribuição dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações. Obviamente, por atender a uma demanda exagerada, vários problemas são gerados diariamente, por exemplo, a limpeza e organização do estoque de material necessário.

Outro problema grave é que não dispomos de acesso à internet, apenas uma linha telefônica tipo Ramal da prefeitura. Não temos material para atendimento de urgência e emergência, o que se caracteriza como um fator de extrema importância para uma unidade de grande porte. Não temos também uma estrutura propícia para deficientes, idosos ou analfabetos. Não existe também na unidade a dispensação de medicamentos da farmácia básica, o que dificulta adesão e assiduidade no uso das mesmas pelos pacientes que atendemos. Apesar de tudo, temos uma sala de vacina que atende a maioria dos requisitos do Ministério da Saúde. Grande parte dos problemas de infraestrutura são de responsabilidades da gestão municipal, e já foram requisitados reparos, via ofício, pelo coordenador da unidade, entretanto aguardamos retorno dos mesmos.

Quanto à funcionalidade dos membros da equipe, considero participativos e dedicados. Infelizmente existem alguns problemas como, por exemplo, sobrecarga de atendimento para todos os profissionais de nível superior, descaso por parte de alguns médicos no cumprimento da carga horária, ética profissional, registro de informações, atender aos princípios do SUS, atender aos protocolos existentes, dentre outros problemas que acredito acontecer não apenas aqui onde trabalho. Na equipe de enfermagem também existe técnicos descompromissados com seu serviço ou desestimulados por falta de um plano de cargo e carreiras que não existe no município. Na grande maioria eles trabalham no serviço há muitos anos e não existe um plano de cargo e carreiras que valorize o profissional ao longo do tempo, mesmo assim esforçam-se para prestar um bom serviço. Falta tempo e material para realizar atualizações na área, mesmo assim os enfermeiros esforçam-se para capacitar suas equipes. Não existe Auxiliar de Consultório Dentário, sendo assim, um técnico de enfermagem é incumbido de auxiliar o cirurgião dentista, apesar de não ser treinado para tal função.

Quanto à população da área adstrita, não temos um controle ideal como é possível em uma Unidade de Saúde da Família, atendemos grande parte da sede e a maioria dos povoados da zona rural, o que totaliza cerca de 8300 pessoas, aproximadamente. A estrutura da unidade é satisfatória por sua amplitude, entretanto a localização não é central, fazendo com que muitas pessoas que residam à longa distância evitem frequentar o CSMC. Seguindo uma tendência nacional, grande parte dos usuários são crianças (recém-nascidos), mulheres e idosos, mas em um número bem distante do ideal (segundo como base o caderno de Ações Programáticas). Mais profissionais de nível superior seria ideal para oferecer atendimento satisfatório em quantidade e qualidade, ou quem sabe construção de no mínimo duas Unidades de apoio na cidade.

O atendimento é pautado na demanda programada, com data e horário bem definido e rigoroso, que causa insatisfação por parte de muitos usuários. Mas infelizmente foi a forma que encontramos para organizar um serviço tão complexo. Obviamente, reservamos vagas para atendimentos de urgência, mas que nunca é suficiente, frente à população estimada que temos e aos vários serviços que oferecemos. Quando o paciente chega à unidade, independente de ser demanda programada ou espontânea ele é direcionado para recepção da unidade que faz o acolhimento desses indivíduos e o direcionamento que deduz ser o mais indicado.

Relacionado ao atendimento a criança, estamos longe de atingir o preconizado pelo Ministério da Saúde, principalmente pelo excesso de clientela para apenas um profissional de enfermagem. O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB indica uma população de 270 crianças menores de 7 anos, e hoje temos apenas 28 crianças cadastradas e acompanhadas no programa de puericultura. Baseado no caderno de ações programáticas utilizado no curso, a população estimada da área é de 493 crianças menores de 7 anos, sendo assim, acompanhamos apenas 6% dessa população. O enfermeiro responsável por esse atendimento avalia a criança de acordo ao calendário preconizado, mas raramente eles são assíduos, e poucos comparecem. Quando necessário, a criança é encaminhada para pediatra, clínico, nutricionista ou odontólogo da própria unidade. Apenas o profissional de enfermagem tem um livro de controle de cadastramento e acompanhamento, mas que não garante um controle ideal dos atendimentos, mas todos os registros são feitos no prontuário clínico. Seria necessário para alcançarmos o ideal, busca ativa dos faltosos, mais um profissional de nível superior

destinado para esse atendimento, apoio da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde massivamente, e requalificação dos médicos para atendimento a essa demanda, além de criar uma forma de registro que possibilite um acompanhamento mais rigoroso.

Em relação ao pré-natal, é oferecido o atendimento de enfermagem e clínico geral. Quando indicado, a gestante é encaminhada para obstetra, nutricionista ou odontólogo da própria unidade. Aqui utilizamos o manual do Ministério da Saúde apoiado em um protocolo municipal. Os registros são realizados em fichas próprias anexadas ao prontuário clínico. Pelo excesso de demanda, é impossível pensar em atividades complementares, palestras, atividades físicas, visitas, mas nós enfermeiros aproveitamos as consultas para desenvolver as ações educativas. A adesão ao pré-natal é satisfatória, mas ainda há dificuldades nas mulheres da zona rural pela questão do deslocamento. Quanto ao puerpério, ele acontece por demanda espontânea, quando a própria puérpera procura o serviço (e normalmente ele procura por conta da triagem neonatal) e imediatamente é direcionada para consulta com enfermeiro da área pela recepção. Não acontece a consulta programa ou visita domiciliar, conforme preconizado.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e de mama também não realizamos atividades educativas em sala de espera, mas falamos do serviço sempre que somos requisitados para realizar palestras na área. Nós enfermeiros aproveitamos o momento da consulta para coleta de exame Papanicolau para passar ações de educação em saúde para as clientes. Um enfermeiro é designado para essa função e, quando necessário, a mulher é encaminhada ao ginecologista da nossa unidade. Novamente há uma sobrecarga de trabalho que torna essa tarefa exaustiva. A coleta acontece duas vezes na semana, e infelizmente muitas mulheres tem dificuldade em realizar marcação do exame. Os registros permitem acompanhar desde a coleta até o resultado satisfatório ou não, porém não permite o acompanhamento da frequência com que as mulheres realizam o exame após resultado.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, um enfermeiro é designado para realizar o atendimento ao programa do Ministério da Saúde destinado a atenção integral ao paciente hipertenso e diabético. O paciente é encaminhado ao médico, quando necessário, e raramente ao nutricionista ou ao odontólogo. Aproveitamos a consulta do no programa de atenção ao hipertenso e

diabético para avaliar todo o estado de saúde do paciente, desde caderneta de vacina até a situação de moradia, alimentação, etc. Não utilizamos a caderneta da pessoa idosa, o que dificulta o acompanhamento de alguns indicadores (vacina, pressão arterial (PA), glicemia, etc...). Também não há tempo disponível para realizarmos atividades extras como palestras e atividades físicas. O registro é feito no prontuário clínico e na ficha de acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético que alimenta o sistema Hiperdia. Sendo assim não temos como avaliar a assiduidade dos pacientes cadastrados. A adesão ao Hiperdia é péssima e vários fatores podem explicar essa questão como, por exemplo, a falta de um registro que permita a continuidade da assistência, falta de controle por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, falta do seguimento do protocolo do Ministério da Saúde principalmente pelo profissional médico, dentre outros. Fico por vários momentos pensando em estratégias que me ajude a colocar o Hiperdia para funcionar conforme preconizado, no mínimo pelo atendimento de enfermagem, mas não consigo encontrar solução.

Em relação à saúde dos idosos não há um programa voltado apenas para os idosos, eles são atendidos em sua grande maioria no programa Hiperdia, e nas consultas médicas, principalmente clínicas e urologista. Não é utilizado nenhum protocolo específico para esse tipo de atendimento. Os enfermeiros aproveitam o contato para fazer uma abordagem complexa, infelizmente alguns médicos não fazem o mesmo, e o odontólogo só recebe essa população quando os mesmos procuram atendimento, ou são encaminhados. Como o número de pacientes que comparecem ao Hiperdia é subestimado, obviamente o número de idosos que tem um acompanhamento digno é irrisório. É urgente a necessidade de destinar um momento para capacitar os profissionais quanto à saúde do idoso, utilizando protocolos devidos e captando a população adstrita para iniciar um novo capítulo nesse cenário.

Após concluir o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas oferecido pelo curso fiquei extremamente preocupado com a situação que vivencio na unidade que atuo. Não estamos alcançando os indicadores e em muitas vezes estamos muito abaixo do desejado. Outras vezes eu percebo que há muita ação no que tange a parte da gerência, mas pouco da assistência. Fico mais triste ainda quando percebo que as mudanças são simples de serem colocadas em prática, mas se tornam complexas quando se trata de um centro de saúde com uma demanda

excessiva; médicos que não cumprem carga horária e uma política de humanização; um coordenador que divide seu tempo entre o atendimento e a gerência da unidade; técnicos de enfermagem sem atualização; enfim, diversos problemas que atrapalham o serviço de qualidade.

Percebe-se que muitas deficiências são nítidas no CSMC. Assim, conforme foi dito, anteriormente, seria necessário para alcançarmos o ideal: busca ativa dos faltosos, mais um profissional de nível superior destinado para esse atendimento, apoio do EACS massivamente, requalificação dos médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem para atendimento a essa demanda e criar uma forma de registro que possibilite um acompanhamento mais rigoroso. Infelizmente essas pendências são muito prejudiciais ao serviço e à população, mas garanto empenhar-me o máximo, junto à minha equipe, e fazer o possível para alcançar o atendimento digno e satisfatório que nossa população necessita para viver bem e melhor.

1.3 Comentário comparativo entre o texto situação da atenção primária à saúde no centro de saúde Miguel Calmon e o relatório situacional

Analisando os tópicos anteriores, percebe-se claramente a evolução positiva na forma de compreender o funcionamento da UBS em pouco tempo de estudo. No primeiro momento foi solicitado um relato livre sobre a minha percepção da unidade de saúde. Descrevi de forma breve e sucinta, ressaltando a logística de funcionamento do CSMC. Certamente essa brevidade e superficialidade podem estar relacionadas ao momento em que a atividade foi desenvolvida, nos primeiros contatos entre o aluno e o ambiente virtual de aprendizado e a não exigência por seguir um roteiro ou responder a perguntas.

No segundo momento a atividade solicitada seria de construção de um relatório situacional após ter sido realizada toda uma descrição minuciosa durante semanas da unidade, da equipe e dos programas de saúde trabalhados na equipe além do preenchimento do caderno de ações programáticas fornecidos pelo curso. O relatório apresentou maior complexidade de informações, que permite ao leitor compreender de forma mais fidedigna o funcionamento da unidade de saúde.

Outro detalhe percebido quando comparado os dois textos é a visão subjetiva da unidade, no primeiro momento com um tom mais otimista e no segundo momento pessimista e crítico, consequência da introdução de conhecimento técnico

ao longo das semanas que permite perceber as deficiências da equipe e da unidade de saúde.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

A infância caracteriza-se por ser um período de certa vulnerabilidade biológica, fazendo com que esse momento torne-se delicado e conseqüentemente seja exigida uma assistência à saúde baseada nos cuidados da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Dessa forma a criança tem uma maior probabilidade de crescer e desenvolver sem intercorrências (CAMPOS, *ET AL.*, 2011).

No Centro de Saúde de Miguel Calmon é muito comum encontrarmos crianças que são levadas ao serviço com queixas de problemas respiratórios (crises alérgicas, secreção), intestinais (diarréia, dificuldade de dejeção), alimentares (apetite diminuída, recusa de alimentos, dificuldade de ordenha) e familiares com dúvidas quanto ao desenvolvimento neuro-cognitivo da criança, não temos números da frequência desses casos para demonstrar, mas torna-se claro a necessidade de realizar um trabalho de intervenção no programa de atenção à saúde da criança no intuito de reduzir esse número de queixas e dúvidas das famílias, bem como melhorar os indicadores de saúde da criança.

Pensando nisso, o Ministério da Saúde implantou na rede de atenção básica o programa de acompanhamento ao desenvolvimento e crescimento da criança – puericultura. A puericultura se configura como um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança por meio de ações de promoção da saúde, tais como: higiene, alimentação, estímulo ao desenvolvimento e ainda ações de prevenção de agravos (vacinação, higiene pessoal e ambiental, cuidado com acidentes no lar). Somando-se a isso, se têm a identificação e o tratamento precoce dos problemas de saúde da criança. Estes aspectos citados fazem parte da competência técnica dos profissionais que realizam a Puericultura (CEARÁ, 2002).

Atualmente no Centro de Saúde de Miguel Calmon, o atendimento de puericultura é realizado pelo enfermeiro da EACS Rural, mas que atende tanto a área rural como a área urbana, fruto de um acordo entre os profissionais enfermeiros das duas equipes que dividem os programas. De acordo ao Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, existem cerca de 270 crianças menores de 7 anos de idade na área de abrangência, todavia atualmente não existe um cadastro de

acompanhamento. Sendo assim, não se sabe ao certo quantas crianças são atendidas pela unidade. Entretanto posso afirmar que as famílias que hoje frequentam o programa são bastante assíduas, demonstrando preocupação com a situação de saúde das crianças.

Hoje, o programa de puericultura acontece no Centro de Saúde de forma isolada e sem planejamento. O enfermeiro que atende essa demanda no consultório parece ser o único responsável pelo acompanhamento da clientela e as informações não são acompanhadas. Como já citado em muitos momentos ao longo desse trabalho, a estrutura e funcionamento da unidade contribui bastante para essa realidade. Uma situação histórica que esperamos transformar após a implementação da intervenção.

Para que a intervenção possa proceder de forma satisfatória o Centro de Saúde de Miguel Calmon contará com os seguintes pontos de apoio que viabilizarão a intervenção no atendimento à criança: manuais e roteiros técnicos de apoio; profissionais engajados com o serviço; diversidade profissional (médico, enfermeiro, odontólogo, agentes comunitários de saúde); e insumos suficientes e de qualidade para a realização de uma boa assistência. Somando-se a isso, pode-se contar com o apoio de toda a gestão de saúde (Secretário de Saúde, Coordenador da Atenção Básica) que mostram total apoio à intervenção, visto que essa proposta tem como produto principal a melhoria do serviço de atenção à saúde da população a curto, médio e longo prazo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses no Centro de Saúde de Miguel Calmon, em Miguel Calmon, na Bahia.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1- Ampliar a cobertura da puericultura;
- 2- Melhorar a adesão ao programa;
- 3- Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- 4- Melhorar o registro das informações;
- 5- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;

- 6- Promover a saúde;
- 7- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da puericultura

- 1- Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 80%.
- 2- Captar 60% 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 50% das crianças cadastradas.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar à adesão ao programa

- 4- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade o atendimento à criança

- 5- Capacitar 100% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.
- 6- Monitorar crescimento em 100% das crianças.
- 7- Monitorar o desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças.
- 8- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- 9- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças
- 10-Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- 11-Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

- 12- Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Relativa ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes a área de abrangência

13- Realizar avaliação de risco para morbimortalidade em 100% das crianças.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde

14- Prevenção de acidentes: dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

15- Saúde Bucal: Garantir acompanhamento odontológico periódico a 100% das crianças.

16- Alimentação saudável: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses por meio de orientações de 100% das mães das crianças nessa faixa etária.

17- Alimentação saudável: Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

18- Fazer orientação nutricional para 100% das crianças.

Relativas ao objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

19- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

20- Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade em 100% das famílias das crianças.

2.3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas no Centro de Saúde de Miguel Calmon, no Município de Miguel Calmon - BA. Participarão da intervenção todas as crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência da unidade. Serão utilizados o protocolo do Ministério da Saúde, o Caderno de Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002) e o Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012).

2.3.1 Ações

Objetivo: Ampliar a cobertura da puericultura

Meta: Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da UBS para 80%

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Organização e gestão do serviço: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita; Priorizar o atendimento de crianças.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre o que é a puericultura e quais os seus benefícios.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Meta: Captar 60% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de crianças que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Organização e gestão do serviço: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita; Priorizar o atendimento de crianças.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre o que é a puericultura e quais os seus benefícios.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Meta: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 50% das crianças cadastradas.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida.

Organização e gestão do serviço: Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço 15 dias após a data provável do parto.

Engajamento Público: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da puericultura.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo: Melhorar a adesão à puericultura

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

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia); Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças no primeiro ano de vida; Monitorar as buscas a crianças faltosas;

Organização e gestão do serviço: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas; Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Engajamento Público: Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da puericultura.

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

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta: Capacitar 90% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de profissionais da UBS que não aderiram ao protocolo.

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

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

Qualificação da Prática Clínica: Fazer treinamento dos profissionais que realizam puericultura segundo os protocolos do Ministério da Saúde.

Meta: Monitorar crescimento em 100% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças com curva de crescimento abaixo e acima da normalidade bem como com trajetória descendente.

Organização e gestão do serviço: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

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

Qualificação da Prática Clínica: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas; Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças com atraso no desenvolvimento neuro- cognitivo.

Organização e gestão do serviço: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento neuro-cognitivo (quando for o caso) para diagnóstico e tratamento.

Engajamento Público: Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança; Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

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

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas; Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura

Organização e gestão do serviço: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação; Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); Realizar controle da cadeia de frio; Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina; Realizar controle da data de vencimento do estoque.

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

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

Meta: Realizar suplementação de ferro em 10% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Organização e gestão do serviço: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

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

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

Meta: Realizar triagem auditiva em 5% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o percentual de crianças que não realizaram triagem auditiva.

Organização e gestão do serviço: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

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

Qualificação da Prática Clínica: Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo da puericultura.

Meta: Realizar teste do pezinho em 90% das crianças até 7 dias de vida.

Detalhamento:

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

Organização e gestão do serviço: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

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

Qualificação da Prática Clínica: Verificar se todos os profissionais de enfermagem da UBS estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Objetivo: Melhorar registros das informações

Meta: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS.

Organização e gestão do serviço: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.
1.2. Implantar ficha espelho (da caderneta da criança); Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros.

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

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS.

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

Meta: Identificar 90% das crianças com risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade; Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso; Monitorar o número de encaminhamentos para serviços especializados.

Organização e gestão do serviço: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco; Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco; Encaminhar as crianças de alto risco para serviço especializado quando necessário; Garantir consultas de referência junto ao gestor municipal.

Engajamento Público: Orientar familiares e responsáveis sobre os passos necessários para agendamento do atendimento especializado; Orientar familiares e responsáveis para que solicitem registro escrito para contra-referência; Estimular o retorno do paciente para a UBS.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Objetivo: Promover a saúde - prevenção de acidente

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

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

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

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

Objetivo: Promover a saúde bucal

Meta: Garantir 40% das crianças livres de cárie.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o registro da avaliação odontológica em prontuário ou ficha espelho; Monitorar o índice CEO/CPOD das crianças da puericultura.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na avaliação de saúde bucal; Organizar a agenda para possibilitar o atendimento regular das crianças da puericultura; Detalhar o protocolo para atenção e assistência em saúde bucal (periodicidade das consultas, aplicação de flúor etc.).

Engajamento Público: Orientar a comunidades sobre a importância dos cuidados com a dentição decídua; Orientar os pais e responsáveis sobre a higiene bucal, adequado uso de creme dental de acordo com a faixa etária e alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Fazer a capacitação dos profissionais conforme protocolos de atendimento.

Objetivo: Promover a alimentação saudável - aleitamento materno

Meta: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em 60% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto; Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta; Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

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

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

Objetivo: Promover a alimentação saudável - alimentação complementar do lactente

Meta: Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na alimentação complementar.

Engajamento Público: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para lactentes.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar à equipe nas orientações da alimentação complementar.

Objetivo: Promover a alimentação saudável - nutrição infantil

Meta: Fazer orientação nutricional para 100% das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

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

Qualificação da Prática Clínica: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Objetivo: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

Meta: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a implementação de ações de prevenção e promoção à saúde de acordo com as especificidades de cada situação.

Organização e gestão do serviço: Promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade; Envolver os membros da equipe na organização, planejamento e gestão das ações; Demandar aos gestores municipais a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações; Demandar aos gestores municipais a oferta de qualificação para atividades

de gestão em saúde, de fortalecimento do controle social e para o trabalho multidisciplinar.

Engajamento Público: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde; Incentivar a importância do auto-cuidado; Promover a participação de membros da comunidade na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças e suas famílias; Promover a participação de membros da comunidade na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças e suas famílias.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde; Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social; Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

Meta: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças.

Detalhamento:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de famílias das crianças com avaliação de risco e vulnerabilidade.

Organização e gestão do serviço: Envolver os membros da equipe na organização, planejamento e gestão das ações direcionadas para famílias das crianças em situação de risco e vulnerabilidade; Demandar aos gestores municipais a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações.

Engajamento Público: Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde; Incentivar a importância do auto-cuidado; Promover a participação de membros da comunidade na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para famílias das crianças em situação de risco e vulnerabilidade; Promover a participação de membros da comunidade na avaliação e monitoramento das ações de saúde para famílias das crianças em situação de risco e vulnerabilidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para atividades de gestão em saúde; Capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social; Capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da puericultura.

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 80%.

Indicador: Cobertura do Programa de Puericultura na UBS.

Numerador: Número total de crianças entre 0 e 72 meses acompanhadas na UBS.

Denominador: Número total de crianças entre 0 e 72 meses residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 2: Captar 60% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Indicador: Proporção de crianças da área sem acompanhamento de puericultura na UBS nem em outro serviço captadas para o programa.

Numerador: número de crianças da área sem acompanhamento de puericultura na UBS nem em outro serviço captadas para o programa.

Denominador: número total de crianças da área sem acompanhamento de puericultura na UBS nem em outro serviço.

Meta 3: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 50% das crianças cadastradas.

Indicador: Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros 15 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros 15 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças nascidas no período e cadastradas na UBS.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar à adesão a puericultura

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

Indicador: Proporção de crianças faltosas que receberam busca ativa.

Numerador: número de crianças faltosas que receberam busca ativa.

Denominador: Número total de crianças faltosas.

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: Cobertura de profissionais da UBS capacitados de acordo com o protocolo de saúde da criança.

Numerador: Número de profissionais capacitados.

Denominador: Número total de profissionais da UBS.

Meta 6: Monitorar crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento da curva de crescimento em dia.

Numerador: Número de crianças com monitoramento da curva de crescimento em dia.

Denominador: Número total de crianças acompanhadas na UBS.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.

Numerador: Número de crianças com avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.

Denominador: Número total de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS

Meta 8: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade.

Numerador: Número de crianças com esquema vacinal em dia.

Denominador: Número total de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS.

Meta 9: Realizar suplementação de ferro em 10% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças que receberam suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças entre 6 e 18 meses que recebeu suplementação de ferro.

Denominador: Número total de crianças entre 6 e 18 meses na área e acompanhadas na UBS.

Meta 10: Realizar triagem auditiva em 5% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva

Numerador: Número de crianças com triagem auditiva

Denominador: Número total de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS.

Meta 11: Realizar teste do pezinho em 90% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: Proporção de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

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

Denominador: Número total de crianças nascidas no mês.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado da última consulta e da vacinação na ficha-espelho.

Numerador: Número de crianças com registros da última consulta e da vacinação na ficha-espelho.

Denominador: Número total de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS.

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

Meta 13: Realizar avaliação de risco para morbimortalidade em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco para morbimortalidade.

Numerador: Número de crianças com avaliação de risco para morbimortalidade.

Denominador: Número total de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde

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

Indicador: Proporção de responsáveis de crianças que receberam orientações sobre como evitar acidentes

Numerador: Número de responsáveis de crianças com orientações sobre como evitar acidentes

Denominador: Número de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS

Meta 15: Saúde Bucal: Garantir acompanhamento odontológico periódico a 40% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com acompanhamento odontológico em dia.

Numerador: nº de crianças com acompanhamento odontológico em dia.

Denominador: Nº de crianças acompanhadas na UBS.

Meta 16: Alimentação Saudável: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses por meio de orientação de 60% das mães das crianças dessa faixa etária.

Indicador: Proporção de famílias orientadas quanto aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida

Numerador: Número de familiares de crianças orientados quanto ao aleitamento materno até o 6º mês de vida.

Denominador: Número de crianças cadastradas na UBS com menos de 06 meses de vida.

Meta 17: Alimentação Saudável: Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

Indicador: Proporção de famílias orientadas quanto alimentação complementar do lactente após 6 meses de idade.

Numerador: Número de familiares de crianças orientados quanto à alimentação complementar do lactente após os 6 meses de idade.

Denominador: Número total de lactentes que frequentam o programa na UBS.

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

Indicador: Proporção de crianças que receberam orientação nutricional.

Numerador: Número de crianças que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número de crianças residentes na área que frequentam o programa na UBS.

Relativos ao objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

Meta 19: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

Indicador: Proporção de famílias das crianças acompanhadas que receberam ações de promoção e/ou prevenção de saúde

Numerador: Número de famílias que receberam ações de promoção e/ou prevenção de saúde.

Denominador: Número total de famílias de crianças cadastradas.

Meta 20: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das crianças.

Indicador: Proporção de famílias com avaliação de risco e vulnerabilidade

Numerador: Número de famílias das crianças com avaliação de risco e vulnerabilidade

Denominador: Número total de famílias de crianças cadastradas

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Puericultura será adotado o Manual Técnico de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento infantil, do Ministério da Saúde, ano 2002 (BRASIL, 2002) e o e Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2012). Eles ainda não existem na unidade na versão impressa, entretanto será solicitada para a Secretaria Municipal de Saúde a impressão.

Antes de dar início às atividades será solicitada uma reunião entre o coordenador do programa de puericultura da unidade e o secretário de saúde, além do coordenador da atenção primária e da coordenadora da vigilância epidemiológica, para tratar da logística da intervenção: objetivo; metas; insumos necessários; reuniões entre a equipe que deverão acontecer; a questão da falta da suplementação de ferro; profissionais responsáveis pela realização do teste da orelhinha; e a necessidade de atendimento de Pediatria e Nutricionista.

Em seguida, ficarei responsável por criar panfletos instrutivos para a população referente aos temas: o que é puericultura e seus benefícios; facilidades oferecidas no centro de saúde para a realização da puericultura; importância do acompanhamento regular da puericultura; condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social; importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida; seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda-via, em particular de vacinas. Esses informes serão distribuídos na recepção da unidade e durante atendimento com as famílias. Ainda, orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância; orientações aos familiares e responsáveis sobre os passos necessários para agendamento do atendimento especializado; orientações aos familiares e responsáveis para que solicitem registro escrito para contra-referência quando forem atendidos em outra instância, estimulando o retorno do paciente para a UBS.

Será feito uso da televisão e aparelho de DVD disponível na recepção da unidade para reproduzir "slides" (textos curtos) criados por mim para essa intervenção com mensagens relacionada aos temas descritos no parágrafo anterior.

Cartazes ilustrativos serão também criados pelo executor do trabalho e espalhados pela unidade de saúde, secretaria de saúde, creche e igreja da comunidade, e outros pontos de referência da população (hospital, escolas, mercados, etc).

Esses panfletos serão disponibilizados para toda equipe além de serem dispostos na porta de entrada da UBS para a comunidade, facilitando a distribuição e leitura dos mesmos. Cópias serão entregues na emissora de rádio local: Canabrava FM, que será convidada a ser parceira nesse trabalho. A rádio ficará responsável por reproduzir as informações diariamente em seus diversos programas.

Posteriormente será providenciada na primeira semana de intervenção uma reunião com parte da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgião-dentista e recepcionistas), que terá como pauta: acolhimento da criança nas políticas de humanização; adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a puericultura; e quais informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Em seguida será feita outra reunião com a mesma pauta com

os Agentes Comunitários de Saúde, acrescentando: a distribuição de panfletos e cartazes para serem divulgados em locais estratégicos e solicitando a lista de crianças que fazem ou deveriam fazer parte do programa.

É necessário fragmentar a reunião pela quantidade de pessoas que compõem a equipe. As reuniões acontecerão na Unidade de Saúde e na secretaria de saúde, respectivamente com duração aproximada de 03 horas durante o expediente de trabalho, sendo assim os serviços serão suspensos durante esse momento. Uma semana após a reunião, será entregue pelos ACS a lista de crianças, após levantamento realizado por parte desses.

Essas reuniões e as demais, caso seja necessário, serão registradas no livro de registro de reuniões da equipe que já existe na unidade. Isso servirá como ferramenta de monitoramento para capacitação da equipe.

Em seguida, se reformulará o cronograma de consultas de enfermagem para puericultura, destinando tempo suficiente para: a demanda programada; demanda imediata; crianças provenientes da busca ativa; primeira consulta de puericultura (até os 15 dias de vida); atendimento a criança com risco de vulnerabilidade; e ainda será destinado um momento para realização de visita domiciliar do enfermeiro juntamente com outros membros da equipe (médico, técnico de enfermagem, ACS). A agenda médica também deverá ser reorganizada com intuito de reservar vagas para atendimento às crianças com risco de vulnerabilidade.

A organização da agenda e das ações descritas acima acontecerá numa reunião específica na própria unidade com duração estimada de trinta minutos, no tempo de transição de turno, quando é possível reunir os funcionários do turno matutino e vespertino. A recepção, bem como toda equipe receberá o impresso contendo o cronograma de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde para puericultura.

Nesse mesmo momento será criado o livro de cadastramento e acompanhamento das crianças do centro de saúde. O livro facilitará o monitoramento da periodicidade do acompanhamento, pois terão em suas colunas as datas pré-fixadas das consultas.

Para organizar o registro específico, o enfermeiro responsável pelo atendimento das crianças revisará o livro de registro de puericultura que já existe na unidade identificando as crianças menores de 72 meses dos últimos 06 meses. Paralelamente, solicitará aos ACS a lista de todas as crianças menores de 6 anos de

idade residentes na área. Semanalmente, o livro de acompanhamento será revisado e os nomes das possíveis crianças faltosas serão encaminhados aos seus respectivos ACS que farão a busca ativa. Quando o ACS não conseguir realizar a busca ativa, o enfermeiro responsável pela puericultura tentará realizá-la. Sendo assim, quinzenalmente destinará um espaço para visita domiciliar.

Após essa etapa, as crianças que ainda fazem parte do programa, de acordo com a idade, terão seus nomes e cadastros transcritos para o novo livro e seus prontuários serão avaliados para repassar todas as informações já registradas em prontuário para ficha espelho. Essa ficha também será criada baseando-se na ficha de coleta de dados fornecida pelo próprio curso de especialização e contemplando os registros referentes à: periodicidade das consultas já realizadas; monitoramento do crescimento e desenvolvimento; vacinação; suplementação de ferro; triagem auditiva; realização do teste do pezinho antes dos 7 dias de vida; risco de morbidade/mortalidade; orientação quanto à prevenção de acidentes; avaliação odontológica; aleitamento materno exclusivo até 6 meses; orientação alimentar complementar após 6 meses; e orientação nutricional.

Será dada continuidade à vacinação nas primeiras 72 horas de nascimento na maternidade do município, aproveitando-se desse primeiro contato com as mães para informá-las sobre as facilidades oferecidas no CSMC para realização da puericultura e da importância do comparecimento nos primeiros 15 dias de vida da criança, além do agendamento da consulta no momento da realização da triagem neonatal.

Quanto à vacinação, será monitorado o percentual de crianças com vacinas atrasadas com a verificação da caderneta de vacina na puericultura e utilizando a ficha espelho criada a partir da planilha de intervenção. Será garantido: atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); realizar controle da cadeia de frio; fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina; e realizar controle da data de vencimento do estoque. Essas atividades serão desenvolvidas pela equipe técnica de enfermagem e coordenada pelo executor do projeto.

Durante as consultas os pais e responsáveis serão orientados sobre o calendário vacinal da criança e a equipe será capacitada na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento no momento da capacitação.

Os registros de vacina também serão realizados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) que já existe e já é utilizado no centro de saúde, bem como no arquivo impresso de cartão espelho de vacina. Esses registros são feitos pelos próprios técnicos responsáveis pela sala de vacina.

Ainda na primeira semana de intervenção acontecerá uma visita técnica à Creche Clementina, localizada na área de abrangência da unidade, para solicitar espaço destinado às atividades de educação em saúde voltada para higiene bucal. A odontóloga da unidade será solicitada para esse encontro. Neste momento, serão pactuadas com a direção da creche as datas e horários para trabalho de orientação.

Esse trabalho inclui: avaliação odontológica; orientação voltada à higiene bucal; prevenção de acidentes; revisão de caderneta de vacina. Ainda serão feitas visitas mensais na Creche.

Devido à falta de suplementação de ferro há algum tempo no município, antes da intervenção serão contatadas a Secretaria Municipal de Saúde, a Diretoria Regional de Saúde e o Ministério da Saúde, via ofício, para argumentar sobre o motivo da indisponibilidade desse medicamento. Independente de qualquer parecer a equipe será orientada a continuar prescrevendo o sulfato ferroso, conforme orientação do Ministério da Saúde.

2.3.4 Cronograma

PRIMEIRO MÊS			
SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Divulgar para a comunidade a implantação do programa de puericultura por meio de rádios comunitárias e através de informações transmitidas na própria unidade, através de salas de espera e ainda cartazes informativos anexados na UBS.</p> <p>-Reunião com os profissionais que irão participar das ações: delimitação de papéis e responsabilidades técnicas, administrativas e do cuidado.</p> <p>-Organizar e implantar fichas a serem adotadas durante a intervenção.</p> <p>-Organizar a agenda de atendimento de puericultura do mês dando prioridade para acolher as crianças de alto-risco.</p> <p>-Organizar datas de atendimento</p>	<p>-Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.</p> <p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>- Qualificar os profissionais quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>-Avaliar pré-liminar dos impactos gerados pela implantação do programa e proposição de soluções.</p> <p>-Monitorar o registro de ações em prontuários e fichas, bem como as orientações prestadas durante atendimento.</p> <p>- Trabalhando com a educação em saúde na comunidade: <i>"Puericultura e quais os seus</i></p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>- Reunião com pais na creche da comunidade para tratar do tema <i>"Puericultura e quais os seus benefícios"</i>. Ainda informar às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da puericultura.</p> <p>-Visita domiciliar puerperal (se necessário)</p> <p>-Pactuar juntamente com a gestão o referenciamento de crianças com atrasos no crescimento e desenvolvimento, bem como a manutenção de insumos necessários ao funcionamento dos serviços da UBS.</p> <p>-Capacitar alguns profissionais específicos da equipe em</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.</p> <p>-Avaliação dos impactos gerados pela implantação do programa.</p> <p>-Monitorar o número de crianças que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida e a realização do teste do pezinho e triagem auditiva.</p> <p>-Monitorar o percentual de crianças quanto ao tipo de nutrição e quanto à</p>

<p>em saúde bucal para a criança.</p> <p>-Capacitação da equipe para tratar do protocolo adotado de puericultura e suas implicações no contexto da intervenção do Projeto.</p> <p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>- Monitorar o número de profissionais da UBS que não aderiram ao protocolo.</p>	<p><i>benefícios</i>". Ainda informar às mães sobre as facilidades oferecidas na UBS para a realização da puericultura.</p>	<p>avaliação do cartão de vacinação.</p> <p>-Monitoramento em sala de vacina e a situação vacinal nas crianças da comunidade.</p>	<p>suplementação de ferro.</p> <p>-Monitoramento em Saúde Bucal: registro, indicadores e atividades de educação em saúde.</p> <p>-Monitoramento de atividades de educação em saúde realizadas com a comunidade e das capacitações em saúde com a equipe.</p> <p>-Monitorar situações de risco relacionadas ao acompanhamento, crescimento, desenvolvimento da criança e vulnerabilidade.</p>
--	---	---	--

SEGUNDO MÊS			
SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Reunião com a equipe para apresentar alguns resultados parciais e proposição de melhorias na aplicação do projeto.</p> <p>-Capacitar a equipe em <i>“puericultura e comunidade - como buscar uma aproximação e engajamento coletivo”</i>.</p> <p>-Organizar a agenda de atendimento de puericultura do mês, dando prioridade à busca de faltosos e crianças de alto-risco.</p> <p>-Organizar datas de atendimento em saúde bucal para a criança.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Trabalhando com a educação em saúde na comunidade: <i>“como acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e a prevenção de acidentes e morbidades na infância”</i></p> <p>- ACS em visita domiciliar trabalhando com orientações em imunização com os pais e responsáveis.</p>	<p>-Cadastrar e atender crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida e a realização do teste do pezinho e triagem auditiva.</p> <p>-Realizar as visitas domiciliares para a busca de crianças faltosas ou incapaz de locomover a UBS, bem como as de alto risco.</p> <p>-Visita domiciliar puerperal (se necessário)</p> <p>-Trabalhando com a educação em saúde na comunidade: <i>“como acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e a prevenção de acidentes e morbidades na infância”</i> e <i>“A saúde bucal durante a puericultura-trabalhando com prevenção, nutrição em todas as fases do crescimento e desenvolvimento”</i>.</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Monitorar o registro de ações em prontuários e fichas, bem como as orientações prestadas durante atendimento.</p> <p>-Monitoramento em Saúde Bucal: registro, indicadores e atividades de educação em saúde.</p> <p>-Monitoramento de atividades de educação em saúde realizadas com a comunidade e das capacitações em saúde com a equipe.</p> <p>-Monitorar o percentual de crianças quanto ao tipo de nutrição e quanto à suplementação de ferro.</p>

TERCEIRO MÊS			
SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Organizar a agenda de atendimento de puericultura do mês, dando prioridade à busca de faltosos e crianças de alto-risco.</p> <p>-Organizar datas de atendimento em saúde bucal para a criança.</p> <p>-Reunião com a equipe para apresentar alguns resultados parciais e proposição de melhorias no projeto.</p> <p>-Capacitar a equipe em <i>"identificação de morbimortalidade na infância, bem como a prevenção de acidentes nessa faixa etária"</i></p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Trabalhar educação em saúde com a comunidade: direitos e deveres do usuário aos serviços propostos pelo MS. <i>"A comunidade e o que se recomenda para os serviços de puericultura- uma forma de estímulo ao controle social"</i></p> <p>-Buscar junto ao gestor de saúde a aplicação de parcerias firmadas para a intervenção. Apresentar avanços até o momento do projeto de intervenção.</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida e a realização do teste do pezinho e triagem auditiva.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Visita domiciliar puerperal (se necessário)</p> <p>-Trabalhar educação em saúde com a comunidade: direitos e deveres do usuário aos serviços propostos pelo MS. <i>"A comunidade e o que se recomenda para os serviços de puericultura- uma forma de estímulo ao controle social"</i></p> <p>-Monitoramento de atividades de educação em saúde realizadas com a comunidade e das capacitações em saúde com a equipe.</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Monitoramento em Saúde Bucal: registro, indicadores e atividades de educação em saúde.</p> <p>-Monitorar o registro de ações em prontuários e fichas, bem como as orientações prestadas durante atendimento.</p> <p>-Monitorar o percentual de crianças quanto ao tipo de nutrição e quanto à suplementação de ferro.</p>

QUARTO MÊS			
SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Organizar a agenda de atendimento de puericultura do mês dando prioridade à busca de faltosos e crianças de alto-risco.</p> <p>-Organizar e realizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas</p> <p>-Organizar datas de atendimento em saúde bucal para a criança.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças no primeiro ano de vida.</p> <p>-Monitorar o número de profissionais da UBS que não aderiram ao protocolo.</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Trabalhar educação em saúde na comunidade: <i>“A saúde bucal durante a puericultura- trabalhando com prevenção, nutrição em todas as fases do crescimento e desenvolvimento”</i>.</p> <p>-Reunir com a equipe para apresentar alguns resultados e proposição de melhorias no projeto.</p> <p>-Capacitar a equipe em nutrição materna e complementar.</p>	<p>-Cadastrar crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Visita domiciliar puerperal (se necessário)</p> <p>-Trabalhando educação em saúde na comunidade: <i>“A saúde bucal durante a puericultura- trabalhando com prevenção, nutrição em todas as fases do crescimento e desenvolvimento”</i>.</p>	<p>-Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.</p> <p>- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura antes dos primeiros 15 dias de vida e a realização do teste do pezinho e triagem auditiva.</p> <p>-Atendimento em Puericultura</p> <p>-Capacitação da equipe em gestão da unidade e organização de registro bem como uma proposta de continuidade da intervenção</p> <p>-Monitorar o percentual de crianças quanto ao tipo de nutrição e quanto à suplementação de ferro.</p> <p>-Monitoramento em Saúde Bucal: registro, indicadores e atividades de educação em saúde.</p> <p>-Monitoramento de atividades de</p>

			<p>educação em saúde realizadas com a comunidade e das capacitações em saúde com a equipe.</p> <p>-Monitorar o registro de Ações em prontuários e fichas, bem como as orientações prestadas durante atendimento.</p> <p>-Monitorar o número de crianças que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.</p> <p>-Monitorar situações de risco relacionadas ao acompanhamento, crescimento, desenvolvimento da criança e vulnerabilidade.</p>
--	--	--	---

3 Relatório da Intervenção

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se eles foram cumpridos integralmente ou parcialmente:

Conseguimos concluir o projeto, sendo que grande parte das atividades planejadas foi executada de forma brilhante. Durante toda a intervenção, enquanto possível, foi realizado o atendimento em puericultura pelo enfermeiro assistente e muitas das ideias construídas no curso foram aplicadas de forma exitosa. Antes da intervenção, por exemplo, não havia um cadastro efetivo das crianças que frequentavam o serviço, nem o controle da periodicidade das consultas, hoje o serviço já conta com essa prática que auxilia principalmente a busca ativa dos faltosos.



Figura 3: Foto - Atendimento clínico em Puericultura

O atendimento era baseado em um protocolo antigo publicado pelo Ministério da Saúde que por coincidência lançou outro manual de puericultura durante o período da intervenção. A partir da intervenção houve a incrementação do novo manual técnico de Puericultura lançado também pelo Ministério da Saúde. Além disso, foram feitos alguns levantamentos a partir de discussões com o orientador do curso, principalmente relacionado aos indicadores da planilha de coleta de dados, ajustando os denominadores de alguns itens, a troca de experiência e a cumplicidade foram marcantes durante todo o trabalho entre os envolvidos.

Algumas das diretrizes aplicadas no programa foram tão importantes que acabaram sendo aderidas por outros profissionais do município, quando em reuniões periódicas que aconteciam, experiências eram divididas. O próprio gestor incluiu algumas demandas de exames e procedimento antes não programados, como, por exemplo, o teste da orelhinha.

Foi a partir da intervenção que conseguimos pressionar o gestor municipal de saúde quanto à importância de manter os impressos disponíveis. As fichas clínicas já utilizadas anteriormente nas unidades de saúde, mas nem sempre acessíveis têm grande importância para registro e monitoramento das informações, além de garantir que uma sequência de informações desde antes do nascimento (pré-natal), puerpério e puericultura. Os cartões de puericultura permitem que os pais se programem para comparecer as consultas pré-agendadas, além de acompanharem o crescimento do filho.

A capacitação com profissionais da equipe causou grande repercussão em todo o grupo, relatos de falta de preparação para o atendimento, desconhecimento de novos protocolos foram relatados por vários agentes comunitários de saúde. Ficamos na pendência de capacitar os demais profissionais de nível superior em todo município, inclusive demonstrar resultados do projeto, porém essas atividades foram planejadas para serem realizadas agora, quando eu assumi a coordenação da atenção básica do município.



Figura 4: Foto - Capacitação Profissional

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se eles foram cumpridos integralmente ou parcialmente:

A intervenção no serviço de Puericultura no Centro de Saúde de Miguel Calmon passou por várias dificuldades antes mesmo do seu planejamento. Foi um período de mudança de gestão, onde várias transformações na estrutura e organização do serviço causaram transtorno em nosso projeto.

Durante uma mudança na estrutura política de um município, algumas ações que dependem exclusivamente da decisão do gestor, tornam-se bastante delicadas, tendo em vista a sua prudência antes de qualquer ação. O atraso na aquisição de impressos para a intervenção, medicamentos e exames que seriam fundamentais para o êxito da intervenção são exemplos das situações que passamos.

Outra dificuldade na implementação do nosso projeto está relacionada à mudança no tema. Inicialmente, o tema do nosso trabalho seria na ação programática de atenção ao paciente com hipertensão e diabetes, entretanto fomos obrigados a mudar o foco para o programa de atenção à saúde da criança de forma abrupta, por perceber que o primeiro programa não havia possibilidade de ser ajustado diante da complexidade das ações que deveriam ser desenvolvidas e o

tamanho da população alvo que deveria ser atendida, diante do momento local que estávamos passando.

A principal dificuldade que enfrentamos na aplicação do nosso projeto de intervenção estava relacionada ao tipo de unidade de saúde que estávamos trabalhando, uma unidade mista que comporta duas equipes de agentes comunitários de saúde e um centro de especialidade, médicos clínicos, especialistas, técnicos de enfermagem e odontólogo trabalham em regime integral e apenas dois enfermeiros revezam entre atendimento, coordenação da equipe e coordenação da unidade.

Diante do exposto, a quantidade de atendimento que o profissional poderia realizar durante a semana era reduzida, o que pode ser uma das explicações para o baixo número de crianças cadastradas e acompanhadas durante o desenvolvimento do projeto.

Toda essa sobrecarga na unidade, que tem apenas um odontólogo justifica a impossibilidade de alcançar as metas relacionadas à saúde bucal. Fizemos o que foi possível, orientamos os familiares, encaminhamos algumas crianças, solicitamos apoio maior dos Agentes Comunitários de Saúde no momento da orientação e realização de ações nas escolas, e por várias vezes citamos a preocupação do profissional dentista em participar efetivamente das ações do projeto, entretanto a necessidade de estar dentro do consultório por conta das urgências odontológicas foi maior, visto que a grande parte da população encontra-se em uma situação precária de cuidados em relação a sua saúde bucal.

Além disso, a necessidade de ausentar-se diversas vezes da unidade, diante da falta de profissionais enfermeiros no município, causou atrasos em realizações de atividades educativas, treinamentos, inclusive, o atendimento em puericultura passou por um período de várias mudanças e novidades no âmbito da atenção básica: novos programas, sistemas e insumos.

Outro ponto negativo que precisa ser lembrado, relaciona-se com o tempo de serviço da maioria dos funcionários da unidade somado a deficiência de atualizações durante esse tempo. Perceba que o simples fato de um funcionário permanecer no serviço por um longo período não caracteriza que esse profissional será de baixa qualidade, porém a não realização de capacitações e treinamentos é essencial para limitar o desenvolvimento e a boa atuação dele. Depois de um determinado tempo, o profissional que não está habituado a buscar o conhecimento

passa a rejeitar tudo que venha mudar a rotina de trabalho. Essa situação pode ser importante para explicar a dificuldade de alcançar algumas metas que dependiam principalmente dos demais funcionários da unidade, já que a intervenção era, evidentemente, da equipe, e não apenas do profissional proponente.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção:

Em relação à planilha de coleta de dados, foi claro que a não realização de testes anteriormente ao início da intervenção causou alguns transtornos, um dos exemplos que posso citar relaciona-se ao numerador do indicador relacionado ao número de crianças que deveriam realizar a triagem auditiva, ele foi alterado após início da intervenção, entretanto, as fichas foram de tamanha importância que se tornaram rotina após o término da intervenção.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço:

No geral, percebo que o projeto de intervenção em Puericultura do Centro de Saúde de Miguel Calmon proporcionou resultados extraordinários frente a todas as dificuldades.

Algumas atividades assistenciais de grande importância foram otimizadas, como a avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, esquema vacinal em dia de acordo ao protocolo, observação da primeira mamada na primeira consulta, avaliação de risco, dentre outras atividades. Começamos a realizar o teste da orelhinha no município, antes nunca realizado. A totalidade de crianças cadastradas realizaram o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, toda equipe passou a ser responsável por repassar orientações sobre prevenção de acidentes, alimentação saudável e higiene bucal, que antes não parecia muito claro. Todos esses pontos significam avanço positivo no serviço de saúde, e que por si só, tende a ser seguido por toda equipe mesmo com o fim do desenvolvimento do projeto.

Por fim, reconheço a importância de todas as atividades desenvolvidas e da óbvia necessidade de continuidade das mesmas por todos, na unidade e no município. São atividades que certamente proporcionarão uma melhoria da qualidade da assistência à saúde de forma integral, podendo ser ampliadas a outras ações programáticas.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da puericultura.

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 80%.

Indicador: Cobertura do Programa de Puericultura na UBS

Um dos mais importantes indicadores do nosso trabalho está relacionado a cobertura de Puericultura na UBS. Nossa meta era de acompanhar 80% das 270 crianças da área, entretanto até o final do projeto conseguimos cadastrar e acompanhar 93 crianças, que corresponde a 34,4%. Várias dificuldades citadas durante o trabalho podem auxiliar na compreensão desse resultado como, por exemplo, a extensão da área de cobertura da unidade ou a ausência do profissional responsável pelo atendimento em diversos momentos. Por outro lado, não podemos deixar de lembrar que, durante o primeiro mês da intervenção, atendíamos apenas 28 crianças (10,4%) e que passamos até o final do quarto mês de trabalho a atender 93 crianças, ou seja, quase que triplicamos o número de crianças acompanhadas na unidade apesar de todas as dificuldades, conforme pode ser observado no gráfico a seguir:

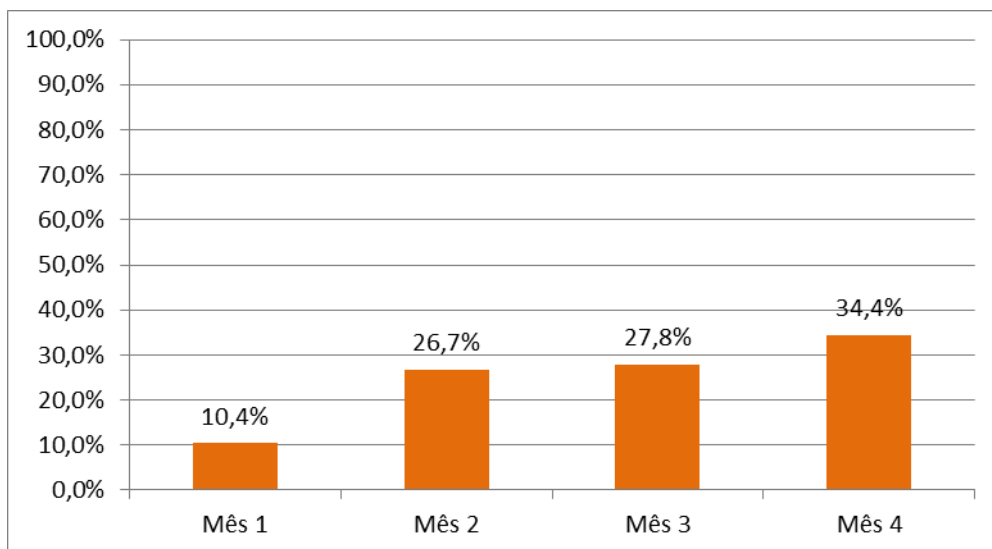


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do programa de puericultura na UBS.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Apesar de não termos pactuado metas, avaliamos também o número de crianças cujas mães fizeram o pré-natal na UBS, tendo em vista que a continuidade do cuidado é premissa básica para uma assistência de qualidade na atenção básica. Assim, como informação complementar, percebemos que 97,8% das mães que levavam seus filhos para Puericultura, tinham realizado pré-natal nesta mesma unidade. As únicas duas mulheres que não realizaram pré-natal nesta UBS eram residentes em outro município e acabaram mudando-se. Esta é uma particularidade da nossa região: grande mobilidade demográfica. As variações durante a intervenção não foram significativas como podemos observar abaixo:

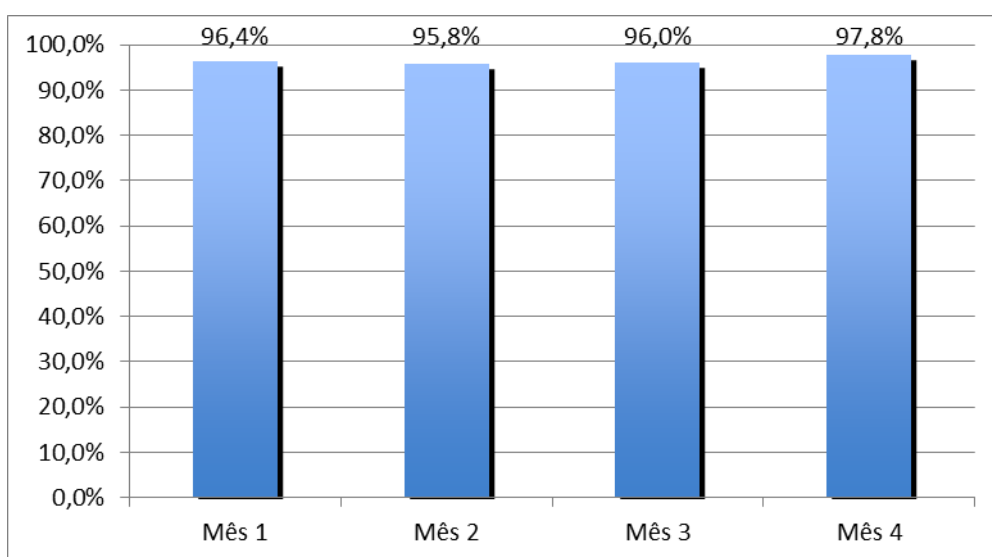


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de crianças acompanhadas cujas mães fizeram o pré-natal na UBS.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 2: Captar 60% das crianças da área que não fazem puericultura nem na UBS nem em outro serviço.

Indicador: Proporção de crianças da área sem acompanhamento de puericultura na UBS nem em outro serviço captadas para o programa.

Não foi possível fazer o cálculo exato desse indicador, pois não conseguimos identificar as crianças que estavam sem acompanhamento. Conforme programado nas ações da intervenção, solicitamos aos ACS a lista de todas as crianças que não realizam acompanhamento, a partir disso, listamos todas aquelas que não freqüentavam o serviço. Entretanto dois ACS estavam afastados por motivos de saúde, um dos ACS estava afastado por cargo comissionado e duas áreas estavam descobertas. De qualquer forma podemos qualificá-lo através da listagem dos ACS que estavam em atividade. Nossa meta seria de captar 60% das crianças da área que não realizam acompanhamento na UBS nem em outro serviço, mas como não conseguimos atingir a meta para cadastrarmos e acompanharmos 80% das crianças da área podemos inferir que também não atingimos esta meta. Mas também não podemos nos esquecer de que diante de toda dificuldade nossos números não podem ser subestimados.

Meta 3: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 50% das crianças cadastradas.

Indicador: Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros 15 dias de vida.

Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida da criança é de extrema importância, tendo em vista que é um período de grande vulnerabilidade para o indivíduo. Apesar de termos pactuado realizar essa primeira consulta precocemente em 50% das crianças da área, não calculamos esse indicador através de planilha de coleta de dados. Ao conferir as fichas espelho não foi detectado nenhum recém-nascido que tenha nascido na área durante o período de intervenção e que não tenha passado pelo atendimento de puericultura.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar à adesão a puericultura

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

Indicador: Proporção de crianças faltosas que receberam busca ativa.

No intuito de melhorar a adesão a puericultura, pactuamos em realizar busca ativa das crianças faltosas, entretanto conseguimos realizar apenas em 12,5% das crianças faltosas, ou seja, uma das oito crianças que faltaram ao atendimento até o último mês de intervenção. A dificuldade relacionada à extensão da área e a dificuldade de locomoção da equipe são justificativas para esse número crítico. Apesar do contato com os ACS, conforme foi relatado nos diários de intervenção, os pais encontravam diversas “desculpas” para não levar o filho até o serviço. Por outro lado, a equipe encontrava diversas dificuldades de ir ao encontro dessa família. Esse seria mais uma situação especial, que deve ser corrigida a partir desse momento, pois sabemos de todos os riscos que a família passa quando não se tem a orientação devida e os cuidados primários. A gestão precisa estar ciente dessa situação para evitar que essa situação perdure nesta unidade de saúde e nas demais do município. É importante lembrar que o livro de registro de consulta seria importante para sinalizarmos quais crianças estavam com falta no atendimento, e isso aconteceu de forma satisfatória. A partir do momento que criamos o livro de registro de consulta, ficaram claras quais crianças estavam comparecendo ao serviço com assiduidade e quais faltavam.

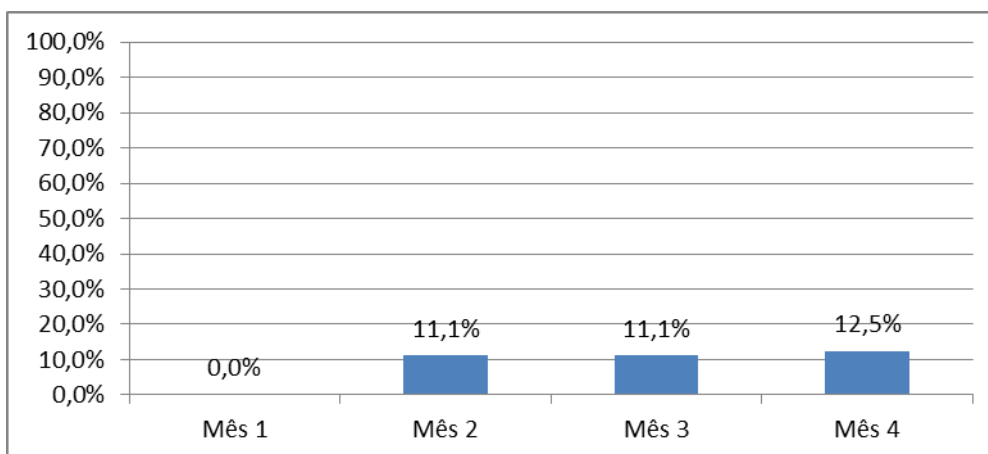


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de crianças faltosas que receberam busca ativa.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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: Cobertura de profissionais da UBS capacitados de acordo com o protocolo de saúde da criança.

Para atingir essa meta utilizamos as reuniões mensais de equipe, e tivemos sucesso. Dos vinte e um funcionários que atuam na unidade, incluindo recepção e serviço de higienização, apenas dois não compareceram a capacitação que tratava do protocolo do Ministério da Saúde, relacionada a Puericultura, ou seja 90,47% estavam presentes.

Conforme a rotina complexa da unidade não foi possível realizar todas as capacitações e reuniões contempladas no cronograma, realizamos no primeiro mês de intervenção uma capacitação abordando os seguintes temas: Protocolo adotado de puericultura e suas implicações no contexto de intervenção do projeto, qualificação no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e avaliação do cartão de vacina. E no quarto mês de intervenção realizamos outro encontro convocando todos os profissionais para apresentar: alguns resultados e proposições de melhorias do projeto e falar da gestão da unidade e organização do registro, bem como uma proposta de continuidade do projeto.

Apesar de não comparecerem a capacitação, esses dois profissionais foram orientados de forma breve nas conversas informais que tínhamos durante algumas horas dentro e fora da unidade. Porém, como pactuamos que esse indicador seria analisado de acordo ao livro de registro de capacitações, preferimos não considerar esse argumento.

Meta 6: Monitorar crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento da curva de crescimento em dia.

Outra meta que buscamos em nosso trabalho foi a de monitorar o crescimento das crianças que passavam pelo serviço. Essa meta foi facilmente alcançada em sua totalidade (100%), ao longo de todos os meses da intervenção, pois toda a criança cadastrada no programa tem o cartão de acompanhamento da Puericultura, que consiste em registrar a curva de crescimento do indivíduo, além de realizar o agendamento das consultas. Além disso, no momento que instituímos a intervenção, criamos a planilha das crianças com maior risco e vulnerabilidade, onde registraríamos essas crianças e acompanharíamos com maior frequência.

No entanto outros indicadores complementares foram avaliados a fim de qualificarmos o acompanhamento das crianças, sem metas específicas, e percebemos evolução positiva em todos. Investigamos a proporção de crianças com

registro de peso na última consulta na ficha espelho e percebemos que no primeiro mês de intervenção esse número era reduzido apenas a 17 crianças que tinham esse registro (60,7%). No quarto mês saltamos para 83 crianças com registro em dia (89,2%), demonstrando mais uma vez a importância de manter os padrões da intervenção e da rotina baseados em protocolo. Veja o gráfico a seguir:

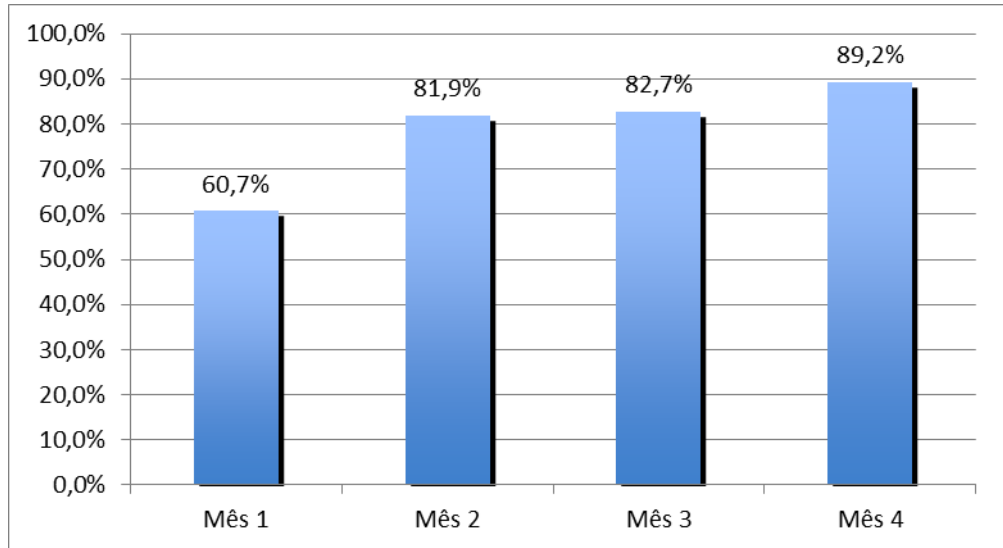


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro de peso da última consulta na ficha espelho.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Avaliamos também a proporção de crianças com déficit de peso. No primeiro mês de intervenção 7,1 % das crianças cadastradas estavam com algum déficit de peso, um valor igual a 2 crianças. No último mês esse número reduziu para 5,4%, ou seja, 5 crianças com déficit de peso. Importante ressaltar que o percentual reduziu por consequência do aumento do número de crianças cadastradas, mas o número de crianças com déficit de peso também aumenta paralelo ao maior número de cadastros, demonstrando a importância do acompanhamento de rotina das crianças da área para identificação de distúrbios de crescimento. Os dados são demonstrados no gráfico a seguir:

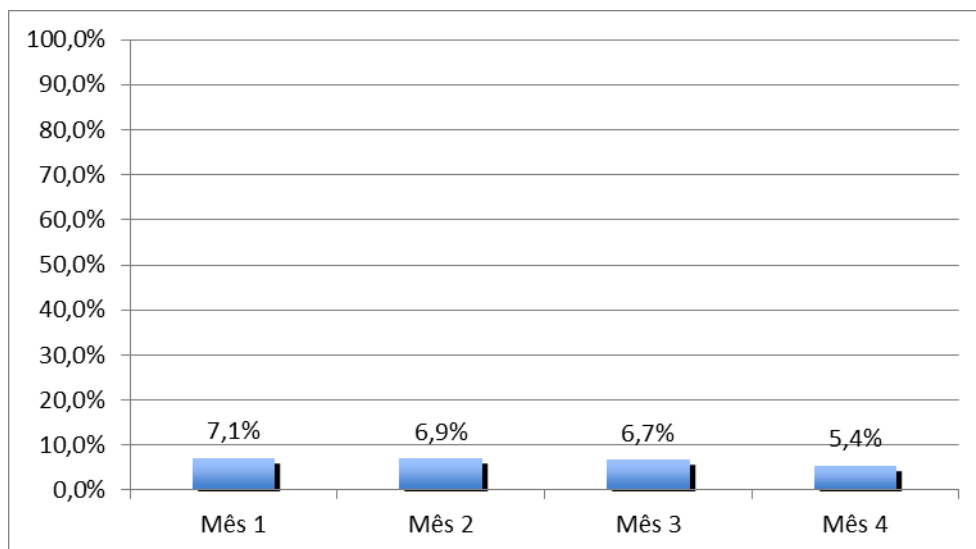


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Outro indicador observado, refere-se a proporção de crianças com excesso de peso. Esse indicador teve valor 0,0% em todos os meses de intervenção, sendo algo importante diante do universo da amostra, um total de 93 cadastradas ao final dos 04 meses de intervenção. No entanto, ainda é preciso manter a busca e investigação sobre aqueles que ainda não estão cadastrados e acompanhados nesse programa da unidade.

O último indicador que colhemos informação referente ao crescimento das crianças acompanhadas no serviço refere-se a proporção de crianças com curva de crescimento descendente ou estacionária. Vale lembrar que todas essas crianças tiveram seus nomes registrados na planilha de crianças com maior risco e vulnerabilidade para um acompanhamento mais rigoroso e foram encaminhadas ao atendimento com Pediatra, porém o número não teve oscilação relevante para o estudo como mostra o gráfico a seguir:

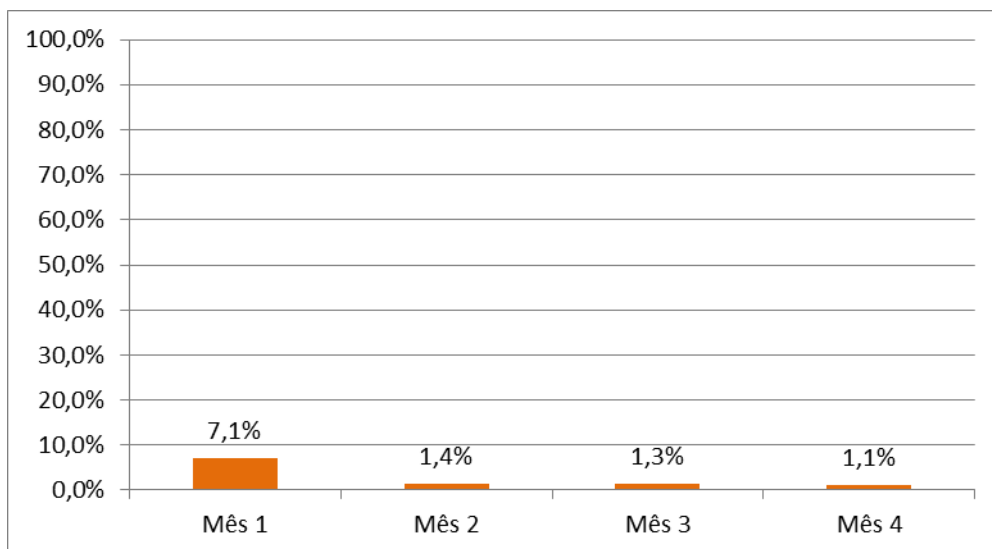


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de crianças com curva de peso descendente ou estacionária.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.

Para esse caso nós não conseguimos alcançar essa meta, chegando ao último mês de intervenção com um acompanhamento de apenas 89,2% das crianças que equivale a 83 crianças, porém houve um aumento significativo se compararmos com o primeiro mês de intervenção, que era de 50% apenas, ou seja, apenas 14 crianças. A grande dificuldade em alcançar a meta desse indicador está no grande número de atendimentos realizados acompanhado do grande número de informação que somos obrigados a repassar para a família, no momento da intervenção, acabando por suprimir alguns deles, como foi o caso da avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo. Mas entendendo essa avaliação como item essencial no atendimento com qualidade, ele será valorizado bem como os demais a partir desse momento.

O uso da planilha de desenvolvimento neuro-cognitivo anexados aos prontuários foram de grande importância para chegarmos a esse número. Acreditamos que com a proposta de continuidade das ações da intervenção esse número tende a chegar aos 100%, brevemente. Observe o gráfico a seguir para acompanhar a evolução dos dados:

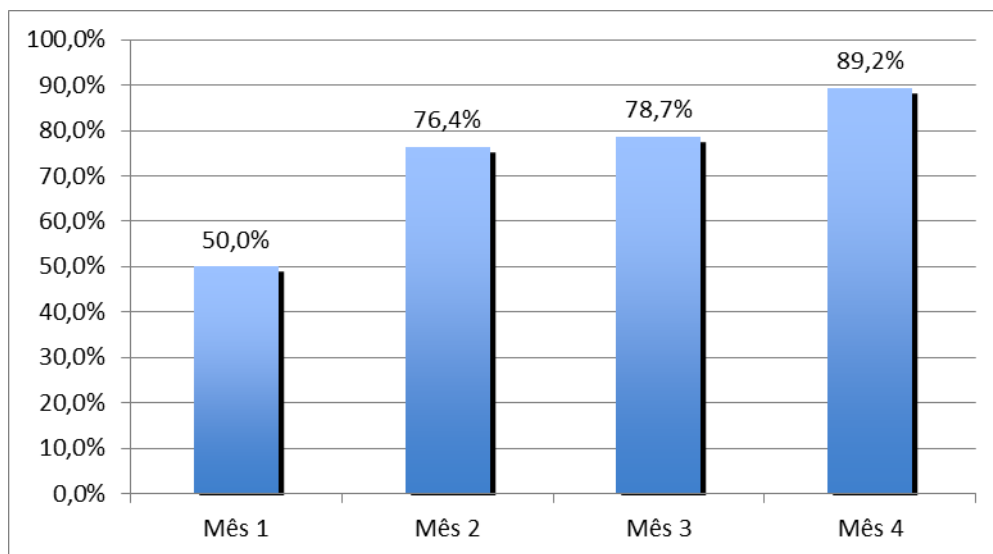


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 8: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade

Durante aplicação do projeto na meta de vacinação das crianças, de acordo a idade, fizemos a verificação minuciosa das cadernetas de vacina. Tivemos vacinas sem faltar no estoque. A vacinação já é algo implantado na mente de todas as famílias do município, como algo essencial para saúde das crianças há muitos anos. Por isso, não houve problema no alcance da meta. O fato do gráfico mostrar que uma criança não estava com vacina em dia justifica-se por uma criança citada no decorrer dos diários de intervenção, residentes no município porém com pais fugitivos da polícia impedia o acompanhamento com qualidade. Após a primeira consulta, a mãe fugiu com a filha e não tivemos mais contato. Observe o gráfico abaixo:

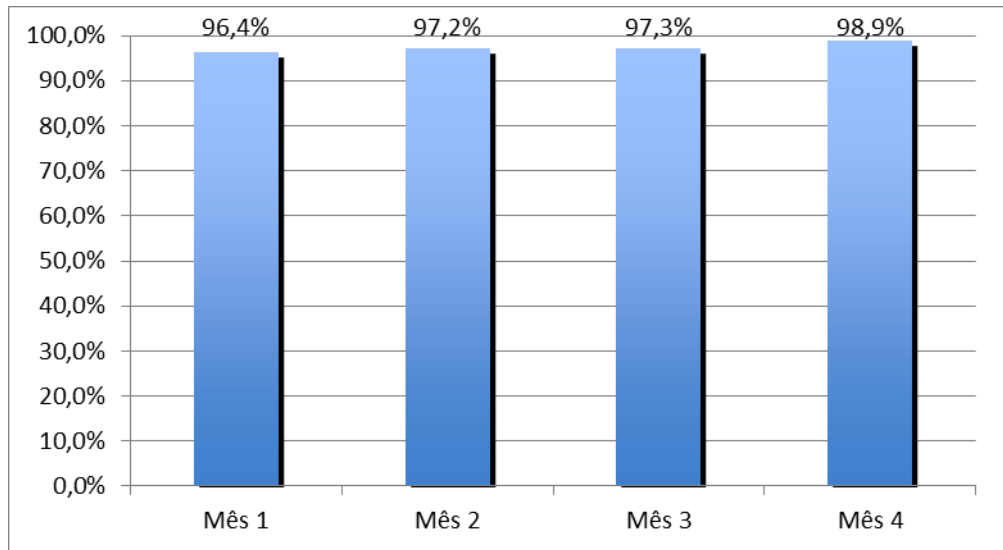


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 9: Realizar suplementação de ferro em 10% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças que receberam suplementação de ferro.

A suplementação de ferro é ação de grande importância na prevenção da anemia infantil, mas por conta das constantes falta do medicamento na farmácia da rede básica, pactuamos apenas uma meta de 10% no indicador que trata da suplementação de ferro em crianças de 6 a 18 meses. Levando em consideração que no terceiro e quarto mês de intervenção não houve falta do medicamento durante os meses de intervenção, 100% das crianças, equivalentes a 34 crianças na faixa etária preconizada receberam o sulfato ferroso, até o último mês de intervenção, como podemos observar no gráfico a seguir.

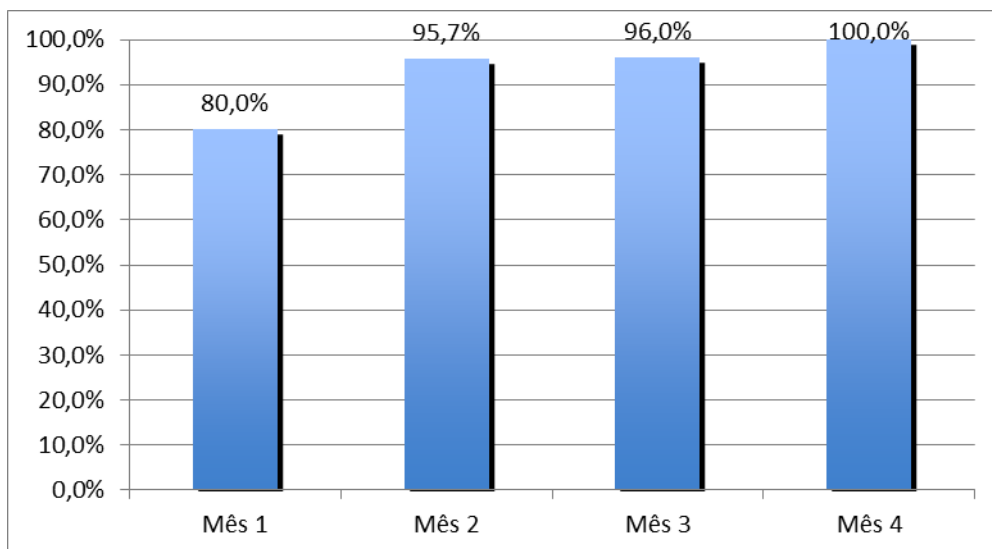


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 18 meses com suplementação de ferro.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 10: Realizar triagem auditiva em 5% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva

No momento que instituímos a meta da triagem auditiva em crianças no primeiro mês de vida, ficamos receosos, pois o serviço público não contava com o exame. Por meio da intervenção conseguimos a liberação do gestor para tal procedimento considerando o protocolo que refere idade ideal para realização desse exame os primeiros 30 dias de vida, dessa forma das 06 crianças recém-nascidas no último mês da intervenção conseguimos que uma realizasse o exame, chegando assim a um percentual de 16,7% de crianças com triagem auditiva em dia, apenas 01 criança, mas é importante destacar que todas os responsáveis das crianças receberam orientação e requisição para realizar o exame, porém apenas uma no momento atendia aos critérios estabelecidos pela gestão a partir do protocolo de puericultura adotado (menores de 30 dias de vida) para realização do exame. Acredito que em breve esse indicador chegará aos 100%, todos os 6 recém nascidos, uma vez que essa proposta esteja instituída na rotina.

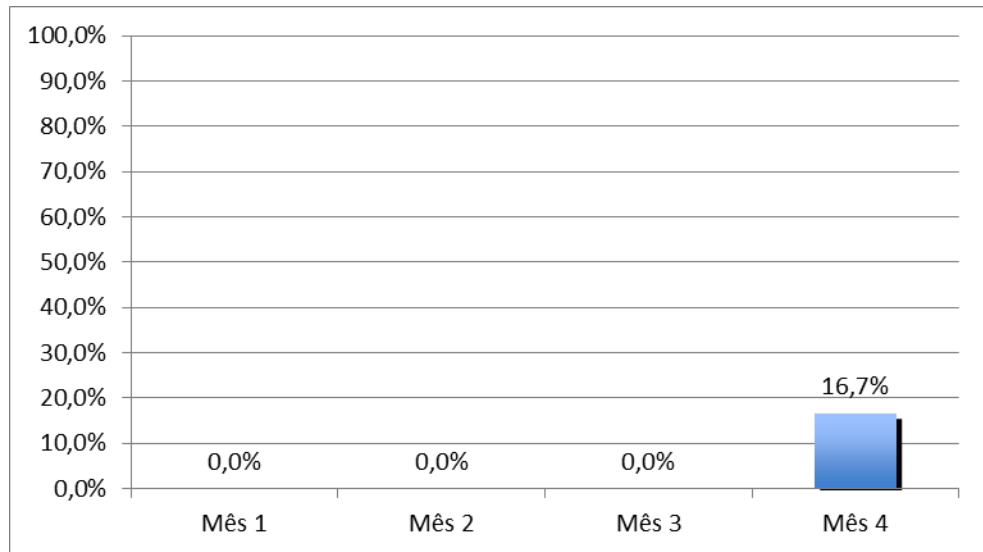


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 11: Realizar teste do pezinho em 90% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: Proporção de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Outra meta importante pactuada durante o projeto foi a de realizar teste do pezinho até os 7 dias de vida. Como planejado, as gestantes foram informadas durante o pré-natal da importância de realizar o teste e do período ideal para realização do mesmo. Além disso, toda equipe estava preparada para repassar essa informação. Possivelmente, graças a todo esse cuidado, foi que chegamos a meta de 100% das crianças, equivalente a 6 recém nascidos, que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida na maior parte dos meses da intervenção como mostra o gráfico a seguir:

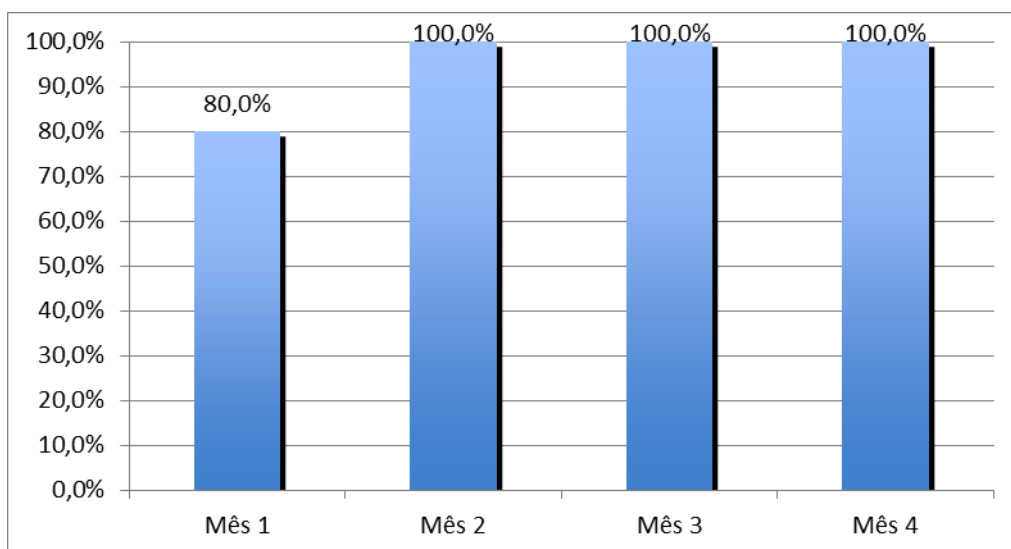


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado da última consulta e da vacinação na ficha-espelho.

A vacinação especificamente alcançou essa meta, visto que todas as crianças que compareceram ao serviço tiveram o seu cartão espelho atualizadas. Isso também foi pauta da reunião com a equipe, para reforçar a importância de tal conduta. As famílias também eram orientadas da importância de manter esse registro atualizado. Entretanto a ficha espelho de puericultura não foi atualizada em determinados momentos da intervenção devido a problemas técnicos já relatados (dificuldade de gerenciar o tempo, excesso de atendimento, descuido do profissional que realizou atendimento, etc.), mesmo assim alcançamos a meta de 96,8%, (90 crianças) um número bem próximo da meta prevista. Mas temos a convicção que essa análise foi realizada em 100% das crianças, apesar de não registrada O resultado está conforme o gráfico abaixo:

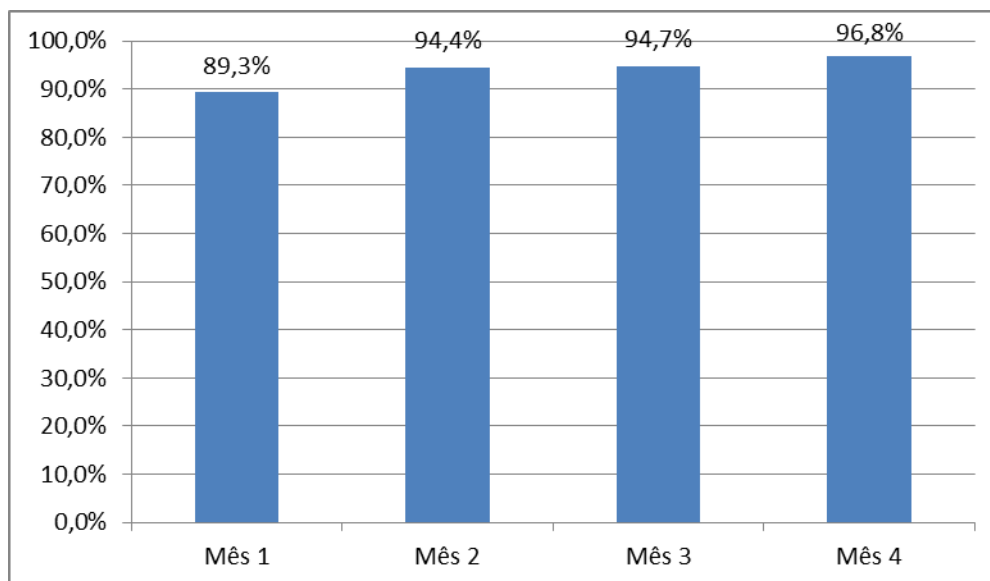


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado da última consulta e da vacinação na ficha-espelho.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

Meta 13: Realizar avaliação de risco para morbimortalidade em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco para morbimortalidade.

Outro objetivo que buscamos em nosso trabalho era o de mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência. Para a meta correspondente a esse objetivo nós criamos a ficha de registro de crianças (APÊNDICE B) com maior risco e vulnerabilidade. Dessa forma conseguimos alcançar a meta com 91,4% (85 crianças) com avaliação de risco em dia. Houve dificuldade em realizar a avaliação de risco durante o atendimento, e por isso foi agendado visita domiciliar, porém essa visita foi prejudicada em algumas situações específicas (transporte e localização de alguns pacientes) que prejudicou o alcance dessa meta. Segue o gráfico para demonstração dos dados:

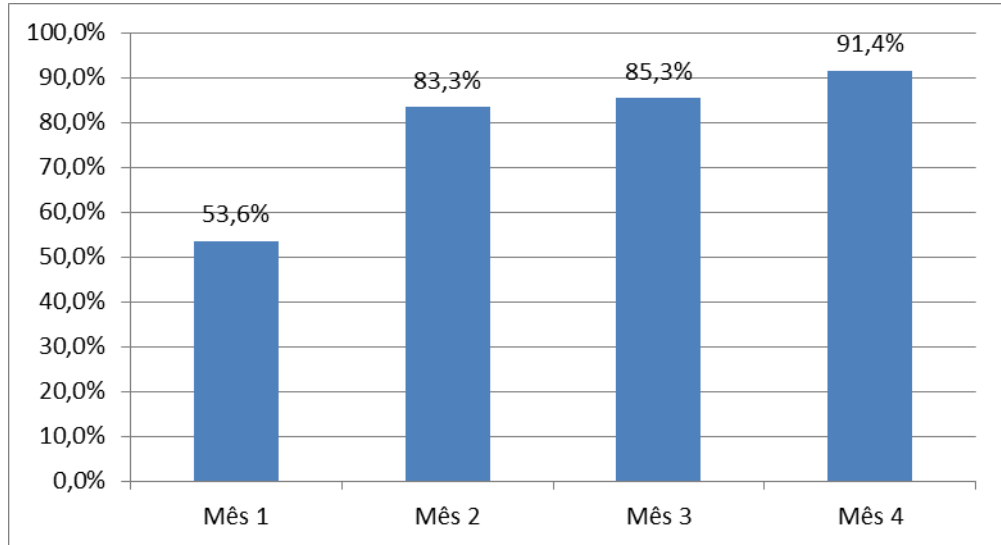


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde

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

Indicador: Proporção de responsáveis de crianças que receberam orientações sobre como evitar acidentes

Com objetivo de promoção da saúde, buscamos orientar as famílias sobre prevenção de acidentes. Diante das várias orientações passadas durante as consultas, além do exame físico, muitas informações eram omitidas durante o atendimento. Exatamente por esse motivo, no primeiro mês da intervenção constatamos que orientávamos apenas 35,7% das famílias sobre prevenção de acidentes, equivalente a 10 famílias. Conseguimos uma grande evolução até o final da intervenção, quando já orientávamos 74,2% das famílias, ou seja, 69 pais/responsáveis foram orientados, mas infelizmente não alcançamos nossa meta de 100%. De qualquer forma acredito que essa evolução é de grande importância e demonstra claramente que com a continuidade do processo de orientação, brevemente todas as famílias serão orientadas. Planejamos conseguir junto com a Secretaria de Saúde vídeos e panfletos que levassem orientação sobre a prevenção de acidentes na infância, mas isso não foi executado. Segue a planilha com os números referente a esse indicador:

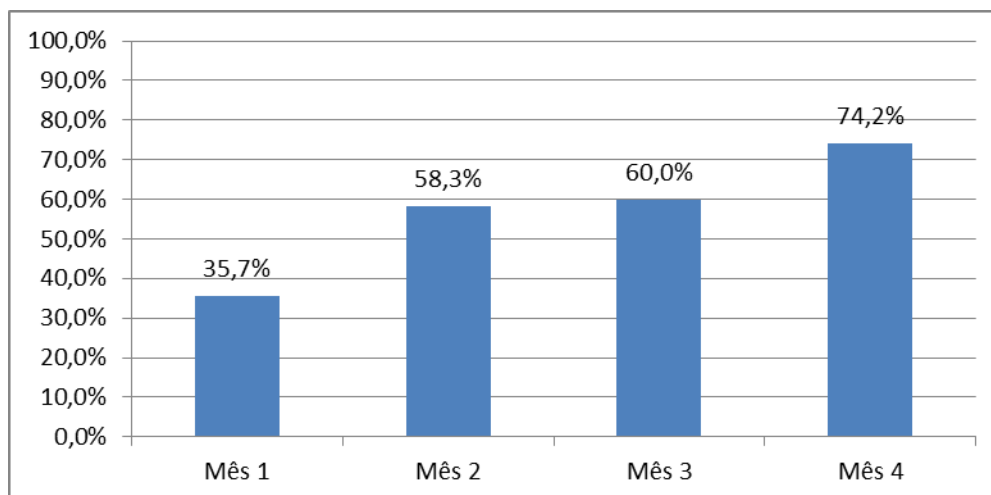


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de responsáveis de crianças que receberam orientações sobre como evitar acidentes.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 15: Saúde Bucal: Garantir acompanhamento odontológico periódico a 40% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com acompanhamento odontológico em dia.

Ainda no mesmo objetivo de promoção da saúde, mas na meta de garantir o acompanhamento odontológico, planejamos fazer o registro da seguinte forma: o monitoramento dessa meta seria através de uma ficha específica criada para esse monitoramento. O cirurgião-dentista repassaria mensalmente a lista de crianças que realizou atendimento odontológico. Além disso, registramos na ficha da intervenção os seguintes indicadores complementares: Proporção de crianças com primeira consulta odontológica; Proporção de criança com tratamento odontológico concluído; Proporção de crianças com avaliação de risco para saúde bucal; Proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie; Proporção de crianças que receberam orientação nutricional do odontólogo.

Considereei essa meta uma das mais difíceis de ser alcançada nessa intervenção, com base na minha realidade. Na estratégia de agentes comunitários de saúde não há um cirurgião dentista na equipe, mas independente disso cabe à gestão de saúde municipal disponibilizar o profissional para prestar assistência a sua população. Isso acontece em nossa unidade, existindo uma profissional que dá esse suporte. Entretanto, a demanda é extremamente alta, inclusive com procedimentos de urgência. Não houve possibilidade de fazermos um planejamento voltado para puericultura, mesmo que fosse uma vez durante a semana. Levamos a questão para o gestor de saúde e ficou clara a necessidade de: 1. Realizar contratação de mais

um profissional; 2. Fortalecer a política de prevenção e promoção de saúde bucal, evitando em longo prazo aumento do número de doenças e consequentemente urgências odontológicas nos serviços de saúde.

Em curto prazo poderia apenas realizar orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie, mas no primeiro mês de intervenção não sabia que essa orientação poderia ser realizada por mim, enfermeiro. Após perceber que essa orientação poderia ser oferecida por todos os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, passou-se a realizar rotineiramente e chegamos a orientar 73,1% das famílias (68 pais/responsáveis).

Segue abaixo o gráfico referente ao indicador que tange a realização de orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie. Para os demais indicadores citados nesse comentário acima, não houve resultado, por não terem sido realizadas ações relacionadas aos mesmos, pelos motivos já citados acima.

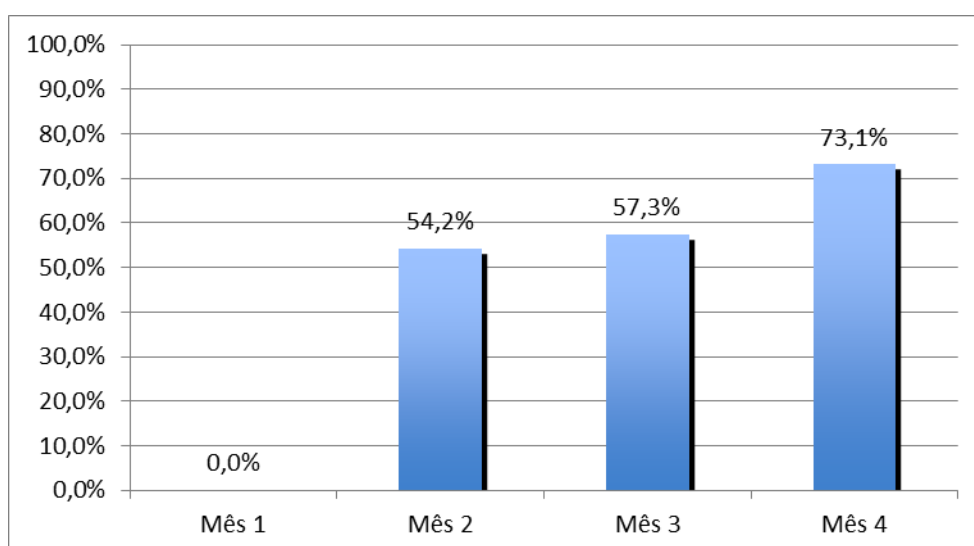


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal e prevenção de cárie.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 16: Alimentação Saudável: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses por meio de orientação de 60% das mães das crianças dessa faixa etária.

Indicador: Proporção de famílias orientadas quanto aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida

Pensando na importância de promover essa meta. Tratava-se de uma meta fácil, considerando que essa orientação já fazia parte da rotina, antes mesmo da intervenção. Assim, em todos os meses da intervenção essa orientação foi realizada em 100% das consultas, conforme gráfico abaixo. Ainda nessa proposta de criar

uma alimentação saudável aos menores de 06 meses de idade, por meio do aleitamento materno exclusivo, aproveitamos para monitorar o número de crianças que eram colocadas para mamar durante a consulta, com objetivo de passar orientações sobre a “pega” correta. Inicialmente apenas 40% (02 crianças) das crianças foram colocadas, pois essa não era uma prática da rotina, mas após o primeiro mês de intervenção 100% (6 crianças) das mães passaram a colocar a criança para mamar frente ao profissional de saúde, que repassava as orientações sobre amamentação. Os gráficos referentes a essa meta serão mostrados a seguir.

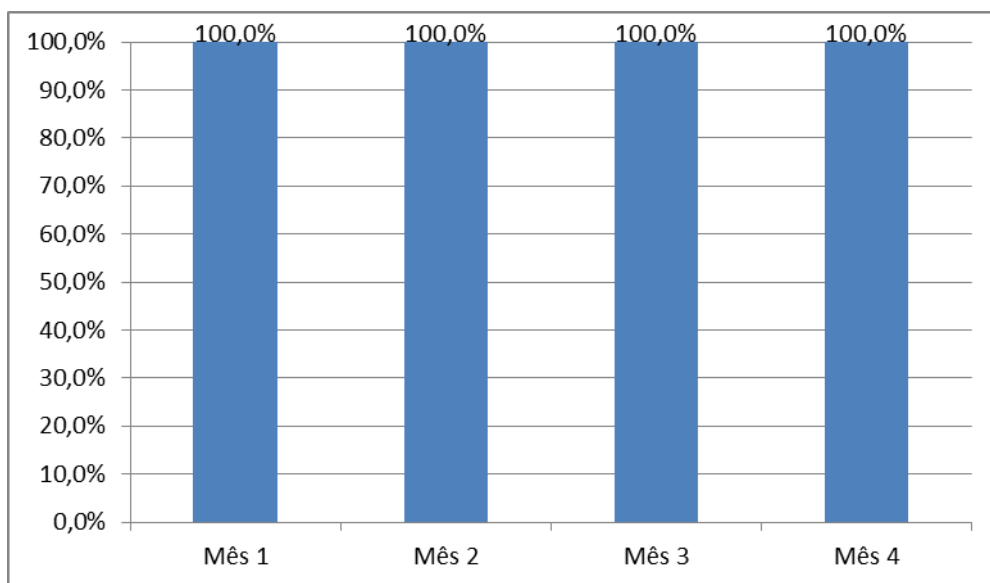


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de famílias orientadas quanto ao aleitamento exclusivo até os 6 meses de vida.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

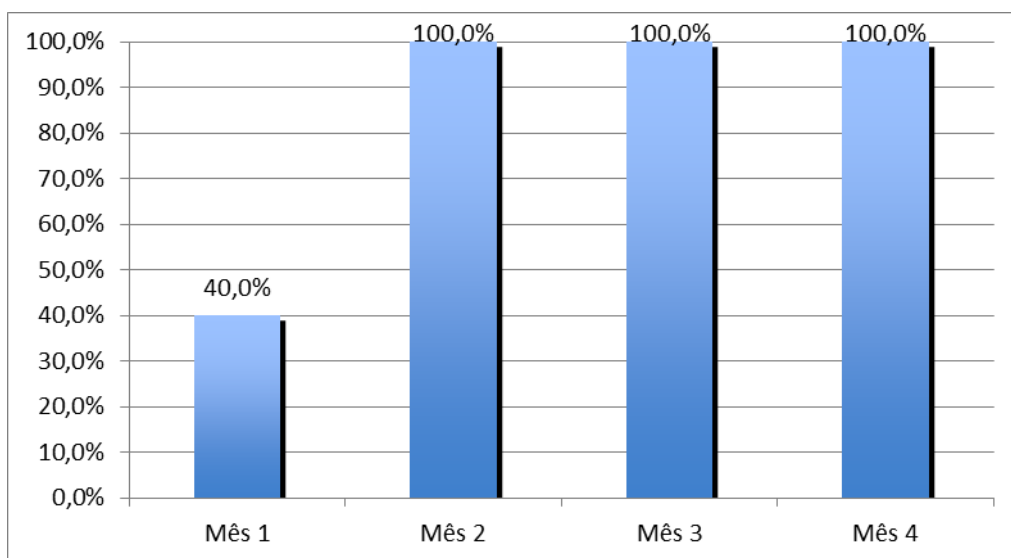


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 17: Alimentação Saudável: Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

Indicador: Proporção de famílias orientadas quanto alimentação complementar do lactente após 6 meses de idade.

Dando continuidade a promoção da saúde, planejamos também orientar em consulta as famílias sobre alimentação complementar, a partir do 6 meses de vida. Essa já era uma rotina das consultas e que ganhou um reforço a partir do momento que criamos um impresso com a dieta da criança para cada mês, isso facilitou bastante o processo de orientação, pois otimizou o tempo e facilitou entendimento e consequentemente a adoção dessa dieta por parte das famílias.

No primeiro mês uma das famílias não foi orientada, equivalente as 26 crianças menores de 6 meses, conseguindo alcançar um total de 98,2% de famílias orientadas, provavelmente por alguma intercorrência durante o atendimento, mas nos meses seguintes todos os 73 pais foram orientados, alcançado a meta de 100% de pais/responsáveis orientados, como mostra o gráfico a seguir.

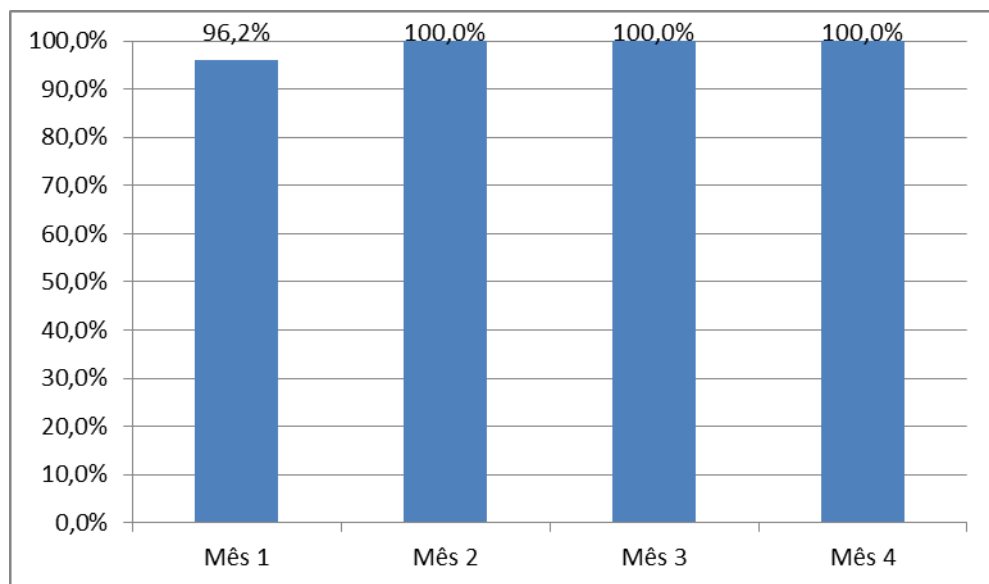


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de famílias orientadas quanto a alimentação complementar do lactente após 06 meses de idade.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

Indicador: Proporção de crianças que receberam orientação nutricional.

Ainda se falando em alimentação saudável, monitoramos o número de famílias que receberam orientação nutricional durante as consultas de puericultura. Como dito anteriormente, essa já era uma prática rotineira, auxiliada com os

impressos de dieta para cada mês na infância e rigorosamente acompanhada durante a intervenção. Por isso, em todos os meses de intervenção essa meta foi alcançada (100%), orientando 93 crianças acompanhadas de familiares ou responsáveis.

Relativos ao objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

Meta 19: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

Indicador: Proporção de famílias das crianças acompanhadas que receberam ações de promoção e/ou prevenção de saúde

Para a referida meta acima não havia uma tabela ou planilha específica para monitorarmos essa meta. Assim, esse monitoramento foi realizado baseado na ficha clínica (ANEXO B): como 100% das crianças (93 pacientes) tiveram a ficha preenchida no momento da consulta, e essa ficha configura-se como uma investigação dos fatores de risco e vulnerabilidade das famílias acompanhadas, realizamos o momento de promoção e prevenção a saúde de todas elas, de acordo as especificidades observadas de cada um, ou seja, todas foram orientadas quanto a promoção e prevenção de doenças. Não houve ações coletivas, as ações foram individuais, facilitando a adaptação da atividade educativa de acordo a realidade de cada família e em todos os meses conseguimos atingir os 100%.

Em alguns momentos foi necessário realizar articulações interinstitucionais para ampliar a oferta de ações e a oferta de qualificação para atividades de gestão em saúde, de fortalecimento do controle social. Por várias vezes encaminhamos algumas crianças para o serviço social, atendimento médico especializado e conselho tutelar principalmente.

Meta 20: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças.

Indicador: Proporção de famílias com avaliação de risco e vulnerabilidade

Também monitoramos o número de avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças. Para isso utilizamos a planilha de coleta de dados que constatou uma evolução significativa desse indicador, tendo em vista que não era uma prática de rotina do serviço e que passou a ser incorporada gradualmente durante o trabalho de intervenção. Inicialmente apenas 53,6% das famílias foram

avaliadas, um total de 15 famílias. Até o final da intervenção esse número foi ampliado para 91,4% de famílias que equivale a 85 famílias, como mostra o gráfico a seguir:

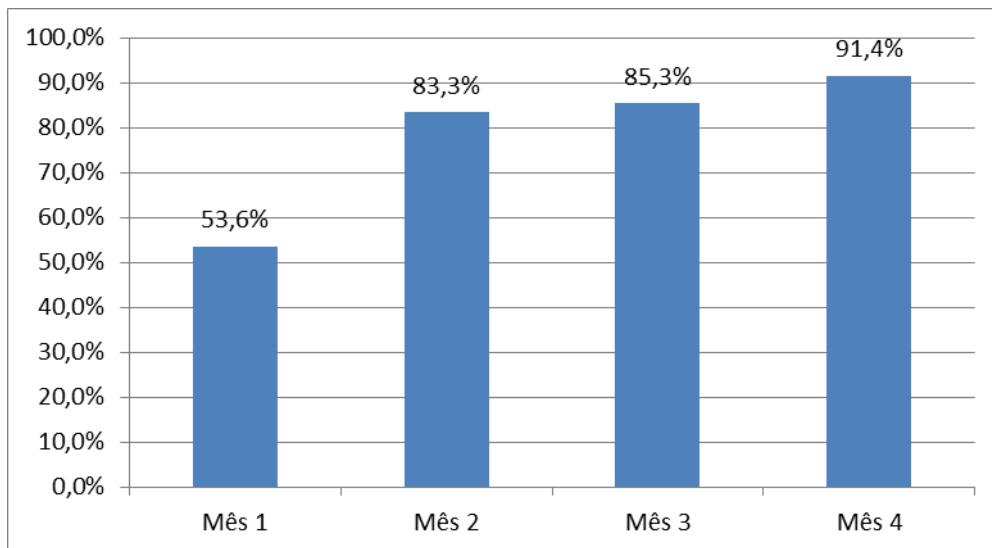


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de famílias de crianças com avaliação de risco e vulnerabilidade.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

4.2 Discussão

A intervenção que aconteceu no Centro de Saúde de Miguel Calmon no programa de Puericultura proporcionou uma grande melhoria na qualidade do atendimento que pode ser medida pelos comentários da equipe e da própria população atendida pelo serviço. Em termos quantitativos essa melhoria é representada pelos valores atingidos nas metas pactuadas e exposto no tópico anterior, Resultados. Conseguimos que muitas das crianças mantivessem o acompanhamento de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde, o que não era monitorado e levado com tanto rigor anteriormente.

Outra mudança significativa após a intervenção se refere aos registros desde ao registro de cadastramento e acompanhamento, até os registros nos prontuários e fichas de monitoramento. Hoje conseguimos ter uma visão geral e clara de todas as crianças que são acompanhadas no serviço, bem como do seu estado de saúde individual nos prontuários e fichas de registro.

Conseguimos também com a intervenção comprovar através de registros os indicadores que sabíamos que eram amplamente aderidos, mas não tínhamos como provar: a boa cobertura de vacinação, as orientações nutricionais repassadas durante atendimento e o monitoramento da curva de crescimento das crianças.

A intervenção também fez com que a equipe mudasse a visão que tinham sobre o programa de Puericultura. Os programas de Pré-natal e Prevenção do Câncer de colo e de mama sempre foram os programas em que os funcionários tinham maior cuidado. Após a intervenção a equipe percebeu a importância da Puericultura e de participar desse programa no intuito de proporcionar melhor qualidade de saúde para as crianças da área.

O enfermeiro responsável pelo atendimento tornou-se referência nas orientações e acolhimento das crianças na unidade, inclusive em outros locais da comunidade que não fazia parte da área de abrangência da UBS, mas toda equipe passou a integrar uma rede de cuidado integrada e fortalecida. Agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, médicos, enfim, todos demonstravam estar interessados na busca de mais qualidade no programa através da preocupação em seguir a nova rotina.

Importante ressaltar que todo esse processo de mudança não interferiu em nenhum momento na rotina da unidade. Os demais programas e serviços continuaram a acontecer normalmente, mas o fato do Programa de Puericultura ter recebido tantos elogios, naturalmente fez com que os demais serviços acontecessem com mais responsabilidade, para não ficar inferiorizado aos olhos da comunidade, e isso foi muito importante.

Seguindo todas as mudanças na rotina do serviço de puericultura planejadas durante a intervenção observou-se que a unidade sentia-se co-responsável na prestação de serviços para as crianças e as famílias, não mais concentrada essa demanda apenas no profissional de enfermagem como era antes da intervenção. E essa mudança foi importante também para os demais serviços prestados pela equipe para a comunidade, facilitando o fluxo e andamento do trabalho. A equipe tornou-se mais coesa e preocupada com os resultados finais dos serviços.

Obviamente como não conseguimos uma ampla cobertura de puericultura na área, esse impacto sobre a comunidade não foi tão extensivo, porém para aqueles que perpassaram o momento antes da intervenção e após intervenção perceberam nitidamente as mudanças: facilidade no momento do agendamento das consultas, orientação do ACS quando importância da puericultura, um atendimento que além do exame físico preza pela orientação para família (prevenção de acidentes, importância da suplementação de ferro, alimentação saudável, etc.), recebimento de

panfletos e tabelas que facilitam o acompanhamento no domicílio da saúde da criança e saída do consultório com próxima consulta já agendada.

A intervenção poderia ter sido facilitada se vários detalhes fossem diferentes: a maior disponibilidade do coordenador do projeto, o que causou pouco engajamento com a comunidade, com a equipe e com a própria gestão. A sensibilização da gestão de forma mais incisiva sobre a importância do projeto, pois a gestão tem uma visão ainda limitada em relação à infância, como um período que necessita de um cuidado com qualidade e a garantia de todo suporte e assistência ao seu crescimento e desenvolvimento, então eu tentaria: Realizar testes nas planilhas antes de iniciar a intervenção de fato, pois as incertezas e questionamentos acabaram por demandar maior tempo destinado ao preenchimento das mesmas; não ter concentrado grande parte das tarefas sobre uma única pessoa, o enfermeiro. Poderia ter realizado uma divisão de tarefas entre a equipe, que certamente levaria ao alcance de alguns indicadores.

Após essa primeira experiência trabalharemos todas essas dificuldades listadas anteriormente no intuito de corrigi-las, para incorporar as ações da intervenção na rotina do serviço. Após a correção dessas falhas, acredito que todas as ações passariam a ser viáveis e as metas seriam alcançadas com facilidade. Relendo o protocolo do Ministério da Saúde, referente à Puericultura, certamente encontrarei outros aspectos importantes que possam ser acrescentados nas ações programáticas, um dos principais já encontrados está relacionado ao exame físico da criança, algo pouco trabalhado na intervenção (relacionado apenas ao crescimento e desenvolvimento), mas que pode ser mais detalhado agora, acrescentando, por exemplo, a avaliação dos reflexos. Outra ação que pode ser incorporada a intervenção se refere ao teste do olhinho, exame de extrema importância para detectar alterações visuais e que deve ser realizado na primeira consulta do recém nascido e repetido aos 2, 4, 6 meses e 2 anos na atenção básica (BRASIL, 2004).

Todo o projeto apresenta viabilidade de incorporação a rotina da unidade e das demais equipes do município, baseado na sua fácil aplicação, boa aceitação da comunidade e da equipe, bastando apenas uma melhor articulação com a gestão.

4.3 Relatório de intervenção para os gestores

Ilmo. Srº Gestor

Em junho do ano de 2012 iniciei o processo de intervenção no programa de saúde da criança no Centro de Saúde de Miguel Calmon. Durante 16 semanas a intervenção consistiu em readaptar o programa com base no protocolo do Ministério da Saúde. Para isso, foi preciso reorganizar todo o processo de agendamento, material utilizado, organização da equipe e do setor de trabalho, planejar capacitações com a equipe e divulgação para a comunidade, o que não gerou ônus ou outros transtornos para o serviço. Além disso, obtemos um produto gratificante: uma assistência de qualidade.

A partir desse projeto, conseguimos também traçar o perfil do programa de puericultura na unidade, antes e após a aplicação do mesmo, que podemos comparar com as demais unidades de saúde do município e consequentemente redefinir a forma de trabalho para alcançar resultados tão bons quanto esse.

Foram quatro meses de intervenção e conseguimos perceber que as crianças do nosso município estavam desassistidas: não compareciam ao serviço, não seguiam o atendimento, conforme protocolo do ministério da saúde; não realizavam os exames que deveriam realizar por direito; não realizavam acompanhamento em saúde bucal; e as famílias não eram orientadas como deveriam proceder durante o atendimento.

Além disso, foi percebido que os profissionais que atuam na assistência são bastante envolvidos com a gerência da unidade e em outras atividades extras, que acabam por deixá-los ausentes inúmeras vezes, prejudicando o andamento do serviço.

Importante também lembrar que os profissionais não estavam sendo capacitados como deveriam, percebemos isso a partir de relatos durante as capacitações que fizemos nesse período.

Felizmente, os resultados da intervenção forem bem positivos. Conseguimos criar formas de monitorar a frequência das crianças no programa, e agilizar a busca ativa dos faltosos, bem como monitorar com maior cuidado aquelas que apresentam maior risco e vulnerabilidade. Conseguimos articular com a secretaria de saúde do município para realização do teste oftalmológico dos recém-nascidos; passamos a realizar orientações para as famílias durante o atendimento, que antes não eram realizadas; criamos fichas que facilitam o acompanhamento das

informações colhidas durante o atendimento; capacitamos toda equipe para realizar atendimento, conforme protocolo do Ministério da Saúde. De qualquer forma conseguimos perceber quais dificuldades as crianças enfrentam para ter o atendimento em saúde bucal. A partir disso traçamos planos para inserir esses indivíduos nas consultas com o cirurgião dentista, porém isso vai depender se a gestão estará comprometida em disponibilizar maior número de atendimento com esse profissional, aumentando sua carga horária ou adicionando um novo profissional ao quadro.

Com a intervenção, conseguimos também alguns dados que demonstram como alguns setores do serviço funcionam de forma gratificante: as crianças mantêm o calendário vacinal em dia; usam o suplemento de ferro, conforme preconizado; realiza o teste do pezinho no período ideal; o monitoramento do crescimento é realizado efetivamente; e as famílias recebem orientação adequada quanto à alimentação e nutrição.

Não posso esquecer que: o espaço de vivência e educação na saúde não pode ser negado; a participação de voluntários e estagiários no serviço foi de grande relevância, pois com eles conseguimos agilizar o processo de trabalho com qualidade.

Diante dessas informações é de extrema importância que a continuidade do projeto não seja interrompida pelos profissionais da unidade, principalmente pelo que me substitui na equipe, também que todas as demais equipes do município sejam capacitadas, conhecendo o projeto e aplicando a sua unidade, com base na realidade que encontrarão.

Por fim, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos sobre o processo ocorrido e espero que as alianças sejam fortalecidas, haja vista os impactos positivos gerados e a consciência que há muitos obstáculos a serem vencidos, justificados inicialmente nas metas que não alcançamos o ideal de 100%.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Em junho do ano de 2012 dei início a um projeto de intervenção no Centro de Saúde de Miguel Calmon. O projeto consistiu em realizar mudanças no programa de Puericultura (Atendimento a crianças) na unidade, na tentativa de buscar mudanças positivas, melhorando a nossa qualidade.

Como todos já sabem, houve mudanças políticas, mudou-se o Prefeito e os vereadores, isso quer dizer que muitos funcionários da prefeitura seriam remanejados ou demitidos e todo processo de compra, liberação e distribuição de material, equipamentos e medicamentos seria temporariamente mais vagarosa, isso foi um dos motivos que fez com que nosso projeto atrasasse um pouco.

Primeiramente eu queria intervir no Programa voltado ao paciente Hipertenso e Diabético – HIPERDIA, mas como essa intervenção exigia muito mais de mim, da equipe e da gestão, sabia que não haveria condições naquele momento.

Na equipe do PACS URBANO trabalha o enfermeiro e seus Agentes Comunitários de Saúde, que atende toda população através dos programas, mas também trabalha conosco técnico de enfermagem, cirurgião dentista, médicos, recepcionistas. Então, todos precisavam mudar sua forma de trabalho para que o objetivo da intervenção fosse alcançado.

Houve momentos que precisei fechar as portas da unidade para realizar reuniões e capacitações. Também foi necessário mudar o dia de atendimento de puericultura, a forma de agendamento e principalmente a rotina do atendimento, porém tudo isso foi feito para melhorar a qualidade com que atendemos suas crianças.

Toda população assustou-se quando o ACS solicitou comparecimento de todos os menores de 6 anos, pois era de costume que o atendimento acontecesse apenas até aos 2 anos, mas como explicamos para todos: isso fazia parte da mudança para atendermos, conforme pede os manuais.

Muitas vezes eram realizadas perguntas e orientações que pareciam bobas ou repetitivas, mas tudo aquilo fazia parte de um processo de educação que visa a promoção e prevenção da saúde das crianças da comunidade.

Fico muito feliz, pois várias famílias comparecem assiduamente as consultas, concentram-se nas orientações, seguem a risca as recomendações e comparecem as consultas quando são encaminhadas, porém muitos pais não tem o mesmo compromisso com a saúde dos seus filhos. Por isso, o processo de intervenção aconteceu de forma igual para todos, mas com maior atenção aos pais descuidados.

Peço desculpas a todos, pois muitas vezes fui obrigado a me ausentar da unidade, mas garanto que sempre avisei antecipadamente remarcando as consultas e que as saídas eram sempre por bons motivos para todo o município.

Nem é preciso eu listar todas as mudanças que aconteceram no atendimento, certamente todos perceberam as mudanças e confiam em nossa equipe, que passa garantia em cada atendimento.

Certamente a partir desse momento outras mudanças não vão deixar de acontecer, pelo contrário, quando iniciarmos a intervenção nos demais programas as mudanças serão ainda mais percebida por todos vocês, mas tenham a certeza que nunca deixaremos de atender a todos com todo cuidado que sempre tivemos.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

A tarefa de realizar uma intervenção tão bem monitorada em uma unidade de saúde tão complexa foi cansativa e desafiadora, isso sem mencionar que foi um processo acompanhado virtualmente pelo orientador. Confesso que não imaginava que esse curso seria tão aproveitado e que a intervenção seria tão transformadora na forma de oferecer assistência com maior qualidade as crianças e suas famílias. Posso inclusive afirmar que o princípio da integralidade na assistência passa a se concretizar a partir desse momento.

Além do projeto, os casos clínicos trabalhados durante o curso permitiu o acesso a muitos materiais públicos e gratuitos do Ministério da Saúde que antes não eram conhecidos pelo próprio profissional de saúde e dessa forma deu acesso ao conhecimento e aprofundamento técnico profissional.

Posso citar como exemplo o Manual de Rotina de Triagem Neonatal criado pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, trabalhado após realização do Teste de Qualificação Cognitiva, que não era do meu conhecimento. Após estudo e discussão com a equipe, reorganizamos a logística na realização da coleta, envio e entrega do resultado desse exame na unidade de saúde.

A partir dos fóruns foi possível conhecer outros profissionais de saúde de outros municípios, dividindo experiências e conhecendo outras realidades, hoje tenho contatos profissionais de pessoas de diferentes locais do país.

O curso contribuiu de tal forma para meu aprimoramento técnico científico que hoje recomendo para colegas, garantindo a qualidade do conteúdo. Tenho um legado de conhecimento e material didático em saúde da família que carregarei com muito orgulho.

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em 20 mar. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 273p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em 20 fev. 2014.

CAMPOS, R.M.C.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V.; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura: vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 mar. 2013.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura**. Fortaleza. 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/58622595/13224112-Manual-Puericultura-Brasil->>. Acesso em: 16 mar. 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292120>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA ESPELHO DA INTERVENÇÃO EM PUERICULTURA DO CENTRO DE SAÚDE DE MIGUEL CALMON

FOLHA 1

Nº Criança	Nome da Criança	Idade (meses)	Sexo	A mãe fez pré-natal na UBS?*	Cumprimento Periodicidade*	Foi registrado peso na ficha espelho na última consulta? *	Déficit de Peso *	Excesso de Peso *	A criança está com curva de peso estacionária ou descendente?*	Avaliação do desenvolvimento neuro-cognitiva em dia?*	Vacinação em dia? *	A criança realizou teste do pezinho antes dos 7 dias d vida?*	Realizou triagem auditiva *	Foi observada mamada na 1ª consulta?	Foi realizada avaliação de risco?*	Entre 6-18 m recebeu supl. Ferro *	A criança está com tratamento odontológico concluído?*	A criança está com avaliação de risco para saúde bucal?*	A família da criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	

* S para Sim e N para Não

APÊNDICE B - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS COM RISCO PARA MORBIDADE/MORTALIDADE

PERÍODO: _____

Nº da Criança	Nome da criança	Justificativa	Data da inclusão	Data da exclusão	Atraso no acompanhamento? *	Encaminhamento para serviços especializados? *	Realização de atividade educativa com família? *	Realizada avaliação de risco com família? *

* **S** para SIM e **N** para Não.

ANEXOS

ANEXO A – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

ABA DADOS DA UBS

Informações da sua UBS:		Marque com X	
		SIM	NÃO
1	2		
3	4		
5	6		
7	8		
9	10		
11	12		
13	14		
15	16		
17	18		
19	20		
21	22		
23	24		
25	26		
27	28		
29	30		
31	32		
33	34		
35	36		
37	38		
39	40		
41	42		

DENOMINADORES		MÊS	1MÊS	2MÊS	3MÊS	4
1	2					
3	4					
5	6					
7	8					
9	10					
11	12					
13	14					
15	16					
17	18					
19	20					
21	22					
23	24					
25	26					
27	28					
29	30					
31	32					
33	34					
35	36					
37	38					
39	40					
41	42					
43	44					
45	46					
47	48					
49	50					
51	52					
53	54					
55	56					
57	58					
59	60					
61	62					
63	64					
65	66					
67	68					
69	70					
71	72					
73	74					
75	76					
77	78					
79	80					
81	82					
83	84					
85	86					
87	88					
89	90					
91	92					
93	94					
95	96					
97	98					
99	100					

OBSERVAÇÕES	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

DENOMINADORES PARA O INDICADOR 1 DA SAÚDE DA CRIANÇA		MÊS	1MÊS	2MÊS	3MÊS	4
1	2					
3	4					
5	6					
7	8					
9	10					
11	12					
13	14					
15	16					
17	18					
19	20					
21	22					
23	24					
25	26					
27	28					
29	30					
31	32					
33	34					
35	36					
37	38					
39	40					
41	42					
43	44					
45	46					
47	48					
49	50					
51	52					
53	54					
55	56					
57	58					
59	60					
61	62					
63	64					
65	66					
67	68					
69	70					
71	72					
73	74					
75	76					
77	78					
79	80					
81	82					
83	84					
85	86					
87	88					
89	90					
91	92					
93	94					
95	96					
97	98					
99	100					

DENOMINADORES PARA O INDICADOR 10 DA SAÚDE DA CRIANÇA		MÊS	1MÊS	2MÊS	3MÊS	4
1	2					
3	4					
5	6					
7	8					
9	10					
11	12					
13	14					
15	16					
17	18					
19	20					
21	22					
23	24					
25	26					
27	28					
29	30					
31	32					
33	34					
35	36					
37	38					
39	40					
41	42					
43	44					
45	46					
47	48					
49	50					
51	52					
53	54					
55	56					
57	58					
59	60					
61	62					
63	64					
65	66					
67	68					
69	70					
71	72					
73	74					
75	76					
77	78					
79	80					
81	82					
83	84					
85	86					
87	88					
89	90					
91	92					
93	94					
95	96					
97	98					
99	100					

VOLTAR

Avançar

ANEXO B – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



PREFEITURA DE MIGUEL CALMON SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Prontuário: _____

Nº de matrícula: _____

ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: M F NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

NOME DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: _____ A: _____ MA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

DATA DA ADMISSÃO: ___/___/___

DATA DA ALTA: ___/___/___ JUSTIFICATIVA: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOSFez Pré-Natal? Sim Não Nº de consultas: _____ Foi imunizada com dT? Sim Não

Nº de partos: _____ Intercorrências: _____

CONDIÇÕES DO RN AO NASCERTempo: Prematuro (___ sem) A termo Pós-termo Local: Em casa MaternidadeTipo de Parto: Natural Cesáreo Fórceps Registrado? Não Sim CN: _____Peso(g): _____ Comprimento (cm): _____ PC(cm): _____ PT(cm): _____ Ictericia: Sim Não

APGAR 5: _____ Intercorrências: _____

EXAME FÍSICO

Idade: _____ Peso(g): _____ Comprimento (cm): _____ PC(cm): _____ PT(cm): _____

PA(cm): _____ Temp. (°C): _____ Ativo HipotivoReflexos: Presentes Ausentes Cabeça: _____ F. Lambdóide (2): Aberta FechadaF. Bregmática (9-24): Aberta Fechada Normotensa Abaulada DeprimidaPele: Hidratada Desidratada Turgor: _____ Elasticidade: _____

MMSS: _____ MMII: _____

Tórax: _____ Abdome: _____ Coto umbilical: _____

Órgãos genitais: _____ Aspecto higiênico: Satisfatório Insatisfatório

Orientações: _____

HISTÓRICO ALIMENTARMama? Sim Não Só mama? Sim Não Substituto do leite materno: _____
QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DE VACINAÇÃO EM PRONTUÁRIO GERAL

REAÇÕES ADVERSAS A IMUNOBIOLOGICOS _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

Teste do Pezinho _____ Data da coleta _____

Cor da pele _____ Grupo sanguíneo/Fator Rh _____

O que foi introduzido na alimentação e qual o estado nutricional

MESES	ALIMENTOS	E. NUTRICIONAL
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		
11º		
12º		

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

	DATA	IDADE (meses)	PESO (g)	ALTURA (cm)	P.C. (cm)	P.T. (cm)	P.A. (cm)	TEMP. (°C)	Encaminhamentos
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Suplemento de Ferro: Acompanhamento no Impresso próprio em anexo.

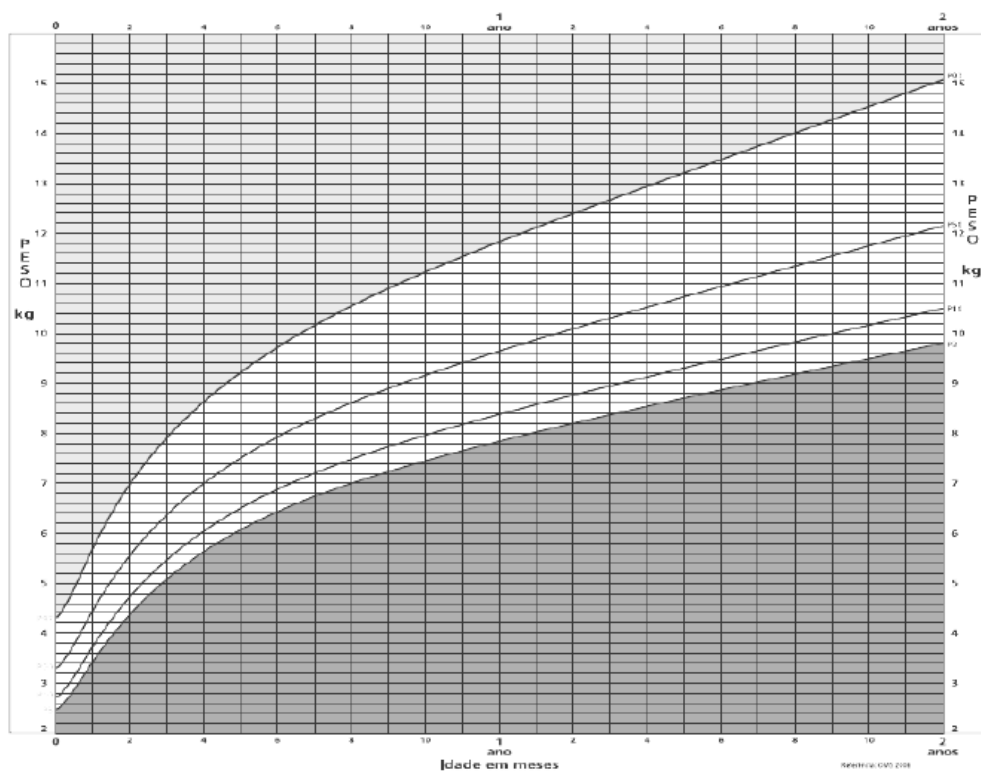
Assinatura da/o Enfermeira/o
[v.08_03/2012]

<i> Marcos do desenvolvimento / Idade (meses)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
Albre e fecha os braços em resposta à estimulação (<i>Moro</i>)														
Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada														
Olha para a pessoa que a observa														
Dá mostras prazer e conforto														
Fixa e acompanha objetos em seu campo visual														
De braços, levanta a cabeça momentaneamente														
Arunha e sorri espontaneamente														
Começa a diferenciar dia/noite														
Postura: passa da posição lateral para linha média														
De braços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço														
Emite sons - balbúcia														
Conta com a ajuda de outras pessoas mas não fica passiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
Rola da posição supina para prona														
Levantada pelos braços, ajuda com o corpo														
Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro														
Reconhece quando se dirigem a ela														
Senta-se sem apoio														
Segura e transfere objetos de uma mão para outra														
Responde diferentemente a pessoas familiares ou estranhos														
Imita pequenos gestos ou brincadeiras														
Afasta-se ou engatinha														
Pega objetos usando o polegar e o indicador														
Emprega pelo menos uma palavra com sentido														
Faz gestos com a mão e a cabeça (ex.: tchau, não, bate palmas, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
 Marcos do desenvolvimento	10	11	12	13	14	15	18	21	24	36	48	54	66	
Anda sozinho, raramente até 10 a 15														
Tira sozinho qualquer peça do vestuário														
Combina pelo menos 2 ou 3 palavras														
Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista														
Leva os alimentos à boca com sua própria mão														
Corre e/ou sobe degraus baixos														
Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente														
Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seus														
Veste-se com auxílio														
Fica sobre um pé, momentaneamente	10	11	12	13	14	15	18	21	24	36	48	54	66	
Usa frases														
Começa o controle esfincteriano														
Reconhece mais de duas cores														
Pula sobre um pé só														
Brinca com outras crianças														
Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, etc.)														
Veste-se sozinho														
Pula alternadamente com um e outro pé														
Altera momentos cooperativos e agressivos														
Capaz de expressar preferências e idéias próprias	10	11	12	13	14	15	18	21	24	36	48	54	66	

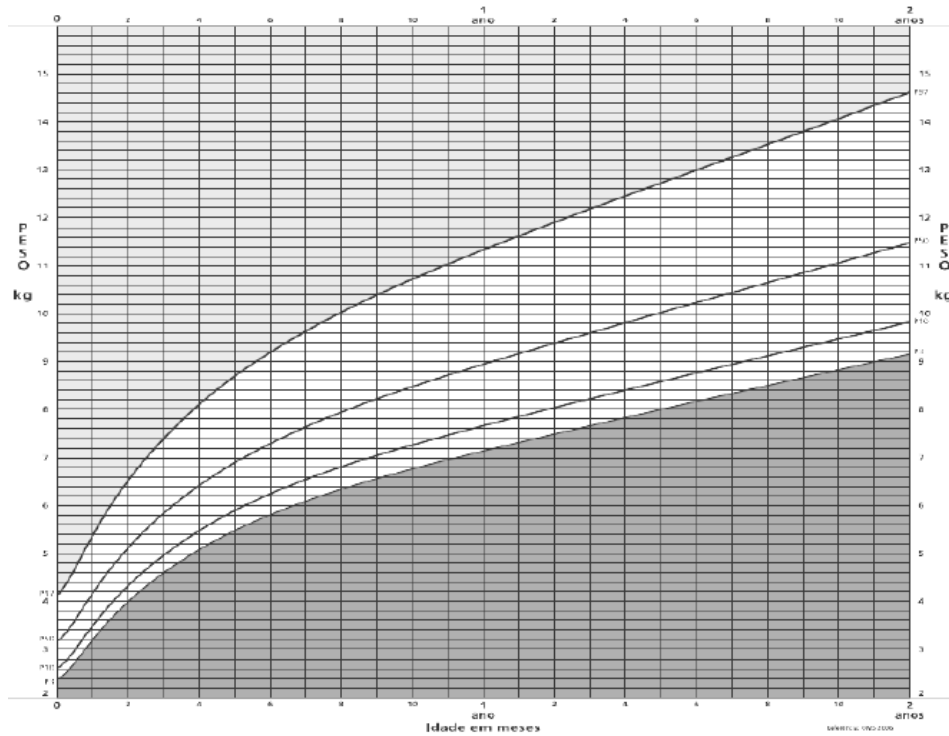
Em destaque: período em que 50% das crianças adquiriram o marco.

ANEXO C – Gráfico de Acompanhamento do peso.

MENINO

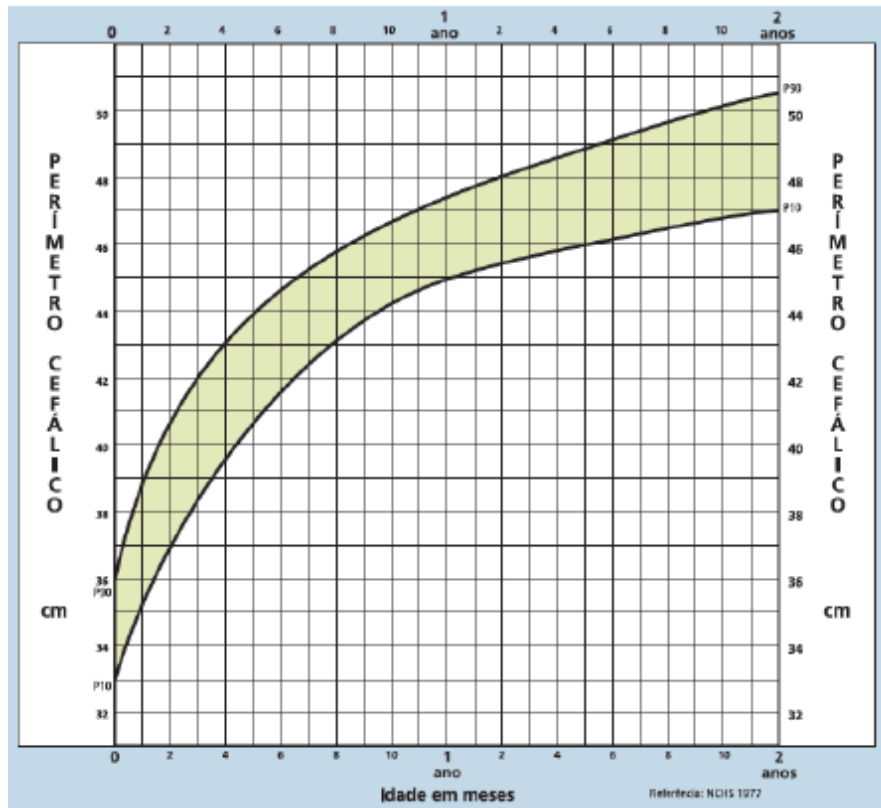


MENINA



ANEXO D – GRÁFICO DE DESENVOLVIMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO

Menino



Menina

