

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES DA ESF
PRICUMÃ DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA- RR**

SOLANGE CUNHA DE CARVALHO

Pelotas, 2015

SOLANGE CUNHA DE CARVALHO

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses da ESF Pricumã do
Município de Boa Vista- RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social ao Curso de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rogeane da Silva Borges

Pelotas, 2015

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

C331m Carvalho, Solange Cunha de

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses da ESF Pricumã do Município de Boa Vista- RR / Solange Cunha de Carvalho; Rogeane da Silva Borges, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Borges, Rogeane da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Agradecimentos

A Deus por clarear a minha mente, guiar os meus caminhos e manter a minha sanidade.

A minha família por entender a minha ausência nas horas extensas de dedicação ao curso, em especial ao meu esposo pelo apoio, compreensão e auxílio na correção dos textos.

A minha orientadora que manteve a minha esperança, me incentivou sempre, me ajudou em todas as horas que precisei, e me faz acreditar em um potencial que desconhecia ter.

A toda a equipe de saúde da UBS onde desenvolvi o meu trabalho, que me recebeu de forma muito acolhedora, se empenhou em todas as ações. A comunidade pelo carinho e parceria. A gestão pela oportunidade de qualificação.

Lista de figuras

Figura 1 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do Desenvolvimento. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses de idade com suplementação de ferro. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 9 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 10 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças que realizaram triagem auditiva. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 11 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 14 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 17 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 21 - Gráfico indicativo do Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de crianças que receberam orientações sobre saúde bucal. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Figura 24 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Lista de abreviaturas e/ou siglas

| | |
|----------|---|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| CASAI | Casa do Índio |
| CD | Crescimento e Desenvolvimento |
| DSEIS | Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissível |
| EAD | Ensino à Distância |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| HC | Hospital da Criança |
| HIPERDIA | Hipertensão e Diabetes |
| HMI | Hospital Materno Infantil |
| IBGE | Instituto de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| RR | Roraima |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta para o SUS |

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 10 |
| 1 Análise situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório da análise situacional | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional | 21 |
| 2 Análise estratégica | 22 |
| 2.1 Justificativa | 22 |
| 2.2 Objetivos e metas | 23 |
| 2.3 Metodologia | 26 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 27 |
| 2.3.2 Logística | 33 |
| 2.3.3 Indicadores | 46 |
| 2.3.4 Cronograma | 53 |
| 3 Relatório da intervenção | 54 |
| 4 Avaliação da intervenção | 56 |
| 4.1 Resultados | 56 |
| 4.2 Discussão | 71 |
| 4.3 Relatório da intervenção para gestores | 74 |
| 4.4 Relatório da intervenção para a comunidade | 78 |
| 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 80 |
| 6 Referência Bibliográfica | 82 |
| Anexos | 83 |
| Anexo 1 - Ficha espelho | 84 |
| Anexo 2 – Planilha de coleta de dados | 85 |

Resumo

CARVALHO, Solange Cunha de. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses da ESF Pricumã do Município de Boa Vista- RR.** 2015. 85f.; il. Especialização em Saúde da Família - Modalidade de Educação a Distância. Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de Pelotas.

A Unidade Básica de Saúde Pricumã, onde foi realizada a intervenção, está localizada na zona urbana e possui um modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família com uma área de cobertura de 4000 habitantes. Através da análise situacional foi possível a identificação da necessidade de melhorias no programa de Atenção à Saúde da Criança, um processo que foi desenvolvido ao longo do curso com unidades estratégicas de estudos, finalizando com a intervenção que se estendeu ao longo de três meses, no período de 03 de setembro a 18 de dezembro de 2014. A intervenção teve como objetivos melhorar a Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses da área de abrangência da UBS Pricumã e sistematizar a assistência dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde. As ações foram desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento; engajamento público; organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, ou seja, no período foram desenvolvidas inúmeras ações como: mapeamento da área adstrita, qualificação dos profissionais, implantação e implementação da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, implantação de registros específicos para o programa e intensificação das ações de promoção e prevenção da saúde. Ao término da intervenção observou-se: melhorias no processo de trabalho, através das capacitações e reuniões para atividades de educação permanente, assim como um maior engajamento e fortalecimento do vínculo com a comunidade. A implantação do programa trouxe um impacto positivo na reorganização dos serviços e teve como resultados a identificação de 180 crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade, destas, 76(42,2%) crianças realizaram a consulta de puericultura no período. Em saúde bucal foram acompanhadas 17 crianças, que representa 12,1% do total de 141 crianças de 6 a 72 meses residentes da área. Conclui-se que, com os resultados obtidos, além da reorganização dos serviços, também melhorou o manejo e o acolhimento na assistência prestada, proporcionando melhora nos registros, satisfação da comunidade e estímulo à equipe a expandir o projeto para os demais programas de saúde, fato que já está em evidência fortalecendo a importância do trabalho desenvolvido.

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

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

Apresentação

O volume apresentado trata-se de um trabalho de conclusão de curso (TCC) de Pós-graduação em Saúde da Família, vinculado à Universidade Aberta do SUS (UNASUS), realizado através da modalidade à distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A UFPel propõe uma Especialização em Saúde da Família com foco na formação de equipes com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão, e competentes para a formação de vínculo com a população assistida. Conforme descrito no Projeto Pedagógico do Curso, que está organizado em quatro Unidades: Análise Situacional; Análise Estratégica; Intervenção e Análise da Intervenção. Unidades de estudo que refletem o planejamento estratégico, simulam o método científico (problema, projeto, campo, análise e resultado) e o processo clínico (diagnóstico, plano terapêutico, tratamento e desfecho). Na Análise Situacional foi feita uma análise e descrição da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que levou à escolha de uma ação programática, que foi a implantação de melhorias na atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses da UBS Pricumã, do município de Boa Vista – Roraima. Na unidade seguinte, a Análise Estratégica, foi o momento de definição do projeto de intervenção, que atendeu à ação programática escolhida na unidade anterior. Na terceira unidade, a Intervenção, que foi considerada o coração do curso e que faz parte de uma exigência do PROVB, a inserção do profissional na Atenção Básica a fim de possibilitar o enfrentamento dos principais desafios relacionados à falta de profissionais, inserindo seus participantes em processo de formação para contribuir na consolidação do modelo de saúde proposto pelo SUS, por meio de atividade de integração de ensino e serviço. Essa unidade de estudo possibilita o contato do profissional com as necessidades de saúde da população e as particularidades de cada comunidade, o aspecto mais focado na intervenção é a incorporação à rotina da unidade, a possibilidade de continuidade depois do término do curso, e a disseminação da proposta de sistematização do processo de trabalho, para outros programas/grupos populacionais atendidos no serviço e também para outras equipes e unidades. A intervenção foi realizada ao longo de 12 semanas, apresentada em forma de diários, semanalmente, o que proporciona ao profissional uma reflexão crítica sobre sua intervenção, a apropriação do significado da intervenção para o usuário, o serviço e do desenvolvimento do papel do profissional

em outro nível de profundidade. Os resultados são apresentados em formas de relatórios e planilhas com exposição dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, que descrevem os aspectos quantitativos e qualitativos. Ao final, os anexos dos impressos utilizados para registro durante a intervenção. O curso de pós-graduação em Saúde da Família teve início em março de 2014, com a semana de ambientação e postagem das primeiras atividades, e com término em janeiro de 2015, com a entrega do volume final do TCC, que aqui apresento.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Pricumã possui uma equipe com o modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família e apresenta uma boa estrutura física. As salas são espaçosas, bem iluminadas, possui ar refrigerado, equipamentos e mobiliários básicos, porém, não suficientes para a demanda, fatos que interferem, mas não impedem o funcionamento da unidade. Apesar de não estar dentro dos padrões de qualidade, a análise é positiva, porém, não satisfatória, pois não atende todas as expectativas dos profissionais nem as necessidades dos usuários, apesar da realidade da maioria das UBS do município ser bem mais carentes em todos os aspectos.

O trabalho é contínuo, tem uma equipe participativa e atuante, porém, apresenta desfalques que fragilizam o processo de trabalho. A gestão é participativa e demonstra uma grande preocupação em atingir as metas impostas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município (SEMSA), fato, que muitas vezes interfere na qualidade dos serviços. Visualizo o Programa de Estratégia em Saúde da Família como burocrático, visto que apresenta uma grande demanda de formulários, planilhas, números, metas, que precisam ser alcançadas, pois refletem nos recursos financeiros a serem liberados. Essa cobrança é um processo hierárquico, uma pirâmide, mas não se visualiza o usuário no topo das prioridades.

A equipe desenvolve um trabalho dentro do que é proposto pelas Políticas e os Programas existentes, porém, em pouco tempo observou-se que falta organizar algumas ações, como por exemplo: trocas de receitas soltas sem estarem inseridas em um programa; profissionais fora do contexto; imparcialidade nas ações; fragilidades na qualificação. Uma realidade que transparece a necessidade de sistematização das ações e reorganização dos serviços, o trabalho a ser desenvolvido possibilitará estratégias de melhorias nesse segmento.

1.2 Relatório da análise situacional

O município de Boa Vista é também a capital do Estado de Roraima, que está localizado na região Norte do país, e faz fronteira com a Venezuela e República Cooperativista da Guiana. A população de Roraima é composta por nativos (povos indígenas) e imigrantes (de todas as regiões do país). Esta diversidade populacional proporciona um caráter particular ao Estado. De acordo com dados divulgados pelo IBGE em 2013, o município de Boa Vista possui uma população estimada de 308.996 habitantes.

O sistema de saúde do Município evidencia problemas característicos da Saúde no país, como alta demanda na Atenção Básica e lotação nos serviços especializados, porém, os serviços de Urgência e Emergência dispõem de exames de alta complexidade em tempo hábil. Contextualizando uma realidade com aspectos positivos, agilizando o diagnóstico e favorecendo prognósticos.

A Atenção Básica é representada por 51 UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF), e 14 UBS tradicionais. A atenção especializada no estado está representada pelo Hospital Geral do Estado (HGR), Hospital Materno Infantil (HMI), e Hospital da Criança (HC), Policlínica Cosme e Silva e a Casa do Índio (CASAI), totalizando a disponibilidade geral de 659 leitos em 5 unidades de saúde, sendo 3 unidades pertencentes ao Estado, uma ao Município e outra à Fundação Nacional de Saúde, de acordo com informações da Secretaria de Saúde do Estado. O NASF criado pela – Portaria GM/MS nº 154, de 24/1/08(BRASIL, 2008^a), encontra-se em fase de implantação.

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA é responsável pelo atendimento da saúde dos indígenas. Na atenção básica este é realizado nas próprias comunidades (aldeias), através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde - DSEIS que ofertam ações de atenção primária e ações de urgência e emergência. Cada distrito está organizado em rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Pricumã foi inaugurada em julho de 1984, está localizada na zona urbana e possui uma Equipe de Saúde da Família, que é composta por: 2 médicos; 1 enfermeiro; 1 auxiliar de enfermagem; 6 agentes

comunitários de saúde (ACS). Os demais profissionais que são: 1 diretor da unidade; 1 ginecologista; 2 auxiliares de enfermagem; 2 cirurgiões dentistas; 1 técnico de saúde bucal; 1 psicólogo, 1 funcionário administrativo; 1 auxiliar de serviços gerais que é responsável pela limpeza de toda a unidade; 3 assistentes administrativos na recepção; 1 farmacêutica; 1 agente de endemias. Estes trabalham fora do contexto do programa do PSF. Todos os profissionais da unidade, com exceção dos dentistas possuem uma carga horária de 40 horas semanais. O funcionamento é das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Conforme os últimos registros no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que se encontram desatualizados, a USF possui uma área de cobertura de 4000 habitantes, destes, 2.135 são do sexo feminino e 1865 do sexo masculino.

O último levantamento da área foi feito em 2012, os dados estão incompletos e divergentes com a realidade, atualmente está sendo desenvolvida pelo gestor municipal uma estratégia de recadastramento das famílias, que segundo depoimento dos agentes de saúde é um processo complexo e demorado, pois a área possui uma população com condições sócias econômicas favoráveis, área comercial e pouca receptividade das famílias em recebê-los. Um processo que está sendo trabalhado, através de reuniões e ações coletivas, trabalhando a interatividade da população com a equipe.

A sua gestão é municipal, representada pela Secretaria municipal de Saúde (SMSA), possui vínculo com instituições de ensino do nível Federal, Estadual, Municipal e rede Particular, viabilizando o acesso de estudantes estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde na rotina de sua aprendizagem, com o propósito de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da ESF.

Quanto à estrutura física da UBS, possui 18 salas e 6 banheiros externos, recebe diariamente mais de 100 pessoas, vejo como ponto positivo uma recepção sem grades na porta de entrada, informatizada com placas de identificação dos serviços, e agenda de atendimento dos profissionais visível para a população,

possui bebedouro e ambiente de apoio (copa e cozinha), corredores amplos com boa ventilação e boa luminosidade.

Como aspectos negativos percebemos que possui algumas limitações em relação à proposta do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do MS publicado em 2008. Os espaços não são habilitados para pessoa com deficiências, ao quantitativo da população adscrita e a demanda espontânea, além da falta de equipamentos, mobiliários inadequados e insuficientes, o racionamento de medicamentos e materiais de insumos para o trabalho que também é constante.

Como projeto de melhorias na estrutura física a gestão atual através do requalifica que é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica, que por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde.

Nesse contexto, está sendo realizado um trabalho de manutenção na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde do município, e esta UBS está em reforma, onde estão sendo feitos reparos emergenciais na parte elétrica e hidráulica, e estão sendo executados os serviços de pintura padronizados, além dos reparos no consultório odontológico e substituição de alguns equipamentos e mobiliários com defeito, o que avalio como ponto positivo.

O funcionamento da unidade fica comprometido, face às adversidades observadas e de logística. Esses problemas são motivos de insatisfação da comunidade reclamações da população em geral, entretanto, a morosidade nos processos licitatórios é argumento de justificativa constante dos gestores, fato que não exime as nossas responsabilidades, nem inviabiliza um atendimento digno, mesmo que não o adequado.

Em relação às atribuições da equipe, analiso como aspecto positivo a assiduidade e a responsabilidade, é uma equipe harmônica, aberta para o conhecimento, que tem consciência do seu papel na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Apresenta uma cobertura média de 70% de sua área de abrangência, embora o empenho em avançar se esbarra na resistência de

muitos usuários que declara não necessitar dos serviços do SUS, o que enfraquece as ações realizadas em grupos específicos que acontece quinzenalmente na maioria dos programas desenvolvidos na comunidade. As ações do PSE são desenvolvidas quinzenalmente pela equipe e direcionadas ao público adolescente com participação do médico no apoio clínico, e dentista nas ações de saúde bucal. A equipe compartilha as dificuldades diárias e discute estratégias de melhorias na qualidade dos serviços ofertados à população, visando suprir as necessidades dos usuários.

Como ponto negativo, percebe-se a falta de integração em alguns membros da equipe, como a psicologia, por exemplo, que apresenta uma participação apática diante das ações propostas o que deixa uma lacuna nas necessidades diárias da população. Além de uma participação mais ativa por parte de outros integrantes, assim como, uma busca ativa mais eficiente por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com controle e clareza dos registros e da quantidade de pessoas de cada grupo populacional pertencente à área abrangente. Pois o impacto dessas informações reflete diretamente nos indicadores de saúde, comprometendo o planejamento e a efetividade das ações.

Observa-se a capacitação dos profissionais conscientizando cada profissional das suas atribuições, reuniões quinzenais com toda a equipe de saúde, buscando a integração de todos os profissionais, consciência do trabalho interdisciplinar e em equipe, contato permanente com as famílias, não é mérito somente do enfermeiro, e agentes de saúde, é importante a contribuição e participação da equipe médica em todas as atividades, assim como nas ações de educação em Saúde, nas reuniões, na atualização dos protocolos, além de supervisão ativa dos serviços por parte do enfermeiro, pois entendo que a condição sócio econômica favorável dos usuários não pode ser usada como justificativa para a ausência desses usuários na UBS.

Se não houver consciência de cada profissional nas suas atribuições, envolvimento e integração da área técnica e profissionais de diferentes formações envolvidas no contexto fogem das características do processo de trabalho e compromete a qualidade das ações.

Em relação à demanda espontânea, entende-se como ponto positivo a boa receptividade dos profissionais da UBS em escutar e tentar solucionar o problema individual de cada usuário, valorizando as suas queixas, evitando reclamações, retornos constantes e a procura por outros serviços.

As principais dificuldades estão no manejo das situações não programadas como: usuário com crise hipertensiva, criança com febre alta, pacientes com queixas de dores fortes exigindo atendimento imediato, na necessidade de formação de uma segunda equipe de saúde para suprir a grande demanda da área descoberta, além das reclamações em relação à demora no atendimento.

Nos problemas atípicos é importante que a demanda seja objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes. Entendo que é importante e fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos. A estratégia é entender que muitas vezes o procedimento não está restrito a queixas e condutas, o acolhimento a essas situações demanda continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial ou encaminhamento para outros serviços.

Em relação à Atenção à Saúde da Criança, existem na área 180 crianças de 0 a 72 meses, mas, as ações são realizadas de forma parcial e aleatória, direcionadas para crianças na faixa etária de 0 a 2 anos e se limitam a realização das medidas antropométricas, teste do pezinho, e oferta da suplementação de vitamina A, a imunização que é feita na sala de vacina, e o acompanhamento das condicionalidades de saúde para o recebimento do benefício Bolsa Família, Programa do governo Federal.

As ações não são estruturadas de forma programática, não existe a adoção de um Protocolo ou Manual Técnico para o planejamento e seguimento das ações, o atendimento é através de agendamento e livre demanda, não há registro do atendimento em formulários específicos de acompanhamento, cartão espelho, ficha ou prontuário, o registro no cartão da criança é feito apenas na página de anotações

das medidas antropométricas, não é anotado nos gráficos, o registro do atendimento é feito em um livro para todas as crianças incluindo a área descoberta. A maioria das crianças que são atendidas na UBS são advindas de outros bairros devido à facilidade de acesso e pouca demanda da área adstrita.

Avaliamos como dificuldade a falta de implementação de objetivos e metas determinadas para o programa, o que gera a falta de subsídios para o acompanhamento e monitoramento das ações, falta de integração da equipe, indiferença da equipe nesse contexto, a inexistência de registros de cobertura, a não adesão ao cartão espelho vacinal nas visitas domiciliares, assim como a falta de orientações de promoção e prevenção de doenças.

Como estratégia para a melhoria no programa de Atenção à Saúde à Criança, devemos ampliar a cobertura, implantar os registros, melhorar a adesão, monitorar as ações implantando o programa de Puericultura, o que efetiva a participação do enfermeiro na implementação, coordenação, supervisão e monitoramento das ações, objetivando a oferta de todas as ações preconizadas pelo programa de Atenção à Saúde da Criança, inclusive com busca de faltosos, com um olhar biopsicossocial, não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua família. Conforme preconiza as políticas Públicas direcionadas para atenção à criança.

Em relação à saúde bucal, está presente em todos os programas desenvolvidos na UBS, porém de forma apática devido à necessidade de dividir as vagas com a livre demanda, pois há uma carência muito grande dos serviços de odontologia no município, e uma grande necessidade dos serviços por toda a população, a maioria dos profissionais de odontologia das unidades básicas não faz parte da equipe de ESF são profissionais que trabalham 30 horas semanais. E não se sentem parte desse contexto, em cobrir as ações que são do programa o qual ele não está inserido.

Em relação ao pré-natal, o atendimento à gestante é realizado pelo enfermeiro duas vezes por semana em dias alternados, atualmente são 45 gestantes cadastradas no programa, e uma grande demanda da área descoberta,

que acontece devido o grande número de gestantes ser de profissionais domésticas que não residem no bairro, porém são acompanhadas na unidade, pela facilidade ao serviço, e muitas delas só vão para suas casas nos finais de semana. Fato que não se estende por todos os programas executados na unidade. As ações realizadas pelo enfermeiro são: orientação sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realiza o cadastramento da gestante no SISPré-natal e fornece o Cartão da Gestante devidamente preenchido; solicita exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realiza testes rápidos; prescreve medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); desenvolve atividades educativas, individuais e em grupos; orienta as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; orienta as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realiza visitas domiciliares durante o período gestacional.

As ações estão estruturadas de forma programática, com registro específico, a UBS adota o protocolo do Ministério da Saúde, conta com registro específico, e realiza o monitoramento regular das ações. Avaliamos como ponto negativo a baixa adesão ao programa, a maioria das gestantes inicia o pré-natal na rede privada, o que significa um percentual mínimo de pré-natal iniciado no primeiro trimestre na UBS, O número de sete consultas, no mínimo, consegue-se alcançar com as gestantes de baixo poder econômico, pois as mais favorecidas economicamente procuram os serviços privados, que relatam preferir fazer consulta de pré-natal com o médico.

A estratégia para melhor adesão é a busca ativa e a informação, através da divulgação do programa para esse público alvo, apresentando os pontos positivos do acompanhamento na UBS, os benefícios que ele oferece como a visita da puérpera e que o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. O enfermeiro tem total disponibilidade, e faz um acompanhamento

qualificado, e se necessário for referência a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado.

Como aspecto positivo está o acolhimento para o grande número de gestantes advindas de outras áreas, a eficiência na cobertura de uma atenção integrada para as gestantes que aderem o programa, o manejo para o atendimento da demanda espontânea, a integração da equipe nas atividades de educação e promoção da saúde direcionada a esse público alvo na sala de espera, e clareza nos registros.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, as ações realizadas na minha UBS são: consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico realizada pela enfermeira da UBS, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária; exame clínico das mamas; solicitação de exames de acordo com o protocolo; avaliação das usuárias com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama; dos exames solicitados e coletados; encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero; prescreve tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com o protocolo adotado; realiza-se cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária; realiza e participa das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

O serviço adota o manual técnico do Ministério da Saúde/2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 13), Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Os registros são feitos em formulários específicos, as ações têm um bom monitoramento com participação da equipe.

Outro ponto positivo é o empenho da equipe na prática das ações, como a abordagem individual realizada pelos agentes nos corredores da UBS, em relação à periodicidade do exame citopatológico, realização do exame das mamas e oferta dos serviços realizados, com orientações de prevenção. As dificuldades estão na

falta de materiais e insumos, como na demora nos resultados dos exames citopatológicos, o que atrasa o diagnóstico e retarda o tratamento, gerando queixas e desconforto por parte do usuário, interferindo na credibilidade dos serviços oferecidos. As ações são monitoradas, e registradas em livros e formulários específicos, o serviço tem uma excelente adesão, inclusive da área descoberta. Uma participação de forma integral nas ações e da equipe de saúde.

Em relação ao Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) as ações que são desenvolvidas na UBS são: controle da pressão arterial e realização do teste de glicemia que é feito no período da manhã até às 9 horas para os usuários agendados para a consulta pelo profissional técnico de enfermagem que faz a triagem, e durante toda a manhã por outro profissional que faz esse acompanhamento de livre demanda. Essa ação também é realizada na reunião de grupos dos diabéticos e hipertensos que é realizada quinzenalmente na comunidade. Além das campanhas de educação em saúde no dia de atendimento de saúde do idoso, com orientações direcionadas a esse público alvo; busca ativa e monitoramento dos agentes de saúde aos pacientes que fazem uso de medicação contínua; Os agentes de Saúde fazem a busca ativa e têm o registro e controle dos 397 usuários hipertensos e 287 diabéticos da área adstrita, através da visita fazem o acompanhamento e monitoramento das ações; é feito o registro do atendimento assim como de todas as informações relevantes na caderneta do idoso.

Os protocolos adotados são: (Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e n. 37), Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde/2013. As ações são realizadas de forma programática, os registros são feitos no prontuário e ficha específica de controle de atendimento (HIPERDIA). Avalio como aspecto positivo as atividades de educação em saúde desenvolvida pela equipe, onde se trabalha temas importantes relativos aos fatores de riscos e as complicações, como a importância da mudança no estilo de vida; orientação sobre hábitos alimentares saudáveis; o controle da ingestão do sal; o estímulo à prática regular de atividade física; a importância do controle do peso; os malefícios do álcool e tabagismo e as complicações da não adesão ao tratamento.

Entre as dificuldades está o pouco envolvimento de outros profissionais da equipe nesse contexto, exceto a psicóloga que tem uma participação mais ativa nas ações. Analisamos a necessidade de diversificar e ampliar as ações a outros estabelecimentos nas redondezas da área adstrita. Como opção de melhorias está sendo discutidas nas reuniões de equipe, estratégias para ampliar as ações com participação mais efetiva de toda a equipe multiprofissional. O objetivo é alcançar o que preconiza os programas, uma abordagem multiprofissional visando melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado.

Em relação à saúde do idoso, são cadastrados no programa 392 idosos. O enfermeiro realiza assistência domiciliar quando necessário; realiza consulta de enfermagem, solicita exames complementares e prescreve medicações, conforme protocolo adotado; supervisiona e coordena o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem; realiza atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; orientar ao idoso, aos familiares ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

O serviço adota o manual técnico do Ministério da Saúde/2006: (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. A UBS possui uma boa assistência farmacêutica para esse grupo populacional com medicamentos para hipertensão, colesterol, asma, rinite, Parkinson, osteoporose, glaucoma e fraldas geriátricas.

Analisa-se como positivo o papel dos agentes de saúde que atuam de forma efetiva com consciência das suas atribuições, preenchem e atualiza a caderneta da pessoa idosa na visita domiciliar, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica, identificação dos idosos frágeis encaminhamento aos serviços de saúde, e facilitam o acesso ao atendimento, além de participar das atividades de educação em saúde de forma ativa. Como ponto negativo, vemos a baixa adesão de idosos da área adstrita na UBS para as consultas e acompanhamentos, e um grande número de idosos de áreas próximas com boa aceitação dos serviços e retornos para reavaliação.

Como estratégia a equipe fará reuniões com a equipe na tentativa de melhorar a adesão da população idosa. A ideia é desenvolver atividades com planejamento e programação com base no diagnóstico situacional tendo como foco a família e a comunidade buscando a integração com instituições e organizações sociais da área abrangente.

Entendo que para exercer a prática e o cuidado dentro da Estratégia de Saúde da Família, é necessário o conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, definição precisa do território de atuação, cadastramento das famílias, atualização, mapeamento, assim como, integrar a equipe de saúde e a população, objetivando uma assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando for necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários, além das programações e implementação das atividades, priorizando a solução dos problemas mais frequentes.

Considera-se como desafio para a UBS uma reorganização no trabalho dos Agentes Comunitários, trabalhando as formas de enfrentar as dificuldades na sua profissão, entendemos que as dificuldades de acesso e de abordagem fazem parte do processo, mas não podem interferir na funcionalidade dos serviços, a busca ativa e mapeamento da área são tarefas que precisam ser realizadas independentes dos desafios encontrados. Além da integração de alguns profissionais da unidade.

Considera-se a busca ativa, o caminho para identificar as situações de vulnerabilidade e risco social do território de abrangência, bem como suas potencialidades. O objetivo central da busca ativa é compreender a realidade social, para além dos estudos e estatística geral, a fim de conhecer a dinâmica do cotidiano das populações e realidade vivida pelas famílias, as relações que estabelecem os apoios, recursos disponíveis, seus vínculos sociais e atuar sobre as situações de vulnerabilidade e risco social. A reorganização dos serviços e a integração de alguns profissionais envolvidos também é um desafio a ser trabalhado.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

No primeiro contato com o curso, percebi que se tratava de um grande desafio, que exigia dedicação na prática clínica e certa habilidade tecnológica no ambiente virtual. No primeiro instante apresentei a UBS com um espaço adequado, disposição de materiais para trabalhar e uma equipe completa. No decorrer do curso percebo que desenvolvi um olhar mais crítico reflexivo em relação às minhas percepções iniciais o que me permitiu intervir de forma consciente na escolha da ação programática, despertando uma necessidade de melhoria constante. A partir daí, surgiu à necessidade de adequar alguns espaços para o desenvolvimento de ações, conforme preconiza os programas visualizados nos cadernos da Atenção Básica, disponibilizados pelo curso. Percebo uma agilidade da gestão na solução dos problemas relacionados à falta e falha de equipamentos avariados, e a necessidade de trabalhar a equipe no desenvolvimento de ações mais efetivas. O conteúdo técnico e os insumos técnicos-científico disponibilizados para estudo oportuniza uma visão mais crítica e reflexiva permitindo assim o desenvolvimento de capacidades para intervir na realidade, que inicialmente parecia contemplar todas as necessidades para atingir as expectativas, fato este, que vai se distanciando após a análise situacional, visto que, a realidade dinâmica implica em ajustes e reajustes, um processo natural à medida que as competências e habilidades se somam em prol de melhorias.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

Segundo o guia do especializando da UFPEL, o curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL está focado em propiciar ao estudante oportunidade para a construção do conhecimento nos Programas de Atenção à Saúde na Atenção Básica e prática em atenção à Saúde da Família, principalmente no enfoque de estratégia de saúde da família, de forma prática, com objetivo claramente definido e através de aprendizagem autorreferida, isto é, aprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade do serviço em que o estudante atua.

A Puericultura é um programa indispensável na UBS, pois o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança interfere

diretamente na sua saúde e no desenvolvimento das suas potencialidades, não são ações que podem ser feitas isoladas ou parcialmente, é preciso assegurar a integralidade da assistência, priorizar as ações preventivas, contemplar o que o programa preconiza em todo o seu contexto garantindo assim, um adequado crescimento e desenvolvimento.

Segundo os dados do SIAB, A UBS Pricumã tem uma população adstrita de 4.000 pessoas, a quantidade de crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência é 180 crianças e o programa de saúde da criança não funciona conforme preconizado no protocolo do MS, ou seja, não são realizadas todas as ações do programa de Atenção a Saúde da Criança. Algumas ações já são realizadas, mas sabe-se que a puericultura não se restringe a verificação do peso, altura a imunização, e o teste do pezinho, é preciso assistir a criança integralmente, por meio de uma atenção sistematizada, com calendário de consulta estabelecido. As ações são limitadas a profissionais técnicos, o enfermeiro está fora do contexto das ações que são executadas, daí a importância de intervir nesse processo com a implantação de melhorias, desenvolver um trabalho de qualidade da atenção, que ao primeiro passo exige uma reorganização dos serviços.

A enfermeira é vista como ator principal desse processo atuando na execução das ações e coordenação da sua equipe, uma realidade que ainda não faz parte da UBS e irá mudar com a intervenção. Alguns fatores dificultam o processo, como o mapeamento da área e a clareza dos registros, além da carga horária diferenciada de alguns profissionais. A equipe tem consciência da importância do mapeamento da área e entende que é o ponto de partida da intervenção, que pretende contribuir para a contínua melhoria dos serviços de saúde nessa Unidade Básica de Saúde.

A intervenção será realizada como parte de uma das quatro unidades do curso, será interferida na melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 A 72 meses. A meta é ampliar a cobertura de Atenção à Saúde da Criança, implantando o programa Puericultura com atendimento realizado pela enfermeira. Hoje na UBS, não há atendimento de Puericultura, o que há são ações direcionadas para crianças até 02 anos de idade, onde é verificado peso, altura e teste do pezinho, registro na caderneta da criança e imunização na sala de vacina.

Para chegar à meta estabelecida será preciso o envolvimento de toda a equipe, onde será feito um levantamento dos registros de crianças da área e chegar há um número total de crianças inscritas no programa e pertencente à área abrangente. Com posse dessa informação que hoje é inconsistente, iniciar um trabalho de visitas, fazendo o primeiro atendimento no domicílio, ofertando as ações programadas, objetivando um olhar não só para a criança, mas, para as condições do contexto de saúde e de vida da sua família, um momento para fazer o agendamento da consulta subsequente e falar da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis.

Sabe-se que esse segmento exige um acompanhamento adequado da criança, num ponto de vista, físico, mental e social contribuindo com a diminuição de agravos nessa fase, conscientizando as famílias da importância da participação dela nesse processo de cuidados, permitindo assim intervenções no processo de desenvolvimento e crescimento, além de diminuir as taxas de morbidade e mortalidade infantil que ainda faz parte da realidade do nosso país.

2. 2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção da Saúde das Crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência da ESF Pricumã do município de Boa Vista- RR

2.2.2. Objetivos Específicos

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e da atenção à saúde bucal da criança

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança e a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança e ao atendimento em saúde bucal

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

2.2.3 Metas

Meta para o objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e da atenção à saúde bucal da criança.

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

Metas 1.2: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Metas para o objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança e a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses.

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

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

Meta 2.3: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Metas 2.4: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Metas 2.5: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 2.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Meta 2.7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

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

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

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

Meta 2.12: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta para o objetivo 3 - Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança e ao atendimento em saúde bucal.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

Meta 3.2: Realizar busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Meta para o objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Meta 4.2: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta para o objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e Promover a saúde das crianças.

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

Metas para o objetivo 6. Promover a saúde das crianças

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

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

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

Metas 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Meta 6.5: Fornecer orientações sobre dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção será desenvolvido na ESF Pricumã, localizado no município de Boa Vista, estado de Roraima e tem como público alvo as crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência. Participarão das atividades; enfermeiro, técnicos de enfermagem, auxiliares, médico, dentista, ACS e gestores, tendo como objetivo principal melhorar a qualidade da atenção às crianças da área contemplando os quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das Ações

AÇÕES

Durante a Intervenção será desenvolvido ações que contemplarão os quatro eixos programáticos conforme a exigência do curso. Como resultado espera-se atingir todas as metas e indicadores programados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento das ações será acompanhado através de reuniões com a equipe que será realizada semanalmente, para avaliar a qualidade da atenção e a clareza dos registros efetuados no acompanhamento, como: preenchimento correto do cartão espelho (anexo A), preenchimento do cartão da criança, em todos os campos específicos na triagem da consulta realizada pelo técnico de enfermagem, e monitorada pelo enfermeiro no ato da consulta, que explicará os gráficos e anotarás no prontuário as informações mais relevantes. O livro de registro dos atendimentos será um importante termômetro para avaliar a adesão, monitorar os riscos e

vulnerabilidades, e registros dos faltosos para uma busca efetiva por parte dos agentes de saúde.

Para monitorar o número de crianças cadastradas no programa os Agentes de Saúde através das visitas domiciliares se certificarão se todas as crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência estão cadastradas no programa, esse monitoramento será realizado pelo ACS a cada visita e pelo técnico de enfermagem no atendimento diário das crianças que procuram a UBS, para acompanhamento.

A equipe de E. S. F fará o monitoramento da data do parto das gestantes, com a intenção de monitorar o nascimento das crianças e possam ingressar no programa de puericultura na primeira semana de vida, caso a paciente não possa ir a unidade a enfermeira juntamente com o agente de saúde responsável pela área fará a visita, realizará o cadastro da criança no programa, prestará as orientações em relação ao teste do pezinho seja realizado em tempo hábil, sobre os cuidados com o recém-nascido, vacinação, higiene, amamentação, alimentação e alerta sobre os sinais de perigo.

A consulta de puericultura será sistematizada, com todos os segmentos preconizados pelo SUS, realizada pelo enfermeiro para crianças de 0 a 72 meses,, duas vezes por semana em dias alternados, com agendamento programado realizado na recepção e através das visitas domiciliares conforme necessidade da criança. Nos dias de atendimento o atendente da recepção fará o acolhimento das crianças agendadas assim como da livre demanda, avaliando a necessidade de priorizar o atendimento. Durante as consultas a enfermeira ou a médica fará o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança através das medidas antropométricas (peso/idade/, PT, PC), e curva de crescimento. Essas informações serão registradas na caderneta de saúde da criança através do pré-atendimento que é feito pela a técnica de enfermagem sem agendamento prévio, com livre demanda, mantendo a rotina da Unidade, sendo anotadas também na ficha espelho e prontuário da criança após cada consulta.

A enfermeira em parceria com a dentista ficará atenta quanto ao surgimento dos primeiros dentes e aparecimento de cáries através da consulta de puericultura,

também serão identificadas as crianças que completaram 6 meses e ainda não passaram pela avaliação odontológica, essa busca será realizada pelo agente durante a visita e pelo enfermeiro no ato da consulta.

O monitoramento da situação vacinal será feito por toda a equipe, vacinadora, técnico de enfermagem na triagem, e enfermeiro na consulta de puericultura, através do cartão controle existente na sala de vacina da UBS, caderneta da criança e registro no cartão espelho usado pelo agente de saúde para fins de registro e controle de avaliação do cartão vacinal. Além disso, será feito um monitoramento da idade das crianças registradas para avaliar a necessidade de cadastrá-las no programa de suplementação de ferro, conforme protocolo do Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A equipe buscará junto à gestão a garantia de suporte de materiais e equipamentos necessário para a intervenção como: impressos do material adequado para realização do cadastro e dos registros no atendimento, do protocolo de atendimento; do controle de vacinas para que não falte; assim como dos equipamentos funcionando para a triagem das consultas como: balança; fita métrica; e maca para examinar a criança. Apoio na organização do atendimento em relação a definição de cada membro da equipe marcação de consultas, acolhimento e clareza dos registros por parte do atendimento a nível administrativo.

A equipe pactuará com a gestão uma forma de reorganização dos serviços, em relação ao agendamento, definição das responsabilidades, monitoramento do tempo de consulta, de modo que diminua o tempo de espera, e organização da unidade para práticas de saúde coletivas, além de viabilizar parcerias em relação a profissionais de outras áreas como: pediatras e nutricionistas.

A agenda de saúde bucal será de responsabilidade da recepção com controle e monitoramento da gestão, uma vez que o profissional de saúde bucal não faz parte da equipe de Estratégia e Saúde da Família. A necessidade de avaliação odontológica será realizada pelo enfermeiro no ato da consulta de puericultura, as

crianças acompanhadas de 6 a 72 meses de idade. A recepção se encarregará de organização da agenda e identificação dos faltosos, para que seja feita uma lista para seguimento das ações de busca ativa dos faltosos. No ato da visita domiciliar serão identificadas as crianças em situação de risco, que apresentam vulnerabilidade e as mães serão orientadas sobre prevenção e riscos de ingestão de produtos tóxicos, afogamentos, quedas (árvores, animais, motocicleta), acidentes (arma de fogo), e cuidados com brinquedos de acordo com a faixa etária. A orientação será feita pelo enfermeiro na consulta pelo agente na visita domiciliar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A comunidade será orientada sobre a implantação do programa de saúde da criança /Puericultura buscando o fortalecimento do vínculo com a equipe, através de argumentos relevantes, o que é o programa? Quais os benefícios? E a importância da adesão. Essa orientação será realizada pelo enfermeiro e pelos agentes de saúde, através de visitas domiciliares programadas duas vezes na semana.

Através de palestras, salas de espera na unidade, orientação durante as consultas, cartazes e folders, as mães, pais ou responsáveis serão informados sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. Ação realizada por toda a equipe de saúde, uma vez na semana, onde serão abordados temas sobre a importância de manter a vacinação da criança em dia, quais doenças são pesquisadas no teste do pezinho e a importância dele ser feito no período certo, os benefícios da suplementação de ferro ser introduzida na idade correta, entre outros.

Serão realizadas ações nas creches e escolas da área objetivando a atualização dos cartões vacinais, prevenção de cáries, aplicação de flúor e escovação supervisionada, após orientação na consulta e na escola após recreio das crianças. Ações que serão realizadas pela equipe: enfermeiro, técnicos e dentista. Dentro do programa de atividades coletivas, realizadas quinzenalmente.

Serão também realizadas oficinas de linha de cuidado para atenção integral a saúde da criança e suas famílias, em situação de violência ou risco social.

Campanhas de divulgação de disque denúncias, oficinas lúdicas sobre segurança doméstica e ambiental realizada na escola com as crianças em idade pré-escolar. Oficina de capacitações para mães, familiares e cuidadores sobre a importância de introduzir verduras e vegetais na alimentação da criança, e reaproveitamento de alimentos com distribuição do folder 10 passos para alimentação saudável para crianças menores de 6 meses a 2 anos de idade. Rodas de conversa com mães e comunidades sobre o manejo do aleitamento materno, dificuldades e cuidados com a mãe e o bebê, estimulando a praticar linguagens e gestos que fortaleça vínculos entre mãe e bebê, durante a amamentação. Ação realizada por toda a equipe mensalmente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Os temas que serão abordados na qualificação da equipe são: Acolhimento da criança, adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, políticas de saúde bucal, sobre o programa de suplementação de ferro e vitamina A, aleitamento materno exclusivo, políticas de nutrição através de discussão sobre alimentação saudável, receitas regionais, maneiras diferentes e inovadoras de consumos de alimentos, receitas naturais para que possam orientar as mães em relação à alimentação saudável da criança.

Além disso, serão discutidos temas sobre promover vínculos, dar suporte, prevenir, e reconhecer situações de violências, será disponibilizado o Estatuto da Criança e do Adolescente para acesso dos funcionários para que possam discutir o conteúdo das informações e orientar as pessoas sobre os direitos preservados da criança.

Os profissionais da equipe, principalmente os ACS, serão capacitados a ler e interpretar todas as anotações da caderneta de vacinação para sinalizar possíveis anormalidades (peso, comprimento, idade, scores), calendário vacinal, para que melhor possam desenvolver o seu trabalho e disseminar as informações. O calendário de vacinação será disponibilizado em um lugar de fácil acesso para consulta. Os técnicos de enfermagem e agentes serão capacitados para que

possam identificar as falhas nos cartões de vacina, entendam de aprazamentos e se sintam parte desse processo.

As capacitações acontecerão com o objetivo de que todos possam ter o domínio e confiança para abordar as informações sobre os diversos temas que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde através de reuniões, oficinas, palestras e salas de espera com auxílio de recursos visuais e materiais impressos.

A capacitação dos profissionais conscientizará cada um das suas atribuições. Serão realizadas reuniões quinzenais com toda a equipe de saúde, buscando a integração de todos os profissionais, consciência do trabalho interdisciplinar e em equipe. O contato permanente com as famílias, não é mérito somente do enfermeiro, e agentes de saúde, é importante a contribuição e participação da equipe médica em todas as atividades, assim como nas ações de Educação em Saúde, nas reuniões, na atualização dos protocolos e também na supervisão ativa dos serviços que na maioria das vezes é realizada pelo enfermeiro.

2.3.2 Logística

O acolhimento das crianças que chegam à UBS em busca de atendimento será realizado pela técnica de enfermagem na sala de CD, que já é rotina da unidade, onde ela fará o registro de peso, altura, PC e PT, anotarà na caderneta da criança, e em formulário específico. Usará a ficha espelho para o registro do atendimento, Investigará a realização da triagem neonatal, agendará para o mais breve possível a consulta de puericultura com a enfermeira, de preferência para aquele mesmo dia se a enfermeira estiver na UBS e com horário disponível aproveitando assim a ida criança na UBS.

Para Divulgação da Implantação do Programa na Comunidade, a enfermeira juntamente com a sua equipe fará contato com associações, clube de mães, creches e escolas, organizará reuniões semanais sobre a divulgação da intervenção, esclarecendo o que é o Programa de Atenção à Saúde da Criança, solicitando apoio

no sentido de intensificar as ações e ampliar a captação de crianças. Falar da importância e os benefícios que o programa oferece para o acompanhamento e crescimento da criança na faixa etária de 0 a 72 meses. Objetivando a ida dessas famílias a UBS.

As visitas domiciliares serão realizadas duas vezes na semana, no registro das visitas serão usadas o cartão espelho do calendário vacinal anexo. Para atingir o objetivo total da cobertura vacinal o agente usará o cartão espelho vacinal em todas as visitas de puericultura, com preenchimento obrigatório do cartão espelho de vacinação. Será feito o levantamento de quantas fichas iremos precisar para conclusão dessa ação, as fichas serão impressas na secretaria da UBS, com conhecimento e apoio do gestor.

O monitoramento das ações será realizado com avaliação semanal através dos registros nos formulários disponibilizados pelo curso e registro nos prontuários. As fichas a serem utilizadas serão solicitadas da gestão com uma logística de 50 fichas por semana, que ficará disponível na sala de Estratégia e saúde da Família de fácil acesso.

Os Protocolos e manuais que serão usados na Intervenção de atenção à Saúde da Criança, tem o objetivo de apresentar os consensos em termos de assistência realizada pelo enfermeiro, visando respaldar suas ações, estará disponível e de fácil acesso de toda a equipe na UBS. O enfermeiro fará um encontro semanal onde serão discutidas todas as ações realizadas na intervenção, supostas dúvidas e questionamentos sobre procedimentos.

Para realizar a implantação do Programa de Saúde da criança será adotado o Manual Técnico do Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 33. Saúde criança crescimento e desenvolvimento. Utilizaremos a ficha de cadastro do município para cadastrar e atualizar o número de crianças de 0 a 72 meses da área abrangente. Para continuidade usaremos as fichas disponibilizadas pelo curso adequando a nossa realidade que abrange as informações necessárias para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Das 180 crianças de 0 a 72 meses residentes na área, estimamos alcançar com essa intervenção 80%

da cobertura da área abrangente que corresponde a 144 crianças. Os demais Protocolos, manuais e cadernos ficarão visíveis e de fácil acesso para que todos possam usá-los como material de consulta e estudos.

A capacitação da equipe será semanalmente, o enfermeiro trabalhará com os agentes em encontros semanais com discussões sobre os temas abordados na caderneta, os temas serão abordados individualmente para melhor entendimento, a importância de estimular os pais a explorarem a caderneta de saúde que as crianças recebem ao serem vacinadas, pois há informações importantes para os cuidados da criança. O objetivo é que ele tenha compreensão para sanar dúvidas e questionamentos dos pais referente às anotações diversas. (Crescimento, desenvolvimento, alimentação, vacinação, suplementação de vitamina A e suplementação de ferro, prevenção de acidentes, orientações sobre higiene, sono, choro, sinais de alerta.).

2.3.3 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e da atenção à saúde bucal da criança

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

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

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

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

Meta 1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança e a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

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

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

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

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

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

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

Meta 2.3 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

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

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

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

Indicador 1: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso

Meta 2.5 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 1: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.6 Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Indicador 2: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

Meta 2.7 Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

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

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

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva

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

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

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de saúde da criança da unidade de saúde.

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

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico das que necessitam de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com consulta odontológica realizada

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

Meta 2.12 Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança e ao atendimento em saúde bucal.

Meta 3.1 Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Meta 3.2 Realizar busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de buscas realizada às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes à primeira consulta e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes à primeira consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

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

Meta 4.2. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

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

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

| ATIVIDADES | SEMANAS |
|------------|---------|
|------------|---------|

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

Metas 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 6.5 Fornecer orientações sobre dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

2.3.4 Cronograma

3 Relatório da intervenção

O Programa de Atenção a Saúde da Criança é uma grande responsabilidade da Atenção Primária, e vejo o enfermeiro como um ator principal no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, com o atendimento de Puericultura. Durante toda a minha intervenção busquei por atingir todas as ações contempladas na intervenção modelar, o que foi um grande desafio.

Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas. Facilidades e dificuldades encontradas. Cumpridas integralmente ou parcialmente.

Na proposta de ampliar a cobertura da Atenção à Saúde da criança, o projeto foi apresentado a comunidade após reunião com a equipe. O cadastro das crianças de 0 a 72 meses da área abrangente foi iniciado, através das visitas domiciliares foi divulgado a implantação de melhorias na atenção a saúde da criança, e a equipe foi capacitada. As fichas espelho, materiais para reprodução e equipamentos funcionando para iniciar a intervenção foi garantido pela atuação ativa do gestor. O papel de cada membro da equipe foi definido, os grupos foram formados e o monitoramento dos registros foi efetuado. O processo de trabalho foi modificado para melhor, com a oferta de prioridade no atendimento para criança e abertura de agenda para saúde bucal e para o enfermeiro atender a consulta de puericultura. Dentro desse contexto considera-se que as ações foram realizadas integralmente.

Não foi possível cadastrar todas as crianças devido a grande dificuldade de encontrar os moradores em casas. As ações de engajamento público foram intensificadas com o objetivo de estabelecer vínculo com a comunidade, as mães se tornaram multiplicadoras das informações em relação a disponibilidade da equipe para atender as crianças e todos os benefícios que o programa oferece, o que permitiu uma maior abertura para a realização dos cadastros, a partir daí foi possível visualizar uma melhor adesão da comunidade aos serviços ofertados. No entanto, foi uma ação realizada parcialmente.

A Atenção a Saúde Bucal, foi realizada de forma parcialmente devido muitos problemas em relação a esse atendimento no início, somente no final da intervenção consegui ajustar alguns pontos oficialmente, onde ficou determinado uma dia de atendimento para as crianças acompanhadas na puericultura, mas no inicio com a falta de profissional do PSF, que só tem 20 horas na UBS, pois essa é uma

realidade de todas as Unidades do município em relação aos serviços de odontologia, ainda teve a reforma da UBS, mas com a capacitação interna de acolhimento, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. expus as minhas limitações em relação ao acompanhamento das crianças nesse serviço, e um plano de ação foi elaborado, desde então tenho tido bons resultados, e entendo que o importante é que foi implantado um plano visando melhorias, o que cria uma perspectiva positiva nesse aspecto.

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

A organização de agenda de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. De fato não foi organizado uma agenda para ações de educação em saúde realizada na escola, devido a incompatibilidades de horários das agendas. Porém, as atividades propostas foram desenvolvidas. A equipe está ciente da importância de organizar e cumprir essa ação.

Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Na coleta e sistematização de dados os agentes de saúde tiveram uma grande dificuldade em aderir as novas fichas para coleta de dados, cartão espelho de vacina, e preenchimento dos dados na caderneta da criança, de todas que estavam em branco, com orientação aos pais, pois foram capacitados para tal ação. Fato que foi superado com o andar da intervenção.

Em relação ao fechamento das planilhas, tive grandes dificuldades, no entendimento do processo de análise dos dados indicadores, percebo que o curso disponibiliza uma ferramenta bem elaborada o que facilita para o aluno, ainda assim domínio técnico da minha parte no manuseio e na interpretação das. Porém, visualizo que alcancei de forma parcial os resultados almejados em relação a Atenção à Saúde da Criança, a puericultura está funcionando, todos os atendimentos previstos foram realizados, a busca funcionou, mesmo com muitas limitações inicialmente, mas foi um processo trabalhado, finalizei com a equipe consciente da importância de buscar os faltosos, para que o programa ganhe força, e não se perca todo um trabalho elaborado.

Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Faço uma análise positiva, da intervenção, e acredito que todas as ações previstas no projeto serão incorporadas a rotina do serviço, pois o trabalho foi árduo, e todos os planejamentos foram muito discutido em todas as reuniões com a equipe, vejo que ainda alguns aspectos precisam ser melhorados, como, o conhecimento dos agentes em relação a sua área, identifiquei fragilidades nesse processo, com a construção do mapa de análise situacional que fiz essa semana, infelizmente eu tive essa ideia no inicio da intervenção, mas só consegui concluir agora no final, o que me deixa um pouco triste, pois disponho de pouco tempo, para melhorar essa questão, mas vejo que o importante foi a identificação dessa fragilidade, e que a equipe possa trabalhar para melhorar essa questão, eles conhecem muito bem a sua área, as casas, os pacientes, mas de perdem nos números por faixa etária, idade, sexo, e a cada instante se perdem nas suas anotações. Também tive algumas dificuldades em relação a adesão dos programas de Vitamina A, e Suplementação de Ferro, no inicio da intervenção, mas com o decorrer, fui trabalhando essa questão com orientação, e muita conversa com os grupos, que se tornaram multiplicadores de informação, trabalhei muito com vídeos a esse respeito, ilustração, e apoio de outros profissionais nas conversas de grupos, como nutricionista, todos os agentes foram capacitados, e sabem tudo de vitamina A, agora quando um pai diz que não precisa, eles conversam e explicam até convencer da importância, pois antes eles não tinham esse conhecimento. E analiso como um resultado satisfatório para esse contexto. A suplementação de ferro foi mais fácil, quando de fala de anemias eles tem um melhor entendimento, o que facilita a adesão.

Termino a intervenção na semana 11, pois a partir de hoje a Unidade Básica de Saúde, entra em recesso, fato que não prejudica o andamento das ações, pois foi feita toda uma programação para que fechássemos a semana, com a confraternização e a apresentação dos mapas de Analise Situacional.

Durante todo o processo de intervenção busquei apoiar a equipe no processo de qualificação do cuidado e articulação em rede. Acredito somada à capacidade

das equipes tivemos bons resultados, dos gestores no apoio e na organização do processo de trabalho, e na liberação no processo de educação permanente, termino acreditando que contribui muito no para a contínua melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças nessa Unidade Básica de Saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção a Saúde da Criança com a implantação do Programa de Puericultura, incluindo a Atenção a Saúde Bucal para as crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Pricumã do município de Boa Vista- RR. Na área adstrita à UBS existem 180 crianças nesta faixa etária, ao final da intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar 76 (42,2%) crianças no programa. Não alcançamos a meta de 80%, mas com a continuidade da intervenção, essa meta irá aumentando à medida que forem sendo implementadas as ações. Segue os resultados da intervenção:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e da cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

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

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

Ao iniciar a intervenção, não existia na UBS consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, assim como avaliação odontológica dentro desse contexto, portanto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança era realizado de forma parcial. No primeiro mês, cadastramos e acompanhamos 53 (29,4%) crianças, no segundo mês o número de crianças inscritas no programa aumentou para 71(39,4%) e ao final da intervenção alcançamos um número de 76 crianças cadastradas e acompanhadas na consulta de puericultura, que corresponde a 42,2%. A adesão ao programa foi uma conquista árdua, devido o alto índice de crianças com plano de saúde particular, e sem vínculo com a UBS, fator que refletiu nos índices de cobertura.

Observou-se no decorrer da intervenção que as ações de engajamento público e visita domiciliar para divulgação do programa, orientando as famílias quanto à importância e os benefícios que o programa oferece, influenciou nos resultados, que apesar de não ter alcançado a meta consideramos positivo. As condições econômicas favoráveis da população da área abrangente, com alta adesão de plano de saúde particular, e um grande número de residências fechadas, com acesso restrito, dificultou o alcance das metas.

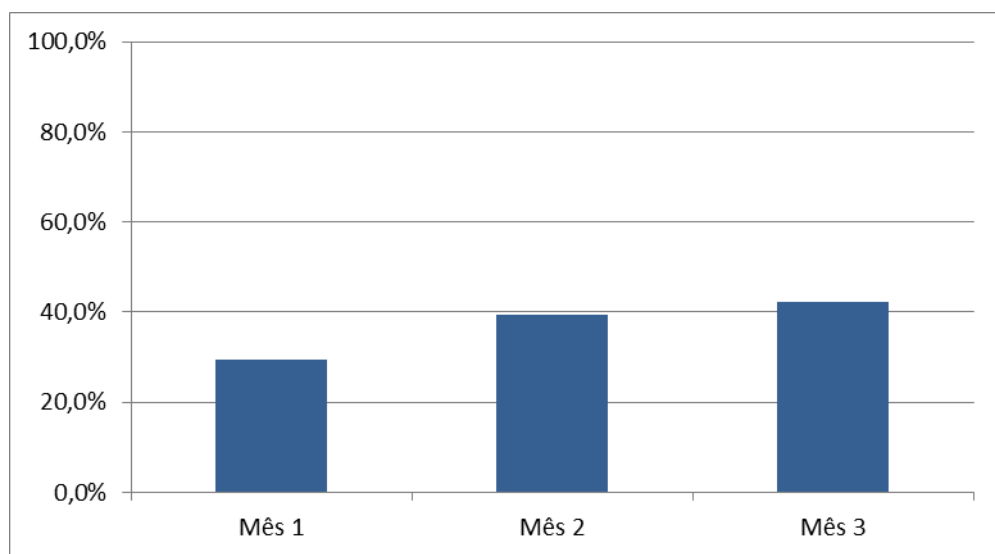


Figura 1 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Em relação à Saúde Bucal, percebe-se uma preocupação nas reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa. No decorrer da intervenção, passou-se a

mobilizar recursos através do apoio da gestão para agilizar o funcionamento dos serviços de odontologia que estava sem funcionar, face às necessidades das crianças detectadas através do acompanhamento na consulta de puericultura.

Devido o não funcionamento dos serviços e a alta demanda de usuários após a funcionalidade, poucas crianças com consulta de avaliação programática agendada em saúde bucal foram acompanhadas. No primeiro mês de intervenção apenas 3 (2,1%) crianças realizaram a primeira consulta odontológica programática, no segundo mês foram 13(9,2%) e ao final da intervenção 17 crianças foram acompanhadas em saúde bucal, que representa 12,1% do total de crianças de 6 a 72 meses residentes da área que é 141. Apesar das dificuldades e longe das metas propostas, alcançamos muitas melhorias com as crianças inscritas no programa e monitoradas através dos registros com o atendimento em andamento.

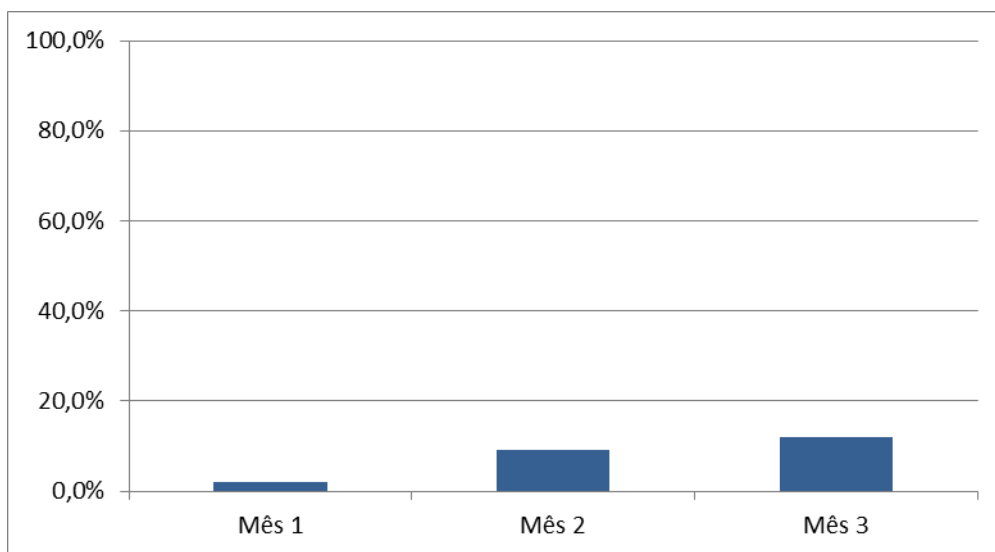


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança e a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças.

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

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

A adesão das crianças ao programa, com agendamento prévio da consulta de puericultura que hoje é uma realidade, acontece na primeira semana de vida. Ao iniciar a intervenção, as crianças que nasciam na área eram avaliadas na visita que contemplava o programa de pré-natal (visita de puerpério), onde o objetivo era a mãe. Ao longo da intervenção 8 crianças nasceram e ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, através do monitoramento das gestantes com visitas semanais, uma estratégia que eliminou a necessidade de busca ativa das mães que não compareceram na UBS após o parto, como temos um número pequeno de gestantes na área, o primeiro atendimento foi realizado através da visita domiciliar, com o agendamento da consulta de puericultura até o sétimo dia de vida, para realização a estratégia foi viável, otimizando o tempo e os serviços.

Observa-se um grande avanço com implantação e com os resultados obtidos uma vez que todas as crianças nascidas no período da intervenção foram acompanhadas na primeira semana de vida, conforme meta estabelecida de 100%, o que trouxe melhorias na atenção e na qualidade de vida das crianças da área abrangente.

Em relação às crianças inscritas no programa, que no primeiro mês da intervenção foram 53 crianças, 50(94,3%) tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida. No segundo mês foram 71 crianças inscritas, destas, 41(62,0%) tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida e no terceiro mês foram 40(52,6%) crianças de 76 inscritas na puericultura, conforme observamos no gráfico abaixo.

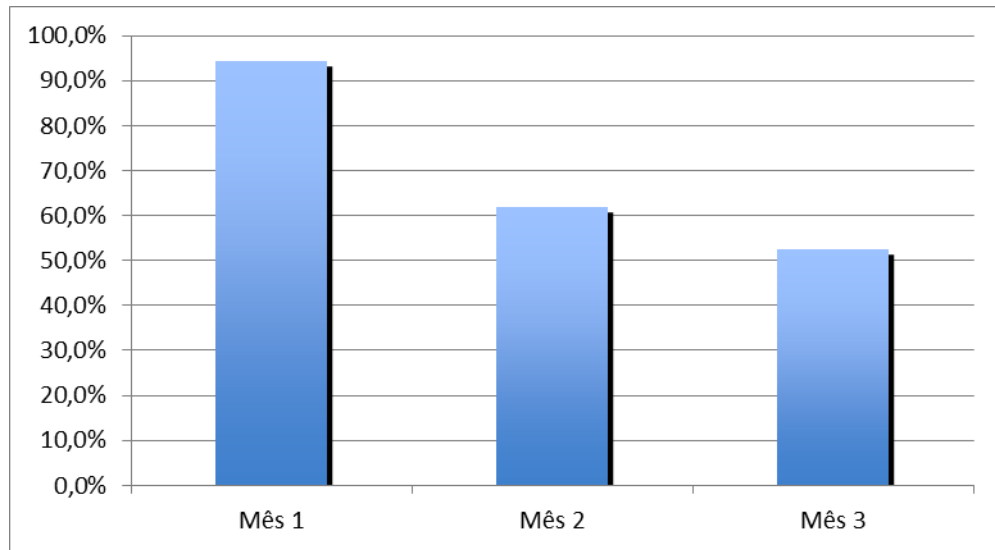


Figura 3- Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

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

Conforme os gráficos abaixo, no primeiro mês da intervenção 33(62,6%) foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento. No segundo mês, quanto ao monitoramento do crescimento foram 57(80,3%) e no terceiro mês 34(44,7%) crianças. Quanto ao desenvolvimento, no segundo mês foram monitoradas 58(81,7%) e no terceiro mês 35(46,1%)crianças, percebemos alterações dos valores das porcentagens devido o número de crianças inscritas no programa a cada mês. Apesar de não ter alcançado as metas, consideramos os valores positivos, pois, com o desenvolvimento das ações foi garantido pela gestão, o funcionamento dos materiais para a realização das medidas antropométricas, além de poder observar a satisfação dos pais com o entendimento das informações da caderneta da criança, o que fortaleceu o vínculo com a UBS e a volta aos retornos da consulta, assim como a busca ativa dos faltosos realizada pelos agentes de saúde.

As crianças que não foram acompanhadas são aquelas que as famílias alegam não necessitar dos serviços, pois, fazem acompanhamento com médico

particular, ou possuem plano de saúde. Porém aceitam as visitas domiciliares e as orientações.

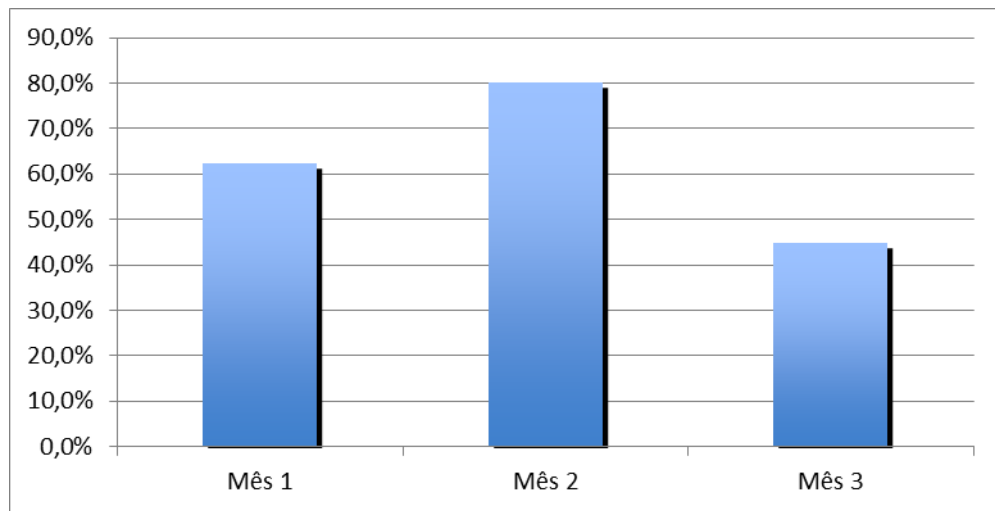


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 2.3: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento no desenvolvimento

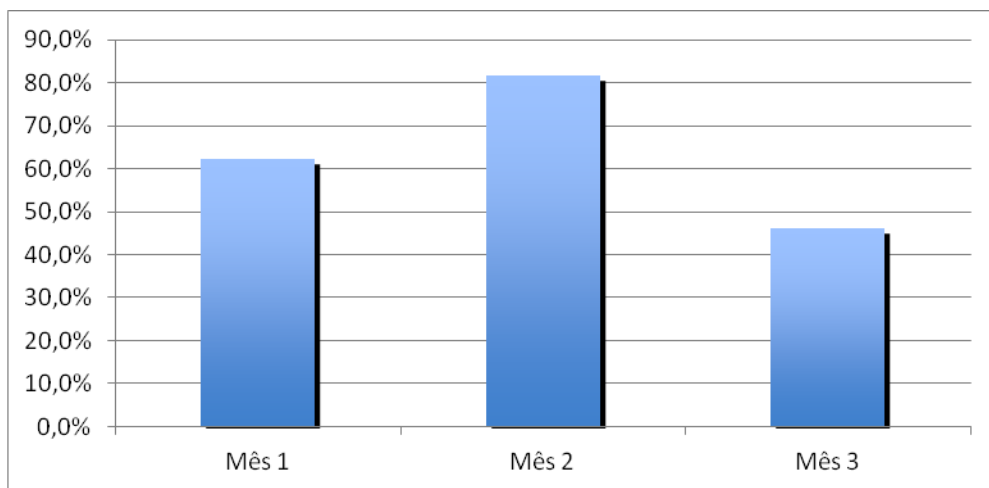


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do Desenvolvimento. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Metas 2.4: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: Proporção de crianças que tiveram déficit de peso monitorado

Metas 2.5: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

No decorrer da intervenção apenas 6 crianças foram detectadas com excesso de peso, identificadas no segundo mês, e 2 com déficit de peso, alcançando uma meta de 100% de acompanhamento, conforme observamos nos gráficos abaixo. As crianças foram encaminhadas para o centro de especialização para acompanhamento com nutricionista e pediatra, e estão sendo acompanhadas pela equipe, com adesão as recomendações, e acompanhamento das medidas antropométricas realizadas na UBS.

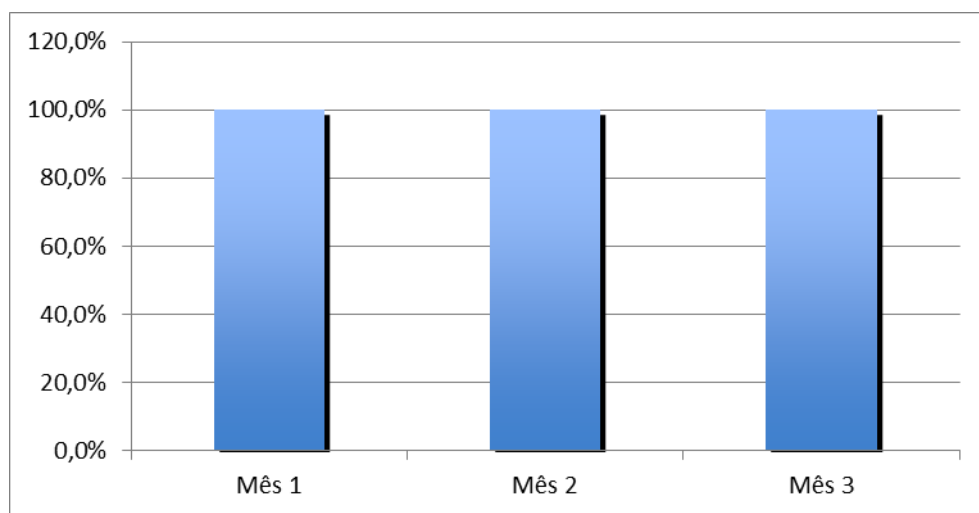


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

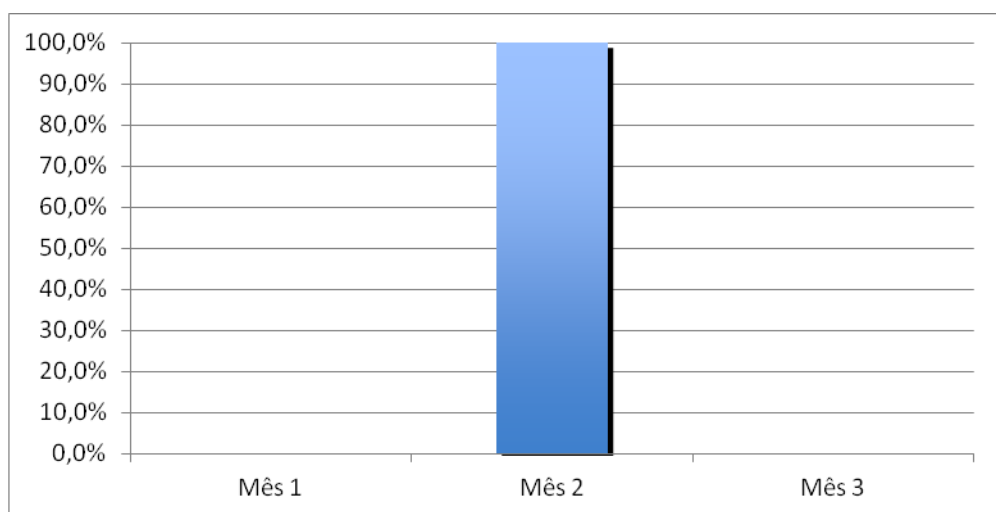


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 2.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 2: Número total de crianças inscritas no programa de suplementação de ferro

A suplementação de ferro atingiu um percentual de 11(84,6%) crianças no primeiro mês. No decorrer da intervenção esses números foram melhorados, com um trabalho de orientação aos pais, e campanhas na comunidade, com atualização da suplementação de ferro, apresentando ao final uma meta satisfatória, ou seja, 100% no segundo e terceiro mês conforme mostra a figura 6.

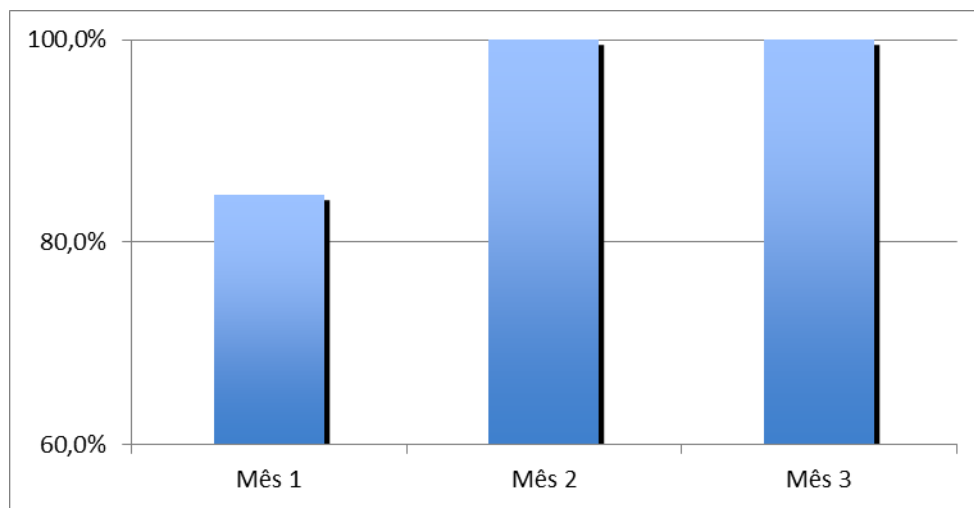


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses de idade com suplementação de ferro. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Metas 2.7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

A sala de vacinação na UBS dispõem de todas as vacinas, e materiais necessários para aplicação, garantindo assim um atendimento imediato as crianças que precisam ser vacinadas. A vacinadora da UBS é uma profissional que tem um ótimo manejo com as crianças, porém não alcançamos a meta de 100%, devido o grande número de crianças de a área abrangente ficarem na casa dos pais em outros bairros, e usam o serviço de outras unidades. (66,0%), no segundo mês, 53(74,6%) crianças e no terceiro mês da intervenção 40(52,6%) crianças com vacina em dia para a idade.

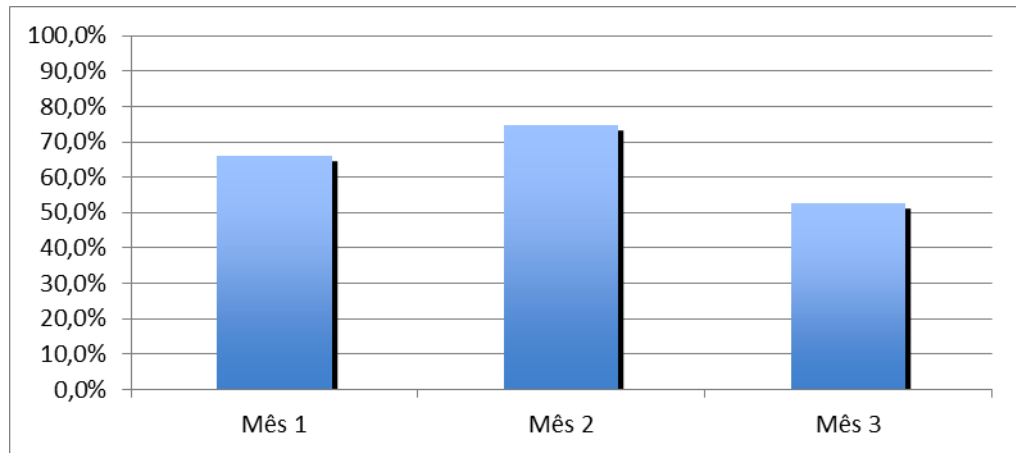


Figura 9 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Metas 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Indicador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva

O primeiro mês da intervenção foi o mês que mais identificamos crianças que realizaram triagem auditiva, atingindo um percentual de 94,3%, ou seja, 50 crianças, das 53 inscritas no programa no primeiro mês. No segundo mês foram identificadas 23(32,4%) crianças e no terceiro mês 40(52,6%). Porém, em todas as crianças que nasceram no período (8) da intervenção foi realizada a triagem auditiva na maternidade antes da alta, devido as Unidades Básicas de Saúde não dispor ainda desses serviços, um processo que está em fase de implantação.

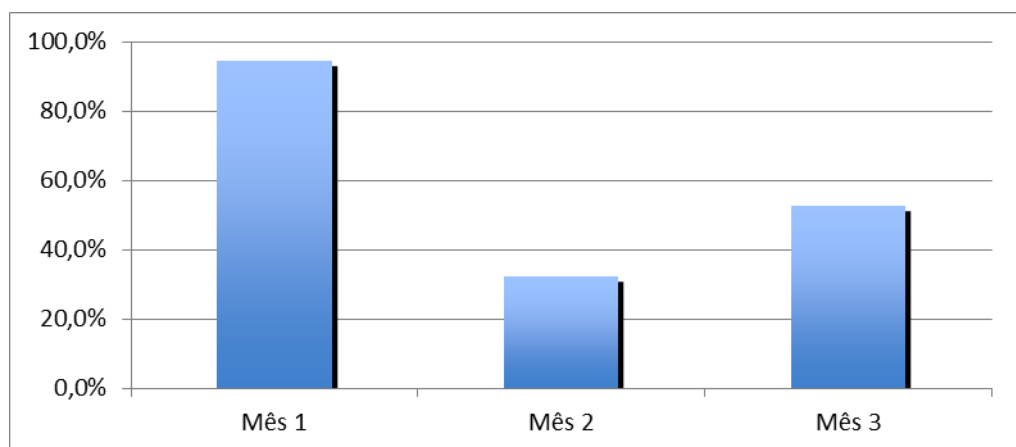


Figura 10 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças que realizaram triagem auditiva. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

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

Em relação ao teste do pezinho, no período da intervenção, as 8 crianças que nasceram foram pré-agendadas na visita domiciliar, com realização do teste do pezinho até o sétimo dia de vida, esse procedimento já era realizado na sala de CD, com uma demanda significativa, pois atende um grande número de crianças advindas de outras áreas. O que favoreceu a captação dessas crianças foi o controle dos registros, e o monitoramento das gestantes, além da visita de puericultura realizada pela enfermeira e o agente de saúde assim que a mãe chega em casa com o bebê, onde são dadas as orientações, e feito o agendamento do primeiro atendimento na UBS, para realização do teste do pezinho e a primeira consulta de puericultura.

O reteste após 30 dias também é feito na maternidade, e os neonatos e lactentes sem indicadores de risco que obtiveram respostas satisfatórias na triagem realizaram o acompanhamento mensal do desenvolvimento da audição e da linguagem na UBS, utilizando como referência os marcos para acompanhamento do desenvolvimento de audição e linguagem (OMS, 2006).

Os neonatos ou lactentes que não apresentam respostas adequadas na triagem ou no monitoramento, ou ainda no acompanhamento, são referenciados e são acompanhados nos Centros Especializados, e monitorados pela Atenção Básica, através da consulta mensal de puericultura. Em relação às crianças inscritas e acompanhadas no programa, no primeiro mês 46(86,8%) crianças realizaram teste do pezinho até 7 dias de vida, no segundo mês 9(12,7%) e no terceiro mês 38(50,0%) crianças, conforme observamos no gráfico abaixo.

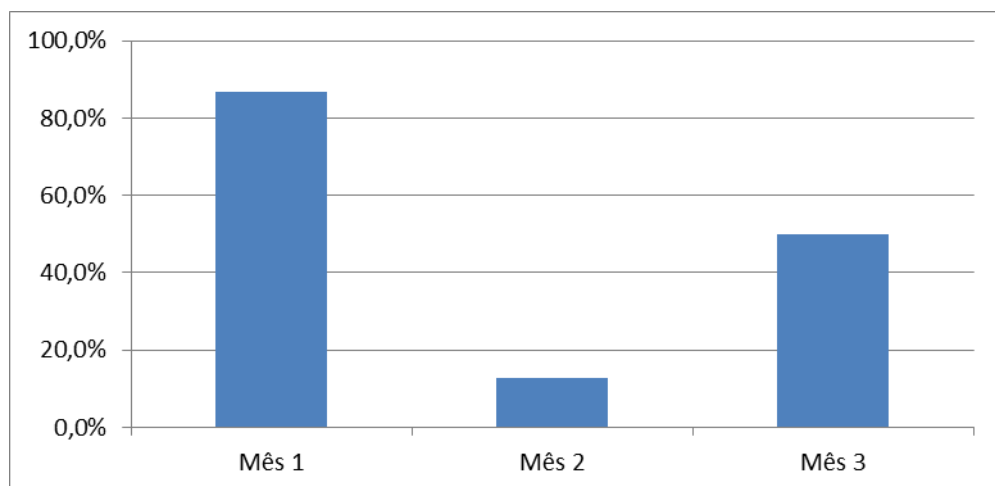


Figura 11 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Metas 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com necessidade de atendimento odontológico.

Nesse indicador, no primeiro mês: 8(27,6%) os serviços odontológicos funcionou apenas dois dias, pois a cadeira do dentista quebrou, e as crianças não tinha como ser atendidas após a avaliação, no segundo mês: 15(35,7%) as crianças avaliadas foram encaminhadas para unidade mais próxima e o percentual melhorou, no segundo mês houve reforma da UBS, e os serviços odontológicos ficaram prejudicados, assim como no terceiro mês: 13(41,9%), quando aconteceu o concerto a demanda de espera era grande e não foi possível atender todas as crianças que estavam esperando.

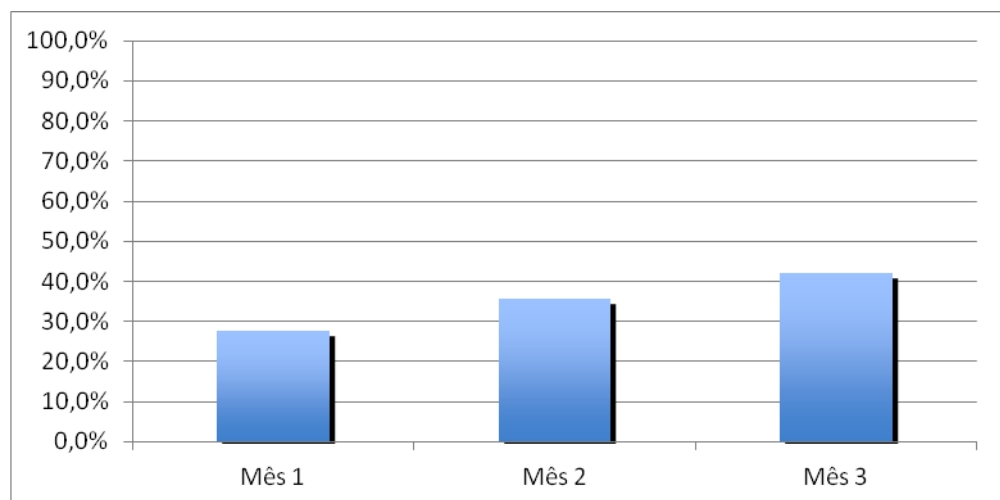


Figura 12- Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

A precariedade nos serviços odontológicos do município, com equipamentos avariados, assim como, a alta demanda de usuários advindos de outras áreas, na UBS, refletiu no baixo número de atendimentos. No entanto, a resolutividade para incorporação das ações previstas no projeto nas proximidades do final da intervenção, mostra uma viabilidade para a continuidade da ação programática à rotina dos serviços e melhores resultados. De acordo o gráfico, no primeiro mês da intervenção, apenas 22(75,9%) crianças realizaram primeira consulta odontológica, no segundo mês, 12(28,6%) e no terceiro mês 18(58,1%).

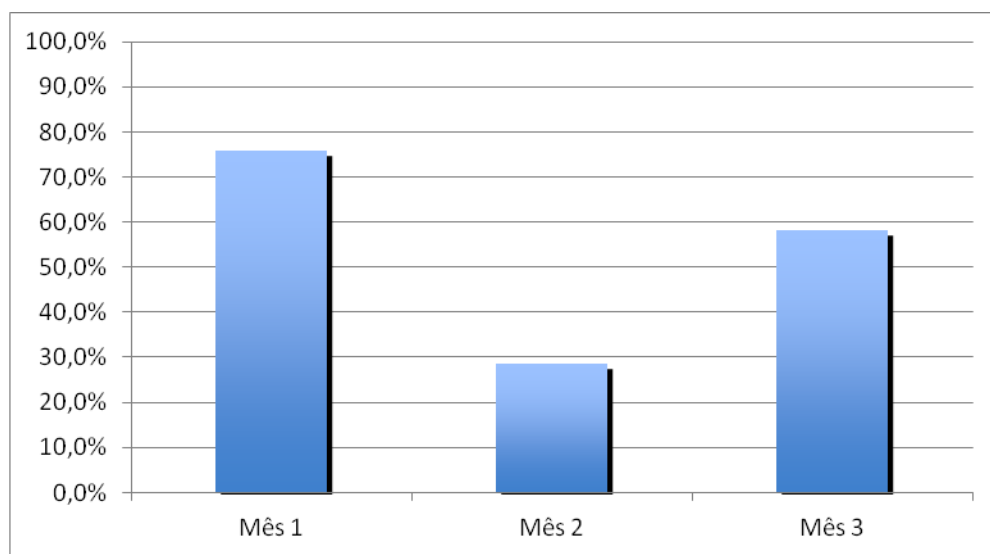


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 2.12: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: da proporção de crianças com tratamento dentário concluído

Esse foi um indicador que não foi possível alcançar no primeiro mês onde apenas 33,3% concluiu o atendimento, fato atribuído à inconstância da funcionalidade dos serviços odontológicos na UBS, além da grande demanda de necessidade da comunidade em geral e a escassez da oferta pelo SUS da assistência odontológica em todo o município. O fator determinante desses resultados foram as constantes falhas de equipamentos, e a longa demora na compra e conserto de materiais, a justificativa do gestor é que esse é um fator que

envolve processos licitatórios. Entretanto, com a elaboração de um plano de intervenção que prioriza a avaliação das crianças, com reserva de vagas semanalmente sinaliza bons resultados no final da intervenção com uma expectativa de ampliar esse número de atendimento. A partir do segundo mês 100% das crianças que foram encaminhadas tiveram tratamento concluído. Conforme representação gráfica abaixo:

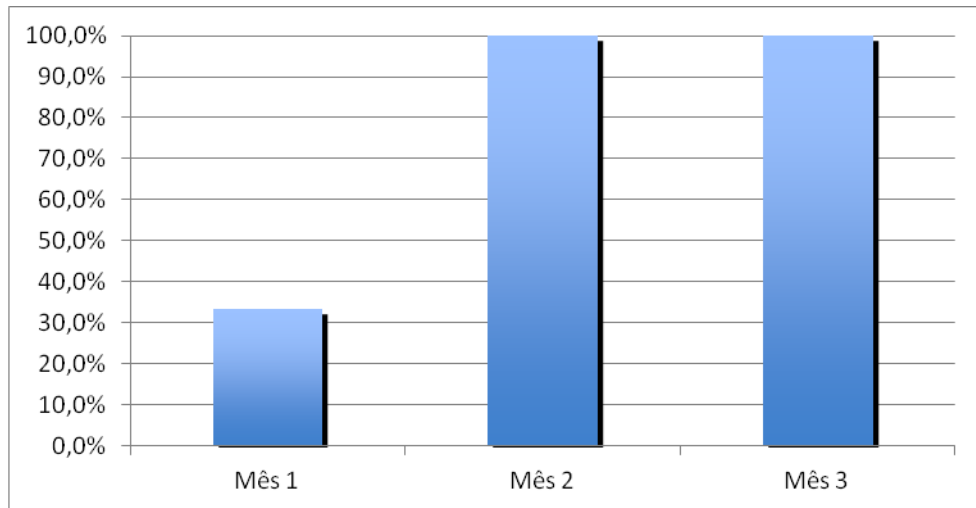


Figura 14 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança e ao atendimento em saúde bucal.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

Indicador: Proporção de buscas ativas realizadas às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

Nesse indicador no no mes1: 3(75,0%), e no segundo mês16(100,0%) foi possível fazer a busca ativa de um número significativo das crianças, pois conseguimos UBS, e os atendimentos foram remarcados, no terceiro mês, 0(0,0%) não houve crianças faltosas nas consultas, por isso não foram buscadas.

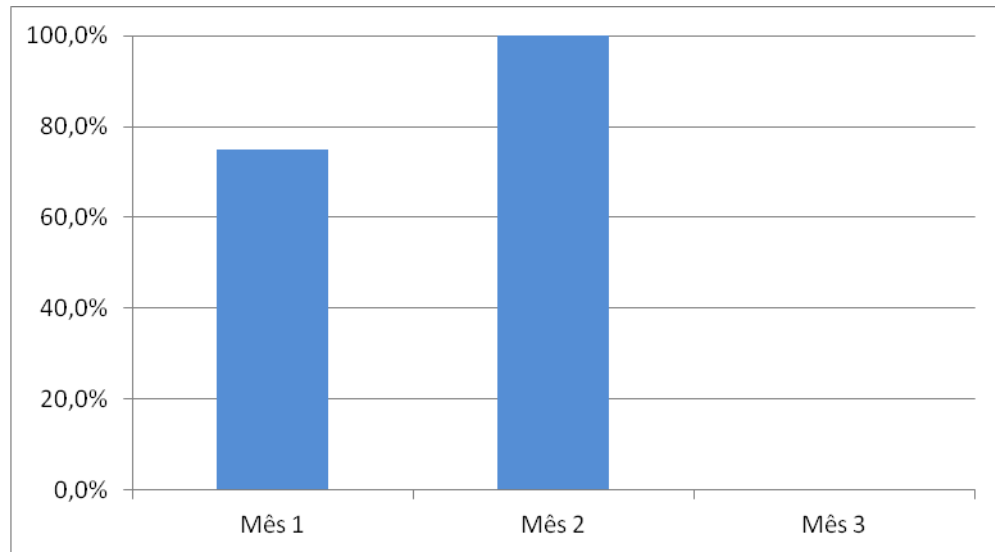


Figura 15- Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 3.2: Realizar busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde

Embora o Programa de Atenção à saúde da Criança tenha uma boa adesão, o atendimento de Saúde Bucal está em um processo de melhoria constante, após a volta dos atendimentos odontológicos que não funcionou quase todo o período da intervenção. No primeiro mês foi acompanhado todas as crianças do programa. A busca ativa não foi necessário porque não houve faltosos

Um fator que contribuiu para esse resultado foi a necessidade da criança, a responsabilidade dos pais, e o alto custo dos serviços odontológicos, o que leva os pais a não perder a oportunidade de atendimento, e mesmo as que foram encaminhadas para outra UBS, compareceram a consulta programática. Vejo com a funcionalidade dos serviços, a organização dos registros com um grande número de agendamento programático, o monitoramento e busca ativa funcionando uma possibilidade real de adesão das melhorias já implantadas.

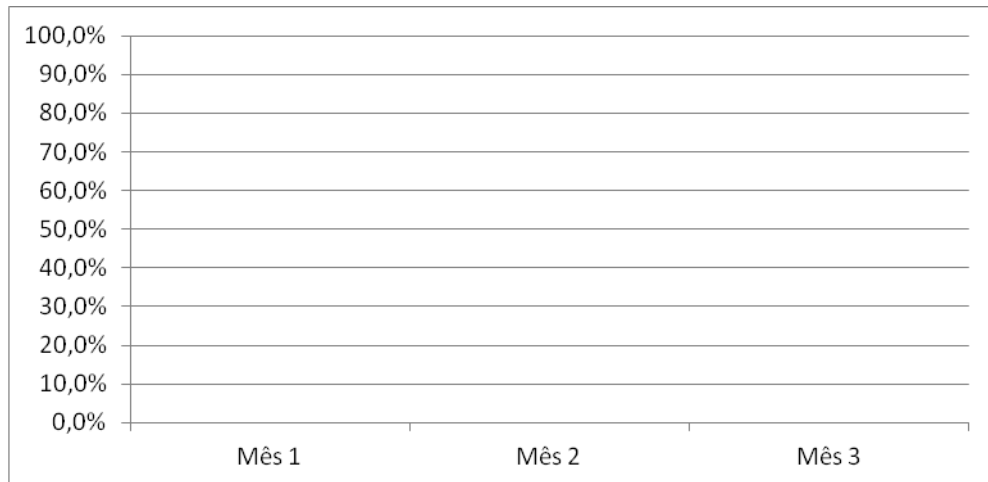


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

Nesse indicador, no primeiro mês: 50(94,3%), o empenho dos profissionais facilitou a meta atingida assim como o monitoramento das ações, e as reuniões de equipe para discutir a análise dos registros. No segundo mês 58(81,7%), o trabalho deu continuidade, porém, a maioria das crianças que estavam cadastradas não moravam na área, o que diminuiu os resultados, pois tivemos que reavaliar o cadastro. No terceiro mês: 40(52,6%). Em busca de manter a qualidade dos registros, os agentes de saúde realizaram visitas para atualizar os dados pendentes, muitas vezes as mães não dispunham de todas as informações necessárias para preenchimento adequado da ficha espelho ou por esquecer documentos importantes no ato da consulta que contem os dados do nascimento do bebê e o cartão da criança para verificar as vacinas, o que prejudicou os resultados obtidos no terceiro mês, impossibilitando atingir as metas propostas.

Figura 17 - Gráfico Indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 4.2: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

As crianças que fizeram acompanhamento odontológico na UBS e as que foram encaminhadas para outros serviços estão com 100% dos registros atualizado no prontuário, e no caderno de agendamento da consulta odontológica programática, com segmento, apesar de todas as fragilidades que o programa de saúde bucal apresentou no decorrer da intervenção, a proeza dos registros é o que potencializa a ação a dar continuidade pós intervenção.

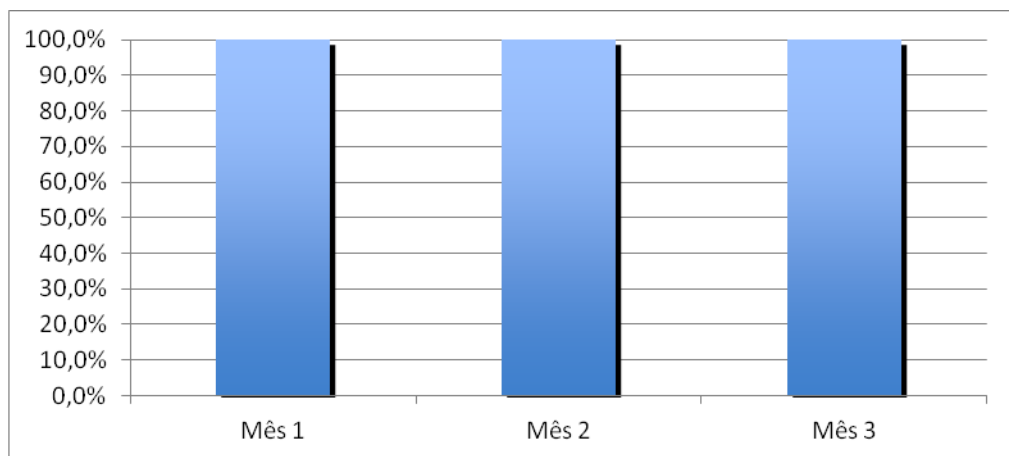


Figura 18- Gráfico indicativo da proporção de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

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

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

Nesse indicador a área abrangente foi mapeada apresentando no primeiro mês 55(77,5%). Atribui a esse resultado a maioria das casas fechadas, e uma grande dificuldade de encontrar a família em casa, houve um entendimento da

equipe sobre a importância da avaliação de riscos, a partir das capacitações, gerando reflexão e melhor desempenho nas ações. Um fator que interferiu no índice de qualidade principalmente no segundo mês, 55(77,5%), melhorou porém a dificuldade persistiu, devido às condições econômicas e sociais favoráveis da população, do bairro que dificultou o acesso, fato que persistiu no terceiro mês 3: 40(52,6%), impossibilitando assim, atingir as metas propostas.

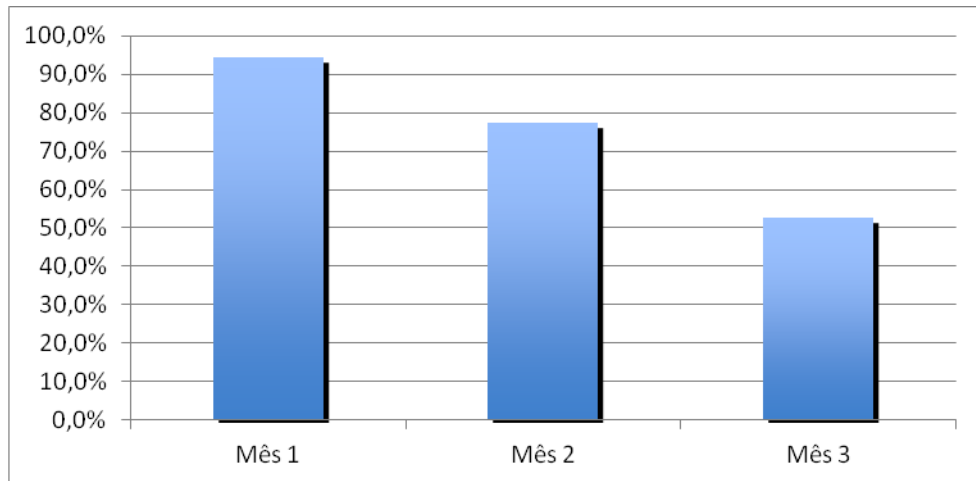


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância.

Nesse indicador percebe-se que no primeiro mês: 41(77,4%), das crianças que foram acompanhadas, a equipe estava bem capacitada o que favoreceu o resultado. No segundo mês, melhorou ainda mais os resultados, fato evidenciado com a dedicação dos profissionais, atingindo um percentual de 59(83,1%). No terceiro mês 3: 40(52,6%), devido a um grande número de agentes de saúde em capacitações foram poucas as visitas realizadas. Porém as orientações foram dadas em todas as consultas de puericultura.

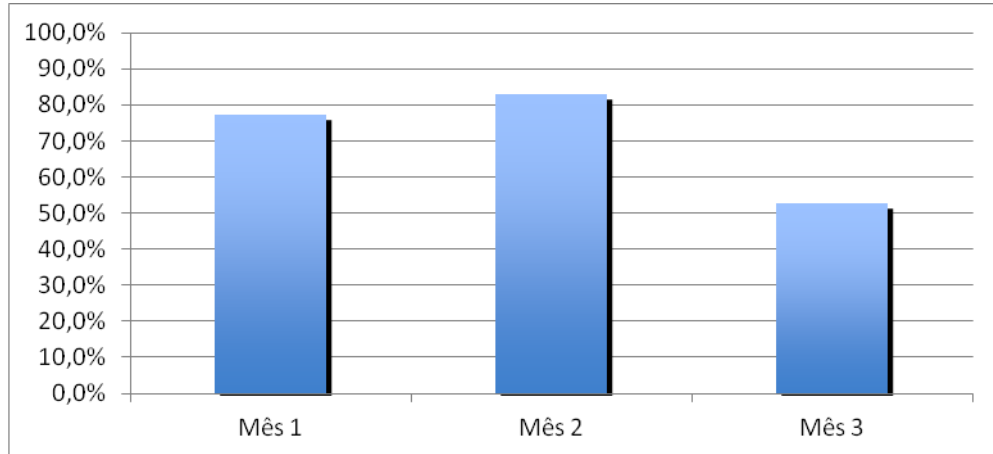


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

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

Percebe-se nesse indicador uma evolução positiva em todos os meses da intervenção, das 8 crianças que nasceram na área no decorrer da intervenção, todas foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura, atingindo um percentual de 100%. As crianças apresentaram na amamentação uma boa pega, e boa sucção, observou-se nos relatos das mães que estão conscientes da importância do aleitamento materno exclusivo para seu bebê, isso é atribuído ao trabalho da equipe com orientações realizadas nas palestras e rodas de conversa com material informativo. Das crianças que foram acompanhadas durante a intervenção, no primeiro mês, as mães de 50(94,3%) crianças informam que foram colocadas para mamar na primeira consulta, no segundo mês 60(84,5%) e no terceiro mês 40(52,6%).

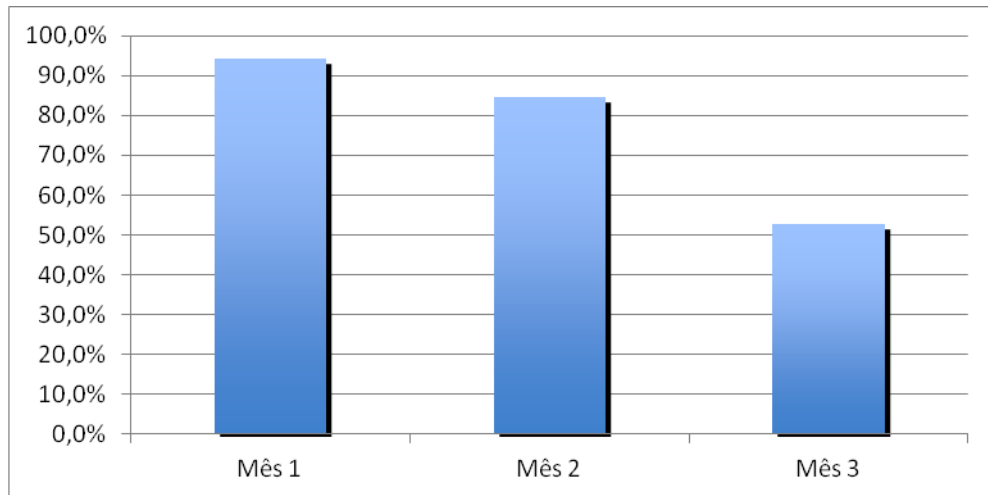


Figura 21- Gráfico indicativo do Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

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

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

Nesse indicador, no mes1: 50(94,3%), o que favoreceu o resultado foi o empenho e o entendimento da equipe em relação a importância da alimentação da criança, assim como no segundo mês 2: 60(84,5%), com a continuidade das capacitações, o que fortaleceu o conhecimento e conscientização da equipe. No terceiro Mês 3: 40(52,6%), a equipe ficou um pouco distante das ações, devido a capacitações fora da UBS. Porém as orientações nas consultas foram realizadas.

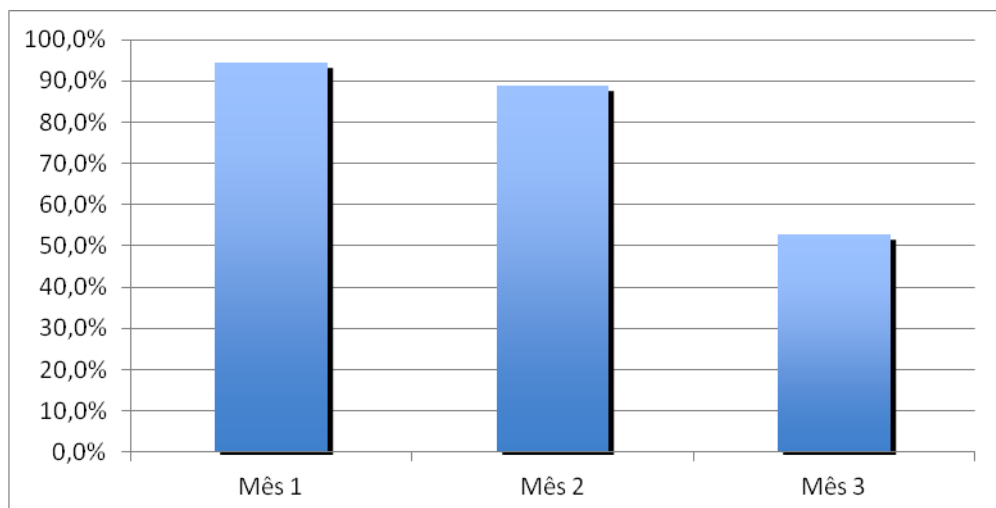


Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Metas 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal

Nesse indicador, todas as crianças tiveram orientação sobre higiene bucal, como tivemos muitos problemas em relação a funcionalidade dos serviços de saúde bucal, nos empenhamos ainda mais nas ações de orientação, atingindo um 100%.

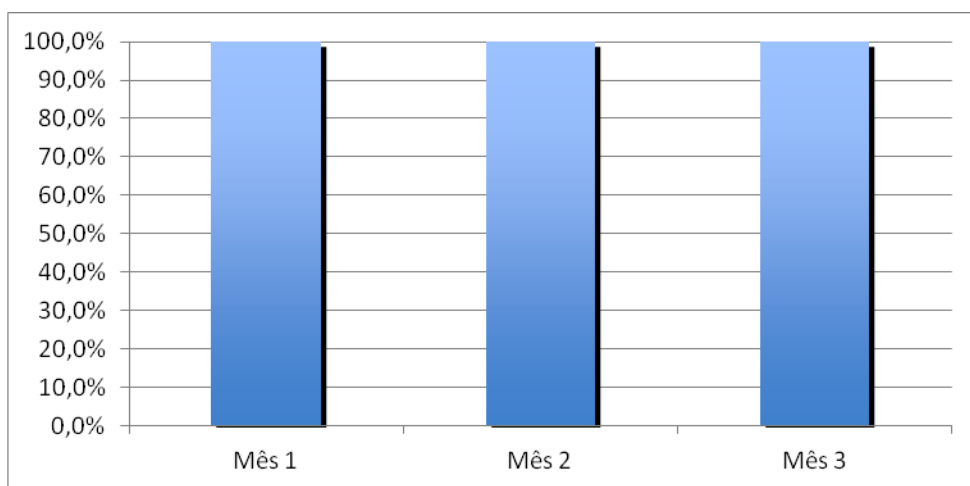


Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de crianças que receberam orientações sobre saúde bucal. UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

Meta 6.5: Fornecer orientações sobre dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

O gráfico mostra que esse indicador teve uma evolução positiva a cada mês da intervenção. Das crianças que realizaram a primeira consulta odontológica, 2(66%) dos pais tiveram orientações sobre dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. No segundo mês 11(84,6%) e no terceiro mês, 16(94,1%). O que favoreceu os resultados foi à parceria com a equipe de odontologia, por inatividade dos serviços de tratamento odontológico na UBS, dispôs de tempo para desenvolver inúmeras atividades de educação em saúde se estendeu a todas as crianças em idade escolar dentro do programa PSE

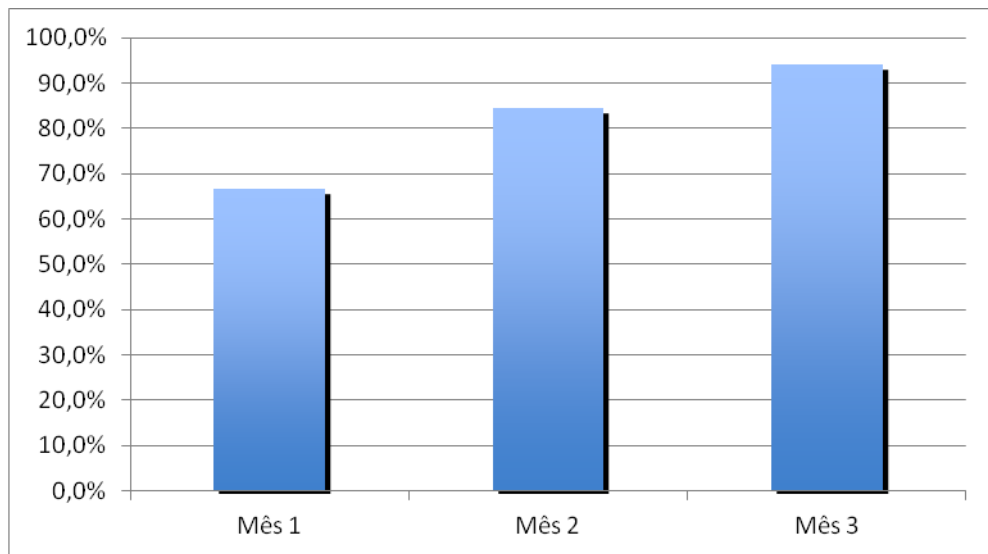


Figura 24- Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. . UBS Pricumã. Boa Vista – RR, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou melhorias na Atenção à Saúde da Criança de 0 A 72 meses com a implantação do Programa de Puericultura, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro e as atividades de educação em saúde que se estenderam às crianças na idade escolar, vinculadas às atividades do PSE.

A princípio exigiu um grande esforço da equipe em se adaptar a novas rotinas de serviços desde a apresentação do projeto, que envolveu: auxílio nas atividades em grupo e discussões e capacitações. Assim como, a solicitação constante de dados atualizados para solucionar a demanda de cada unidade de estudo proposta pelo curso. Aos poucos a equipe foi se adaptando e considerando a necessidade de promover melhorias, que envolve mudanças de atitudes, atribuições individuais e coletivas acerca de práticas de atenção direcionadas à saúde das crianças.

A integração do trabalho em equipe foi fator determinante para iniciar a intervenção, sobretudo dos agentes de saúde que se esforçaram em todas as suas

atribuições como: Cadastrar todas as crianças de sua microárea e manter os cadastros atualizados; Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias que possuem crianças sob sua responsabilidade; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, campanha de vacinação; atualização da suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 18 meses; auxiliar na realização dos testes de acuidade visual de todas as crianças na idade escolar; auxiliar nas medidas antropométricas para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, etc.

A intervenção ainda envolveu outros profissionais na reorganização dos serviços, como: os técnicos de enfermagem na triagem do atendimento clínico das consultas de puericultura, na participação das capacitações, no auxílio nas atividades de educação em saúde e no monitoramento dos registros. A equipe odontológica em todo suporte de avaliação da consulta programática e das atividades de saúde bucal. A psicologia no suporte de atendimento das crianças avaliadas como necessidade de acompanhamento, a recepção no acolhimento, na organização do agendamento, dos prontuários, no controle e adequação dos registros. A vacinadora na efetividade da sua função, no controle dos registros do cartão espelho de vacina e na divulgação do programa feito inicialmente para que todas as mães soubessem da implantação do programa, uma parceria que foi de grande valia. A enfermeira, que compartilhou comigo o seu conhecimento, e me conduziu por muitas vezes no direcionamento das ações, a gestora que me recebeu na UBS de forma muito acolhedora, e me ofereceu suporte dentro das possibilidades que o sistema permite.

A implantação do programa trouxe um impacto positivo com a reorganização dos serviços, e melhoria dos registros, como a organização da sala para receber os grupos de primeira infância; a periodicidade das reuniões de equipe; a participação mais efetiva dos agentes de saúde nas atividades propostas; o cumprimento do calendário de educação em saúde; o monitoramento das ações e efetividade na busca ativa; a melhoria e clareza dos registros, que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à criança, não deixando de atender a demanda espontânea.

As atividades de puericultura, ao se iniciar a intervenção apresentavam-se de forma fragmentadas, em que as ações desenvolvidas nesse contexto se restringiam à realização das medidas antropométricas; teste do pezinho; vacinas; e a oferta da suplementação de vitamina A. Sabe-se que o programa de puericultura que se limita a essas ações apresenta fragilidade, pois a atenção à criança vai muito mais além dessas ações, envolve acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo enfermeiro, orientação com foco na prevenção de doenças, com monitoramento, o que exige um olhar ampliado para as condições sociais e avaliação de riscos, ações de engajamento público, e formação de grupos.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade que procura os serviços, demonstra satisfação no atendimento e retorna às consultas. As mães se tornaram multiplicadoras de informações, para aquelas que desconhecem ou ignoram a importância desse acompanhamento, o que fortaleceu o programa e os resultados obtidos.

Apesar da implantação de melhorias nos serviços, ainda temos crianças da área que estão descobertas, ainda falta um espaço na UBS adequado para atendê-las, e também uma formação de grupo mais consolidado. A intervenção poderia ter sido facilitada, se desde a análise da intervenção, tivesse discutido detalhadamente todas as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação maior com a gestão, para explicitar os critérios para priorização da atenção, assim como as necessidades e dificuldades, além de discutir a melhor maneira de implementação do programa.

Também senti falta de uma orientação local ligada ao PROVAB, para um suporte de aprendizado técnico, assim como as capacitações e acompanhamento do desenvolvimento do meu trabalho, fato minimizado com o suporte que recebi da equipe e da gestão da unidade, além de todo material disponibilizado pelo curso para estudo, e do acompanhamento do orientador à distância. Agora, que estamos

no fim do projeto, percebo que os problemas foram por ora superados, e as dificuldades foram trabalhadas, a equipe está integrada, conhece as suas obrigações em relação à priorização desse programa e como será incorporada à rotina dos serviços a equipe terá tempo de aprimorá-las.

Se tivesse que iniciar a intervenção hoje traçaria uma meta mais estratégica para a formação de grupos, fato que se iniciaria na análise estratégica, de modo que fosse uma ação tratada com mais prioridade, pois é uma tarefa que precisa de tempo para se consolidar, exige uma série de fatores além de envolvimento e compromisso da equipe, na conquista diária de construção de laços com a comunidade, fortalecendo os encontros. Vejo nos resultados que o direcionamento das ações programadas, a organização dos registros, a conversa diária com a equipe, assim como os vínculos estabelecidos com a comunidade, possibilitou um olhar de ampliação de melhorias para outros serviços como o programa de Diabetes e Hipertensão e o planejamento familiar que está se iniciando a curtos passos. Uma observação que retrata o despertar para a mudança a partir do conhecimento adquirido, um comportamento natural no processo de aprendizado.

O próximo passo é uma segunda etapa de reorganização dos serviços, com uma reflexão crítica avaliando os pontos que podem ser melhorado no ajustando os impasses, redistribuindo as funções, ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, investir na ampliação de cobertura, e incluir nos objetivos, metas que contemple e fortaleça os eixos que caracterize a ambiência. Objetivando um espaço que possibilite a produção de subjetividades, encontro de sujeitos por meio de ação e reflexão sobre os processos de trabalho, um espaço que possa ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010). Focando em ações que fortaleça o projeto e amplie cada vez mais a qualidade da atenção, e os resultados já obtidos, dando continuidade ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança contemplando todas as ações preconizadas pelo SUS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A atenção primária à saúde (APS) tem como meta atender aos problemas de saúde prevalentes em uma dada população. De acordo com a política da Nacional

da Atenção Básica (PNAB), o atendimento à saúde da criança e dos demais membros da família deve considerar o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural, deve buscar produzir a atenção integral com continuidade, articulada na própria equipe, no serviço de saúde, nos demais serviços e níveis de assistência.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem essa função de promover os princípios da atenção primária, dentro desse contexto está a atenção a saúde da criança que entre outros aspectos deve considerar a criança como membro de uma família, onde os cuidados envolve a família como sujeitos ativos no cuidado à saúde da criança.

Sabe-se que, no cenário da Atenção Básica, o enfermeiro é um dos principais atores, e tem desempenhado importante papel na assistência primária à saúde acerca da responsabilidade, acompanhamento e promoção da saúde das crianças. O enfermeiro atende em todos os Programas de Atenção à Saúde dos indivíduos, envolvendo todos os ciclos de vida, onde ele atua no planejamento, elaboração, implementação, execução, e monitoramento das ações de promoção e recuperação da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada para reorientar a atenção primária à saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), está ganhando relevância em função das crescentes evidências de sua maior adequação, desempenho e efetividade em comparação ao modelo tradicional (Facchini et. al., 2006).

Para qualificar o desempenho e aumentar a efetividade da ESF, uma das alternativas do Ministério da Saúde (MS) foi investir na formação das equipes, em larga escala, através dos cursos de Especialização em Saúde da Família vinculados à Especialização em Saúde da Família EaD – UFPel Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Cursos oferecidos através da Educação a Distância (EaD) que se configura como um processo educacional presencial on-line em que são utilizadas as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e as Tecnologias Digitais Virtuais (TDV) como recursos pedagógicos essenciais para oportunizar a formação em serviço.

Portanto, dentro desse contexto com o apoio da gestão local que aderiu ao programa o qual fui selecionada e lotada na Unidade de Saúde Básica Pricumã com

uma carga horária de 32 horas semanais, para desenvolver atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE), com foco principal na especialização e intervenção na UBS, iniciei o meu trabalho nos meados de janeiro de 2014.

Essa especialização em Saúde da Família me propiciou a prática na Unidade de Saúde com o meu objeto de estudo tanto na área de saúde coletiva com as reflexões problematizadora sobre o meu serviço, como na área de prática clínica. Através da resolução de casos clínicos interativos, da atividade “Estudos de Prática Clínica”, sobre temas levantados a partir de minha avaliação formativa, e pela discussão, no fórum de prática clínica, de questões surgidas a partir de minha prática cotidiana de atendimento na UBS. Para isso recebi o apoio da unidade, equipes de coordenação e orientação do curso, com o apoio nas tarefas, disponibilizando ferramentas, conhecimentos e técnicas. Um projeto de realização profissional, onde a minha gestão me proporcionou a oportunidade de qualificação para servir o meu município.

Na primeira unidade do curso: Análise Situacional, o meu trabalho foi fazer uma análise descrevendo a situação da minha UBS, o que incluiu: ações de engajamento público, estrutura, processo de trabalho, e população. O objetivo dessa unidade de estudo foi visualizar o cenário de prática e contextualizar, a partir disso identificar as fragilidades e escolher uma ação programática típica de Unidade de Saúde para implementar ou reorganizar nos meses subsequentes, a mesma deverá ser incorporada a rotina da UBS, após o final do curso.

A minha ação Programática escolhida foi Atenção à Saúde da Criança, diante dos resultados da análise situacional no final da terceira unidade, verifiquei que o programa de atenção à saúde da criança era o que precisava de uma atenção mais qualificada, pois, contemplava de forma parcialmente as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde o enfermeiro tem ações privativas que precisa estar inserida nesse contexto. As linhas de cuidados propostas pelo Ministério da Saúde apontam para focos de atuação para a atenção integral a saúde da criança, e a redução da mortalidade infantil, essas linhas de cuidados compreendem tanto as perspectivas de tratamento e prevenção dos agravos quanto às da promoção a saúde, esse acompanhamento é feito através da consulta de enfermagem articulada

com os conceitos de integralidade e acessibilidade, ou seja, compreender a criança em seus aspectos físicos, espirituais, sociais e mentais, além de garantir o acesso facilitado pra cada situação em que a criança e sua família precisar.

Para que a intervenção fosse iniciada, conversei com a equipe, onde juntos entendemos que para funcionar era preciso que todos estivessem engajados no processo, principalmente na divulgação do programa para a comunidade, pois devido às condições econômicas favoráveis, poucos moradores da área procuram os serviços para acompanhamento contínuo. Elaboramos um plano de visita da área, onde o agente de saúde e eu fizemos visitas e divulgamos a implantação do programa e os benefícios que ele oferece para as crianças. O programa foi bem recebido pela comunidade, com uma boa aceitação.

Para o sistema de registro no acompanhamento das crianças na consulta de puericultura foi usado todos os materiais disponibilizados pelo curso, como ficha espelho, planilhas de objetivos, metas, indicadores e ações, planilha de coleta de dados, com avaliação e monitoramento das ações conforme cronograma estabelecido.

Logo no início os pais foram fortes aliados, se mostraram interessados, fizeram um trabalho de multiplicadores, divulgando os serviços, além da busca ativa dos agentes de saúde. Foi assim que tornou possível o acompanhamento das crianças, com bons resultados. Houve um aumento da cobertura vacinal, um índice satisfatório de mães com adesão do aleitamento materno exclusivo, resultado de uma abordagem individual ativa, durante as consultas de puericulturas, explicando passo a passo a importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento da criança, O cumprimento dos programas de suplementação de vitamina A, e suplementação de ferro, a orientação sobre alimentação mista na fase de desmame, a melhora dos registros e o conhecimento dos agentes de saúde em relação à saúde da criança, assim como a abordagem na visita aos pais.

É preciso levar em conta a diversidade social da população do bairro, onde as condições sociais favorecidas interferem na aplicabilidade das ações, no monitoramento e conseqüentemente nos resultados. Por muitas vezes desestimula o

profissional agente de saúde que após inúmeras tentativas de contato com a família, quando consegue uma abordagem é recebido com indiferença pelo morador, que alega não precisar dos serviços do SUS, por isso prefere não ser mais incomodado. O que leva a equipe se adequar ou elaborar um plano de intervenção que mude essa realidade.

O período de intervenção foi de 12 semanas, iniciando com o levantamento da população da área abrangente, onde foi feito um levantamento da quantidade de crianças pelos agentes de saúde, baseado nos dados do SIAB, e dos registros da unidade, do onde foi apontado pelos agentes de saúde uma média de 180 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses. Nesse período foram acompanhadas 76 crianças, que representa 42,2%. Em relação à saúde bucal foram acompanhadas apenas 17 crianças(12,1%), devido a problemas em relação ao funcionamento dos serviços de odontologia, nem todas as crianças que precisaram dos serviços foram atendidas na UBS, porém foram encaminhadas para outros serviços. Esse é um problema que já foi resolvido, com a capacitação realizada pelo acolhimento que elaborou um plano de intervenção que priorizou a reserva de vaga para a consulta programática, de gestante e das crianças, portanto, com a continuidade da intervenção, todas as crianças serão beneficiadas.

É importante salientar o apoio e empenho da gestão em relação ao apoio técnico para que os impasses nos serviços odontológicos fossem resolvidos, possibilitando assim a continuidade do atendimento. Os laços estreitos com a gestão possibilitou um diálogo frequente em prol de soluções diante dos problemas encontrados no decorrer da intervenção, o que viabilizou o processo de trabalhos.

Os objetivos principais foram atendidos, porém faltou um engajamento mais eficiente com a comunidade, uma melhor articulação, e solidificação no grupo estabelecido da primeira infância. A equipe já está elaborando um plano de intervenção com a intenção de solidificar essa relação com a comunidade, com a intenção de fortalecer o vínculo, e obter melhores resultados na continuidade dos atendimentos.

Toda a equipe está consciente das melhorias implantadas na Atenção à Saúde da Criança, e dos benefícios que o programa oferece para elas. Daí a

importância da continuidade da assistência, os vínculos foram estabelecidos contribuindo assim para os bons resultados da intervenção, que ainda não é o ideal, mas diante do empenho e satisfação de todos, aponta para a excelência.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

No início do mês de setembro de 2014, iniciou na Unidade Básica de Saúde Pricumã o atendimento as crianças de 0 a 72 meses de idade, através de uma intervenção onde o objetivo foi implantar melhorias na Atenção à Saúde da Criança. Essa intervenção iniciou com a análise situacional, onde foi detectado através de análise de dados que o programa que mais apresentava fragilidades era o direcionado as crianças. A partir daí foram elaboradas metas e ações com o objetivo de prestar uma assistência adequada dentro dos padrões preconizados pelo SUS.

Durante todo o processo de intervenção foi realizado inúmeras ações, visando uma melhor assistência. Inicialmente foi apresentado a comunidade pelo profissional enfermeiro e o agente de saúde responsável pela micro área, através de visita domiciliar, com a apresentação do programa, a importância dele e os benefícios que ele oferece para o acompanhamento e desenvolvimento da criança. Um processo que exigiu muita dedicação e persistência devido à dificuldade de encontrar os pais em casa. No entanto foi notório o interesse daquelas que abriram suas portas e se permitiram conhecer os benefícios oferecidos aos seus filhos.

Percebemos que a comunidade entendeu a importância do programa, fato comprovado com a demanda de atendimentos realizados atualmente pós intervenção, os próprios usuários dos serviços passaram a ser multiplicadores de informação o que fortaleceu os resultados e a incorporação a rotina dos serviços. Durante o trabalho desenvolvido pudemos perceber a qualidade de interação entre as crianças e as famílias, onde foi ofertado um momento para que as mães pudessem falar de seus medos, anseios em relação ao processo do cuidar, além de orientar sobre o olhar atento para as fases de desenvolvimento da criança onde é preciso entender o comportamento e oferecer estímulo a desenvolver as suas competências conforme a faixa etária de idade. Acredito que a comunidade como

multiplicadores de informação, as realizações frequentes dos encontros de primeira infância, que se consolidou no final da intervenção atrai bons resultados, solidificando o programa e beneficiando a comunidade em geral.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Depois de uma longa jornada de estudo e trabalho chega ao fim a concretização de um projeto que não só superou as minhas expectativas em relação ao curso, como desenvolveu as minhas potencialidades. Uma busca constante pelo aprendizado que me permitiu trabalhar habilidades que desconhecia possuir, superando todas as minhas limitações em relação à interpretação textual e poder de comunicação, além de aprimoramento na minha área técnica de atuação.

Ao primeiro contato com a metodologia, a comunicação virtual e as exigências do curso em cumprir o cronograma das atividades, trouxe-me um aprendizado em relação à disciplina; organização; otimização do tempo; interatividade e capacidade de lidar com as dificuldades na área de tecnologia da informação. Embora o curso ofereça um ambiente de fácil acesso, um feedback ativo, as minhas dificuldades nessa área superavam o suporte oferecido, além das responsabilidades paralelas que interferem no cumprimento do calendário, sobrecarrega o tempo, intensifica os problemas e diminui o poder de resolução. No entanto, no decorrer do curso aprendi a trabalhar as dificuldades superando as minhas expectativas.

Ao chegar à UBS, o caminho para desenvolver o trabalho proposto pelo curso me proporcionou desenvolver inúmeras habilidades, com destaque para o inter-relacionamento, pois, o trabalho desenvolvido foi concluído por uma equipe. Sabe-se que o trabalho em equipe exige saber lidar com pessoas, espírito de liderança, flexibilidade e a prática da empatia. Foram muitos os momentos de compartilhamento de ideias, e por muitas vezes contrária, o que gera discussões e desafetos, porém, todos os impasses foram resolvidos com conversa e cordialidade, sempre com foco no propósito final, que é o benefício da comunidade.

A equipe começou a se integrar de forma positiva com o projeto quando começou se sentir parte dele, percebendo que todas as ações planejadas não era uma atividade imposta, era uma complementação de um programa já existente que apresentava fragilidades e precisava funcionar em toda sua totalidade de ações, preconizadas pelo Ministério da Saúde. A partir daí o trabalho fluiu de forma

dinâmica e compreensiva correspondendo a todas as expectativas para um bom resultado, embora não tenha atingido todas as metas almejadas, finalizo com a sensação que desenvolvi um bom trabalho, onde os objetivos propostos foram trabalhos, a equipe permanece focada na continuidade das ações consciente que os resultados podem ser melhorados, procurando estratégias para alcançar novas metas e estreitar cada vez mais os laços da comunidade com a UBS. Olhar para o projeto e ver que ele funciona, é uma realização profissional, um passo importante para novas conquistas. O estímulo de aprendizado constante é fato que faz parte da minha realidade, algo solidificado dia a dia o que me torna uma profissional mais preparada, uma pessoa mais segura, e uma estudante em busca do aprender sempre.

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2012. 272 pag. (Cadernos de Atenção Básica; n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, 2009. 112 pag. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**: Brasília, 2008. 92 pag. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica; n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**: Brasília, 2012. 318 pag. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica; n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**; Manual de Condutas Gerais/ Ministério da Saúde – 2013. 24 p. il.

CABRAL IE, AGUIAR RCB. **As políticas Públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico**. R. Enferm. UERJ. 2003; 11:285-91. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a08.pdf>. Acesso em: maio. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método mãe-canguru**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/crianca/metcanguru.ht>. Acesso em jun.2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília (DF): Assistência Pré-Natal; 2002. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/parto1>. Acesso em mar. 2014

ANEXOS

ANEXO C – Planilha de coleta de dados (Saúde da Criança)

ABA DADOS DA UBS

C8

Digite apenas nas células em VERDE.

1
2
3

4
5
6

7
8

9
10
11

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Mês 1 | Mês 2 | Mês 3

OBSERVAÇÕES

Menores de 12 meses: 0
De 12 a 24 meses: 0
De 25 a 72 meses: 0
Total de crianças entre zero e 72 meses: 0

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

ABA DADOS DO MÊS (PARTE 1 E 2)

B16

13

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

| Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | Idade da criança | Sexo | A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida? | A criança está com o monitoramento de crescimento em dia? | A criança está com déficit de peso? | A criança está com déficit de peso com monitoramento em dia? | A criança está com excesso de peso? | A criança está com excesso de peso com monitoramento em dia? | A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia? | A criança está com o esquema vacinal em dia? | A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro? |
|------------------------------|--|-----------------|------------------|-------------------------------|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|---|
| Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | Em meses | 0 - Masculino 1 - Feminino | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | |

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

B16

13

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

| Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | Foi realizada triagem auditiva na criança? | A criança fez o teste do pezinho nos primeiros dias de vida? | A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico? | A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática? | A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro? | Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta? | A criança está com registro adequado na ficha espelho? | Foi realizada avaliação de risco na criança? | A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância? | A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura? | A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária? | A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie? |
|------------------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|
| Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | |

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

