

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 03



Melhorias na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses – Programa de Puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda, no município de Chorozinho, no interior do Ceará.

Danielle Barros Albuquerque

Março/2014

Danielle Barros Albuquerque

Melhorias na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses – Programa de Puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda, no município de Chorozinho, no interior do Ceará.

Orientadora: Lucimar da Silva Moura Thomasini

Co-Orientadora: Andréa Gonçalves Bandeira

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade a Distância - UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Março/2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A343m Albuquerque, Danielle Barros

Melhorias na atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses - programa de puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda, no município de Chorozinho, no interior do Ceará / Danielle Barros Albuquerque ; Lucimar da Silva Moura Thomasini, orientadora ; Andréa Gonçalves Bandeira, coorientadora. — Pelotas, 2014.

89 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. I. Thomasini, Lucimar da Silva Moura, orient. II. Bandeira, Andréa Gonçalves, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Danielle Barros Albuquerque

Melhorias na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses – Programa de Puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda, no município de Chorozinho, no interior do Ceará.

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

Enfermeira Lucimar da Silva Moura Thomasini
(Orientadora)

Banca Examinadora:

Profº _____

Profº _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Davi, você é um presente de Deus... Obrigada pelo amor, paciência e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu refúgio, fortaleza e socorro bem presente nas horas de angústia.

Aos meus pais, que me ensinaram a caminhar pela vida com honestidade e perseverança.

Ao meu esposo Davi que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades

Aos meus queridos colegas de trabalho Dra. Jéssica, Dr. Caio, Ilca, Lisiane, Gleicy, Luana, Bia (Maria Elenice) e Gaúcha (Maria Eunice) pela solidariedade, troca de experiências e dedicação ao trabalho.

Aos orientadores pela troca de saberes e pela disposição em ensinar.

Vocês não sabem o quanto são importantes para mim.

LISTA DE FIGURAS

	PAG	
Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	43
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	44
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de crianças que faltaram a consulta e receberam busca ativa na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	45
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de profissionais de saúde capacitados na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	46
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com monitoramento do crescimento em dia na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	47
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neurocognitivo em dia na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	48
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com excesso de peso na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	49
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com déficit de peso na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	49
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com curva de peso descendente ou estacionária na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	50
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	51
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	52
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com teste do olhinho na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	53
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.	54

- Figura 14 Gráfico indicativo da Proporção de crianças com registro na ficha espelho de puericultura/ vacinação na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014. 55
- Figura 15 Gráfico indicativo da Proporção de famílias orientadas nas consultas de puericultura sobre prevenção de acidentes na infância na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014. 57
- Figura 16 Gráfico indicativo da Proporção de crianças em aleitamento exclusivo até sexto mês na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014. 58

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CE – Ceará

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CRAS – Centro de Referência na Assistência Social

EaD – Especialização a Distância

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família

PC – Perímetro Cefálico

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PN – Pré-Natal

PSE- Programa Saúde na Escola

RN – Recém-nascidos

SSA2 - Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias na área

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

	Pág
1. ANÁLISE SITUACIONAL	13
1.1. Situação da ESF/APS em 26/07/2012.....	13
1.2. Relatório da Análise Situacional em 26/10/2012.....	14
1.3. Comentário Comparativo entre o texto inicial e o Relatório.....	17
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA	18
2.1. Justificativa.....	18
2.2. Objetivos e Metas.....	19
2.2.1. Objetivo Geral.....	19
2.2.2. Objetivos Específicos.....	19
2.2.3. Metas.....	19
2.3. Metodologia.....	21
2.3.1. Ações.....	21
2.3.2. Indicadores.....	27
2.3.3. Logística.....	32
2.3.4. Cronograma.....	34
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	35
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	42
4.1. Resultados.....	42
4.2. Discussão.....	60
4.3. Relatório para Gestores.....	62
4.4. Relatório para Comunidade.....	64
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO DE APRENDIZADO	67
6. BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	
Anexo A. Carta ao Comitê de Ética.	
Anexo B. Cartão espelho de vacinação.	
Anexo C. Prontuário atenção à criança.	
Anexo D. Planilha de indicadores fornecida pelo curso de Especialização em Saúde da Família em modalidade EAD da UFPEL.	
APÊNDICES	
Apêndice A. Fotografia da entrada da cidade- Chorozinho/CE.	
Apêndice B. Planilha impressa para controle de atendimentos de	
Apêndice C. Tabela de acompanhamento das crianças.	
Apêndice D. Cartaz de divulgação do programa de puericultura.	
Apêndice E. Mini- cardápio: alimentação completar para crianças que	
Apêndice F. Fotografia das ações desenvolvidas em visita domiciliar ao recém-nascido.	
Apêndice G. Mini-cardápio: alimentação para crianças maiores de seis meses que não mamam.	
Apêndice H. Fotografia das estratégias de Educação em Saúde.	
Apêndice I. Fotografia da campanha de vacinação contra sarampo realizada em fevereiro de 2014.	
Apêndice J. Fotografia da reunião para capacitação da Equipe.	
Apêndice K. Fotografia do mutirão para atualização de cartão sombra de vacinação das crianças atendidas na UBS.	

Apêndice L. Fotografia da avaliação do crescimento e desenvolvimento Infantil.

Apêndice M. Fotografia da ampliação do atendimento às crianças de 24 a 72 meses.

RESUMO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2009). Visando-se incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, orienta-se o desenvolvimento de atividades de atenção sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, e priorizando ações básicas de saúde. Esse trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de idade na comunidade de Chorozinho, CE. A puericultura era praticada apenas até os 24 meses, e sem ações de monitoramento. Foi, então, elaborado um projeto de intervenção onde foram propostas ações dispostas em quatro eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e acompanhamento, engajamento público e qualificação da prática clínica, a ser desenvolvido de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, e, posteriormente, incorporado à rotina da unidade de saúde. Durante este período foram cadastradas 51 crianças, chegando a uma cobertura de 27,6% no programa, sendo estruturado o acompanhamento através do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, assim como a verificação do quadro vacinal das crianças. Conseguiu-se estabelecer que os recém-nascidos no período realizassem a primeira consulta de puericultura em até 15 dias de vida e que o teste do pezinho fosse realizado até o 7o dia de vida. Através do protocolo do Ministério da Saúde o calendário das consultas de puericultura conforme a faixa etária foi implementado como rotina na UBS e os profissionais de saúde estão comprometidos para que todas as ações desenvolvidas tenham continuidade no serviço.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária a Saúde; Saúde da Criança; Puericultura.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão de curso da estudante Danielle Barros Albuquerque no programa de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Este trabalho resultou da necessidade de reformulação do programa de atenção à Puericultura da ESF - Triângulo 1, em Chorozinho - CE. O projeto foi traçado e implementado após diagnóstico situacional dos problemas locais da área de abrangência da Equipe, principalmente no que se referia a saúde da criança. Foram então planejadas e implementadas ações de reorganização funcional do serviço, promoção da saúde e prevenção de agravos relativos ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura). O volume está organizado em 5 unidades, que são: Relatório da análise situacional; Análise estratégica do projeto de intervenção; Relatório do projeto de intervenção; Relatório dos resultados do projeto de intervenção; Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção. Esse Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de agosto de 2012 e término no mês de abril de 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Situação da ESF/APS em 28/02/2013

A Equipe de Saúde da Família de Triângulo 1 é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 coordenadora, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal, 3 agentes de saúde e 1 motorista.

O cronograma de atendimentos é estabelecido de forma a permitir o funcionamento dos programas Puericultura, Pré-Natal, Planejamento Familiar, Atenção à saúde dos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus, Prevenção do Câncer de Colo do útero e de mama e Saúde na Escola.

Em relação à Unidade de Saúde, localiza-se na zona urbana, no distrito de Triângulo, há aproximadamente 3 km da sede, na mesma atendem duas equipes de saúde da família – Triângulo 1, na qual sou enfermeira e Triângulo 2.

A área de abrangência da Estratégia Saúde da Família - ESF é muito povoada, o somatório de famílias atendidas aproxima-se de 1000, destas 608 são acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde – ACS, enquanto o restante reside em uma área descoberta (Residencial Ir Alzira). Vale salientar que o distrito de Triângulo é uma região considerada violenta, que se localiza as margens de uma BR (BR-116) ponto de parada de caminhoneiros, sendo conhecida como ponto de prostituição e drogadição.

Fazer o levantamento da população adstrita à Unidade Básica de Saúde - UBS é um desafio, visto que mensalmente chegam novos moradores no Residencial, e esta população não é cadastrada na ficha A.

Realiza-se uma reunião mensal na qual participam a Enfermeira e as agentes de saúde, momento em que identificam-se problemas e busca-se sugestões de melhoria. A Unidade está cadastrada no Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ o que tem exigido a reorganização do atendimento.

A Educação em Saúde tem acontecido de forma deficiente, a estratégia de grupos não tem sido utilizadas, as orientações têm ocorrido apenas durante as consultas. A Equipe também está inserida no Programa de Saúde Escolar – PSE.

Quanto à estrutura a Unidade Básica de Saúde vale destacar aspectos como boa iluminação dos espaços, consultórios que preservam a privacidade dos usuários; paredes e pisos laváveis; pisos de superfície regular, firme e estável; acabamentos de superfície lisa; ambientes como sala de vacinação e sala de procedimentos/curativos de tráfego restrito; bancadas e prateleiras de fácil desinfecção; sala de espera comportando aproximadamente 20 pessoas sentadas, dentre outros.

No entanto, problemas estruturais também são percebidos: inexistência de espaços como sala de reuniões e educação em saúde, sala de nebulização; existência de barreiras físicas que dificultam o acesso a pessoas com deficiência; as salas são quentes; apesar de existir canalização, não há água nas torneiras, fazendo-se necessário improvisar a estocagem em baldes para a lavagem das mãos e para lavagem dos materiais odontológicos e da prevenção. A presença de duas equipes atendendo na mesma UBS, tem gerado uma disputa por consultórios, os profissionais alternam as salas de acordo com a especificidade do atendimento.

1.2. Relatório da Análise Situacional em 28/02/2013.

Chorozinho localiza-se na região metropolitana, estando situada a 65 km de Fortaleza (Apêndice A). Possui uma população de 18.915 habitantes (IBGE, 2010), o sistema de saúde municipal dispõe de seis Unidades Básicas de Saúde e um hospital. Todas as Unidades Básicas aderiram a Estratégia Saúde da Família, sendo sete o total de Equipes de Saúde da Família, duas na área urbana e quatro na área rural.

No município não há Núcleo de Apoio da Saúde da Família - NASF, nem Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. Recentemente a gestão municipal estabeleceu parceria com o Programa Telessaúde, disponibilizando os serviços de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. O laboratório de análises clínicas funciona em um anexo ao hospital municipal de segunda a sexta no período da

manhã. Uma limitação deste serviço é a demora de marcação e entrega de resultados. Os exames de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, por exemplo, demoram em torno de dois meses para serem agendados.

Quanto aos profissionais de nível superior que atendem no município, todos residem na capital (Fortaleza) e realizam diariamente o trajeto Fortaleza-Chorozinho. Uma das reivindicações destes profissionais é a disponibilização de um transporte municipal que efetue o deslocamento dos mesmos.

Quanto aos insumos, a oferta incompatível à demanda (medicações, por exemplo) reduz a resolutividade dos serviços prestados, visto que são necessários à continuidade de cuidados.

Diante das dificuldades estruturais, no início de janeiro foi enviado a coordenação da ESF um relatório, no qual foi solicitado ajustes estruturais e solicitação de materiais. É importante destacar que a falta de água é uma realidade em quase todas as UBS do município e que a gestão municipal sabe da existência desta dificuldade.

Quanto a puericultura, atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses, destaca-se que apenas as crianças menores de 24 meses são acompanhadas, e estas de forma irregular, não há uma rotina de acompanhamento mensal das crianças conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. A cobertura atual de atenção a criança está muito aquém da necessária, principalmente se considerarmos que a grande maioria das famílias da área tem características socioeconômicas desfavoráveis. Não existem, na unidade, informações sobre a quantidade de crianças residentes na área, não há registro sobre as triagens neonatais, os cartões-espelho de vacinação estão desatualizados. E o programa de suplementação de ferro não funciona de forma eficaz.

Em relação a atenção às gestantes, a equipe realiza vacinação, avaliação antropométrica, garante a suplementação de ferro e ácido fólico, consultas mensais de acompanhamento, alternando atendimento médico e de enfermagem. A cobertura pré-natal é de cem por cento, o apoio das ACS é um fator fundamental ao início precoce do Pré-Natal - PN. A UBS dispõe de um prontuário específico ao acompanhamento das gestantes, no qual são realizados os registros. Dentre os programas, o de atenção ao Pré-Natal e puerpério é o melhor desenvolvido.

No que se refere à Prevenção do Câncer Ginecológico, as ações realizadas são coleta de citopatológico e acompanhamento de casos de acordo com as

recomendações do caderno 13 da atenção básica – Controle dos cânceres de colo do útero e de mama. O exame preventivo de câncer de colo do útero acontece às quintas-feiras pela manhã, é importante destacar a elevada adesão das mulheres ao serviço. O livro no qual são anotados os resultados de exames citopatológicos está desatualizado, sendo elevado o número de campos sem preenchimento, o que se deve a pouca importância que alguns profissionais dão aos registros. O rastreamento oportunístico está sendo implementado como parte do atendimento médico e de enfermagem.

Quanto ao programa de atenção ao portador de hipertensão e/ou diabetes mellitus, vale salientar o esforço que os atuais participantes da Equipe têm empreendido no intuito de melhorar o atendimento. A avaliação física dos pacientes tem sido mais acurada, os registros de melhor qualidade e têm-se buscado maior resolutividade ao serviço. Um entrave deste programa é a organização da demanda, visto que alguns pacientes não comparecem a Unidade no dia marcado e a indisponibilidade de um serviço de agendamento de consulta requer que o profissional que realiza o acompanhamento, lembre-se de marcar a consulta subsequente, o que nem sempre acontece.

Em relação a atenção aos idosos, não existem ações estruturadas de forma programáticas, o atendimento a essa parcela da população está restrito ao atendimento de doenças crônicas e agudas.

Quanto ao atendimento à demanda espontânea, tem características de informalidade. O atendimento médico na Unidade ocorre de segunda a quinta, são entregues fichas no início da manhã para os dois turnos, após o preenchimento das vagas para o atendimento médico, as pessoas que comparecerem a Unidade serão triados pela enfermeira, os casos classificados como urgentes são encaminhados ao médico, as Emergências são encaminhadas ao Hospital e os casos menos graves são orientadas a retornarem em outra data. Essa forma de atendimento tem sido adequada, exceto por não existir um método formal de agendamento aos pacientes que compareceram espontaneamente, mas precisarão retornar em outro momento e por em muitos dias existir excesso de demanda.

Ao se fazer uma reflexão acerca das ações desenvolvidas pela ESF do Triângulo, pode-se perceber que existe uma série de limitações relacionadas ao fazer profissional: O cronograma de atividades é limitado a atendimentos individuais, o número de ações além das paredes do posto é restrito. São problemas comuns a

todos os programas a inexistência de atividades educativas utilizando-se a estratégia de grupos. Não existem protocolos que normatizem o atendimento, não há planejamento e monitoramento das ações. A inexistência de cadastro dos usuários de cada programa dificulta o acompanhamento, detecção de faltosos e busca ativa dos pacientes.

Diante do exposto, urge a necessidade de estabelecer um cronograma de atividades extramuros; implementar estratégias de grupo; estabelecer parcerias com organização civil; criar na UBS, para cada programa, um cadastro no qual sejam registrados os nomes dos pacientes, exames realizados, condutas realizadas e data para próximo atendimento; elaboração protocolos para normatização dos atendimentos nos programas; realizar com os profissionais atividades que incentivem a interdisciplinaridade do atendimento; estabelecer reuniões mensais com os integrantes da ESF nas quais sejam realizadas o monitoramento, avaliação e reorganização da assistência.

1.3. Comentário Comparativo entre o primeiro texto e o Relatório da Análise Situacional

A análise aprofundada da capacidade estrutural e sistemática de funcionamento da UBS Triângulo permitiu a detecção de diversos problemas. O olhar do observador atentou, na avaliação inicialmente realizada, principalmente para os déficits estruturais e organizacionais que estavam mais evidentes, sem avaliar quais os impactos dos mesmos na saúde da população, o que o fez concluir que o serviço, de forma geral, necessitaria apenas de alguns ajustes. No entanto, com o passar do tempo e análise mais demorada do funcionamento da Estratégia Saúde da Família, pode-se perceber que em muitos aspectos o serviço oferecido se distanciava do que é preconizado pelo Ministério da Saúde - MS. Esta reflexão gerou mudanças imediatas na rotina de atendimentos, por exemplo, agendamento de retornos após exames e referenciamento à consulta especializada (tentativa de garantir integralidade das ações) e maior diálogo entre médico, enfermeiro e ACS. Outras modificações necessitariam de maior elaboração para acontecer, por envolverem um conjunto muito amplo de ações, neste sentido, o pontapé inicial será dado através da reformulação do programa de puericultura.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A Atenção Básica destaca-se como modelo de saúde que assume a responsabilidade por um dado território, focado nas famílias e orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006). Pela sua organização, constitui-se o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde, estando presente inclusive em pequenos municípios, como Chorozinho.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 33 (2012) a taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010).

Vale salientar que a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2009). Visando-se incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, orienta-se o desenvolvimento de atividades de atenção sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, e priorizando ações básicas de saúde (BRASIL, 2002).

Diante do exposto este projeto de intervenção tem objetivo de qualificar a atenção as crianças entre 0 e 72 meses na UBS de Triângulo (Anexo A). São fatores positivos a realização da intervenção o apoio dos ACS e a possibilidade de realizar parcerias com as redes sociais existentes na comunidade. Dentre as possíveis

dificuldades, aponta-se a existência de micro área descoberta; a indisponibilidade de computador para registro dos dados; demora da população em levar os recém-nascidos à UBS para primeiro atendimento e dificuldades de transporte para realização de visitas domiciliares (o que dificulta a consulta à criança na primeira quinzena de vida).

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 - Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses – Programa de Puericultura na Unidade de Saúde no município de Chorozinho – Ceará.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura da Puericultura.
2. Melhorar a adesão à Puericultura.
3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
4. Melhorar registros das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças.
7. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças.

2.2.3. Metas

Referente ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura da Puericultura

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura para 50% na UBS.

Meta 2: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças nascidas no período.

Referente ao Objetivo 2: Melhorar a adesão à Puericultura – atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças dos 0 aos 72 meses faltosas a Puericultura na UBS.

Referente ao Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 4: Capacitar 100% dos profissionais da UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Meta 5: Monitorar crescimento em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS Triângulo.

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Meta 7: Vacinar 100% das crianças acompanhadas de acordo com a idade.

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 aos 18 meses que realizam acompanhamento na UBS.

Meta 9: Realizar teste do olhinho e da orelhinha em 100% das crianças acompanhadas.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida

Referente ao Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 11: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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

Meta 12: Realizar estratificação de risco para morbimortalidade em 100% das crianças (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição).

Referente ao Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 13: Dar orientações sobre higiene bucal na infância em 100% das consultas de puericultura.

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

Meta 15: Promover aleitamento materno exclusivo até os 06 meses em 100% das crianças acompanhadas na UBS.

Meta 16: Orientar a alimentação complementar para 100% das mães de crianças maiores de 06 meses e menores de um ano acompanhadas.

Referente ao Objetivo 7: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças.

Meta 17: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das crianças.

Meta 18: Realizar ações de promoção e prevenção de doenças para 100% das famílias das crianças acompanhadas.

2.3 METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde do município de Chorozinho – Ceará, participaram da pesquisa todas as crianças entre 0 e 72 meses residentes na área de abrangência e cadastradas na Unidade de Saúde. As ações desenvolvidas estão norteadas nos quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e avaliação; Organização dos serviços; Engajamento Público e Prática Clínica. O trabalho desenvolvido será norteado pela utilização do Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

2.3.1 AÇÕES

Este projeto está estruturado para ser implementado de forma permanente na Unidade Básica de Saúde – UBS do Triângulo, no entanto sua etapa de implementação (etapa teste) será desenvolvida no período de 16 semanas. Participarão da pesquisa as crianças residentes na área de abrangência e influência da UBS, com idades compreendidas na faixa etária prioritárias do programa municipal de Puericultura (0 – 72 meses) e que frequentam o posto de saúde de Triângulo.

Quanto ao objetivo: Ampliar a cobertura da puericultura será criada uma planilha para registro das crianças de 0 a 72 meses residentes na área na qual serão inseridas informações como data de nascimento, nome da mãe, data do

acompanhamento e data da próxima consulta (Apêndice B), segundo protocolo do Ministério da Saúde, as crianças serão inseridas nesta planilha à medida que forem atendidas. Os ACSs farão uma listagem nominal das crianças, a partir da qual poderá ser calculado a quantidade de crianças por faixa etária, para sabermos as atendidas na UBS. Será realizado o levantamento mensal do quantitativo de crianças que realizaram o acompanhamento.

Todos os responsáveis pelas crianças até 72 meses que comparecerem a UBS serão informados sobre a necessidade de avaliação do crescimento e desenvolvimento. Será estabelecido um turno para atendimento às crianças e criado agenda para marcação daquelas que demandarem o atendimento, dando-se prioridade àquelas que nunca foram avaliadas. Na UBS serão afixados cartazes informativos que estimulem o comparecimento ao acompanhamento (Apêndice C), a temática “importância da puericultura” será inserido como assunto a ser abordado nas últimas consultas de PN. Serão realizadas reuniões com a Equipe - especificamente ACS, técnicos de enfermagem e inserido na mesma o estudo da temática com intuito de sensibilizar os profissionais e envolvê-los na captação das crianças.

Para aumentar o quantitativo de crianças que realizam a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida, todas as gestantes serão informadas durante a consulta de PN sobre o cronograma de atendimento à criança, a dinâmica de atendimento e agendamento e os materiais disponibilizados na UBS para a realização dos acompanhamentos. Será implementada a visita de puericultura do enfermeiro, esta será associada à visita à puérpera (planejada pela estimativa da data de nascimento e pela informação dada pelo ACS do nascimento de alguma criança), no entanto, na impossibilidade da visita, os responsáveis serão orientados a levar o recém-nascido (RN) a unidade de saúde para primeiro atendimento entre o 3º e 7º dia de vida, momento em que será realizado o teste do pezinho e a primeira avaliação.

Será realizada capacitação da equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Através da análise das planilhas, será feito levantamento mensal do percentual de neonatos que foram inseridos no programa antes de completarem 15 dias de vida.

Quanto à melhora de adesão à puericultura, para fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas será registrado no prontuário e cartão de vacinação da criança qual a data indicada para a próxima avaliação (Apêndice D) e realizado levantamento mensal do quantitativo de crianças que foram avaliadas segundo periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. O ACS será informado sobre o calendário de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde e solicitado a estes profissionais que avalie o agendamento de atendimentos registrado no cartão da criança. Será informado ao agente comunitário de Saúde quais as crianças faltosas e solicitado a este profissional que realize busca ativa das mesmas através de visita domiciliar prioritária.

No tocante à melhora da qualidade do atendimento à criança, para capacitar 100% dos profissionais da Unidade, a versão impressa atualizada do protocolo será disponibilizada no serviço para que toda a equipe possa consultá-la, quando necessário. Através de cartazes informativos, os pais e/ou responsáveis pela criança serão informados sobre quais condutas esperadas em cada consulta de puericultura, para que possam exercer o controle social.

Para monitorar o crescimento em 100% das crianças acompanhadas no programa de puericultura serão solicitados os materiais necessários para verificar o peso e a estatura junto a coordenação local, será realizada capacitação com os profissionais responsáveis pela verificação das medidas, informando-os como realizar a aferição e registro de forma adequada, todas as crianças serão pesadas e medidas, sendo os valores observados registrados e classificados de acordo com os gráficos do cartão da criança. As que estiverem acima ou abaixo da normalidade receberão a conduta necessária. Será calculado o percentual de crianças fora do padrão de normalidade de peso e estatura. Será orientado ao responsável durante o atendimento como fazer a leitura no gráfico de peso e estatura.

Para Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças acompanhadas no programa de puericultura. Será avaliado o aumento do perímetro cefálico (PC) e avaliado o desenvolvimento infantil de acordo com os marcos registrados na caderneta da criança. As crianças com PC classificado acima ou abaixo da normalidade e as que não estão atingindo os marcos de desenvolvimento adequados a idade serão selecionadas e encaminhadas para atendimento com médico da ESF. Será calculado o percentual de crianças com risco de

desenvolvimento inadequado. Os pais serão orientados a realizarem a leitura dos marcos de desenvolvimento registrados no cartão da criança.

Para vacinar 100% das crianças em acompanhamento de acordo com a idade serão verificados o cartão de vacinação de 100% das crianças acompanhadas, e realizado um mutirão para atualização do cartão sombra de 100% das crianças acompanhadas e calculado o percentual de crianças em acompanhamento com vacinação atrasada. Será realizado levantamento da demanda semanal de vacinação, solicitando junto à coordenação do PSF as vacinas e materiais necessários antecipadamente, realizando o controle da rede de frios através da avaliação de temperatura e identificação da geladeira, evitando abertura desnecessária da porta. As vacinas serão armazenadas em prateleira adequada, o total de vacinas disponíveis e utilizado prioritariamente aquelas com data de vencimento mais próxima. Será solicitado ao ACS que informe aos pais a idade de aplicação de cada imunobiológico, sendo realizada capacitação com a Equipe, orientando leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Para realizar suplementação de ferro em 100% das crianças entre 6 e 18 meses acompanhadas no programa de puericultura será inserida na planilha de puericultura o tópico suplementação de ferro para identificar as crianças em uso do sulfato ferroso e calculado o percentual de crianças em suplementação de ferro. Será solicitado junto à coordenação do PSF o fornecimento do Sulfato Ferroso para suplementação de ferro em criança, os pais serão orientados sobre a importância da suplementação de ferro na profilaxia da anemia ferropriva e acontecerá estudo individual para aprofundamento das recomendações da suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Para realizar teste do olhinho e orelhinha, os recém-nascidos que não realizaram as triagens na maternidade serão identificados e encaminhados para a realização, de acordo com a disponibilidade no momento. Será solicitado junto ao gestor a realização dos testes, através de parcerias intermunicipais, os pais e responsáveis serão informados sobre a importância da realização das triagens e os passos necessários ao agendamento destas.

Para realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, durante as consultas de pré-natal será informado as gestantes as doenças que podem ser rastreadas pelo teste do pezinho e a importância da realização do exame

precocemente (até 7 dias de vida). Será realizada capacitação (de abordagem teórico-prática) com profissionais de enfermagem que estiverem com dúvidas sobre realização do mesmo, será criada planilha com dados dos neonatos que o realizaram e calculado o percentual feito antes dos 7 dias de vida. Será solicitado junto à coordenação do PSF o material necessário para realização do teste.

No tocante à melhora no registro das informações, para manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, serão preenchidos as folhas de acompanhamento, será mantido registro na ficha espelho de vacinação (Anexo B). Será estabelecido o preenchimento do prontuário da criança e espaços do cartão da criança como rotina do atendimento. Será informado durante o atendimento que, quando necessário o responsável tem direito ao acesso às informações registradas na UBS e serão realizadas reuniões com a Equipe - especificamente ACS e técnicos de enfermagem para capacitá-los sobre preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS.

Quanto ao mapeamento das crianças de risco pertencentes à área de abrangência da UBS, para identificar as crianças com risco para morbidade/mortalidade acompanhadas no programa de puericultura serão identificados neonatos e crianças que apresentaram/apresentam baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento e desnutrição; calculado o percentual de crianças de risco em acompanhamento de puericultura e registrado no prontuário da criança os encaminhamentos realizados. Será estabelecida prioridade no agendamento de consultas às crianças de alto risco, organizado fluxograma de encaminhamento ao serviço especializado, informado à coordenação do PSF o total de crianças que necessitam de encaminhamento ao serviço especializado. Durante as consultas às crianças, os pais serão orientados sobre fatores de risco para morbidades na infância. Acontecerão reuniões com a Equipe, especificamente ACS e técnicos de enfermagem para capacitá-los sobre os fatores de risco para morbi/mortalidade infantil.

Sobre a promoção de higiene bucal e prevenção de acidentes, serão fornecidas orientações em 100% das consultas de puericultura. A oferta destas orientações será de acordo com as recomendações presentes na caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania (BRASIL, 2013). Será pactuada com a equipe a inclusão de orientações em todos os atendimentos. Serão afixados

cartazes e durante os atendimentos os responsáveis serão informados sobre importância da higiene bucal e formas de prevenção de acidentes na infância. Os profissionais serão informados, durante a reunião com a equipe sobre estas temáticas.

Para promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses para as crianças acompanhadas no programa de puericultura, o incentivo ao aleitamento será iniciado ainda no pré-natal, por abordagem individual ou de grupo. Na primeira consulta ao RN será avaliado o desempenho da amamentação, corrigidos problemas de pega, combatido mitos e reforçada as vantagens do aleitamento exclusivo até o sexto mês. Será calculado o percentual de mães orientadas e feito o levantamento do total de crianças que estão em aleitamento exclusivo ou aleitamento misto de acordo com o tempo de vida. Será reunida a equipe de saúde e delegado tarefas da seguinte forma: O ACS realizará visitas domiciliares e esclarecerá dúvidas, comunicará problemas ao enfermeiro; O Técnico de enfermagem estimulará o aleitamento exclusivo quando tiver contato com a puérpera, comunicará problemas ao enfermeiro; O Enfermeiro estimulará aleitamento exclusivo durante as consultas de pré-natal/grupos/consulta de puerpério, avaliará complicações, tratará complicações, encaminhará ao médico quando necessário; O Médico estimulará o aleitamento exclusivo durante as consultas de pré-natal/grupos, avaliará complicações, tratará complicações. Será criado cronograma de tópicos a serem abordados através de grupos a serem realizadas durante PN e avaliado o cumprimento do mesmo e orientado aos pais e comunidade sobre a importância do aleitamento materno para a saúde da criança. Serão realizadas reuniões com a Equipe - especificamente ACS e técnicos de enfermagem para capacitá-los no aconselhamento do aleitamento materno e observação da mamada para correção de "pega".

Para orientar a alimentação complementar das crianças após os 6 meses de idade acompanhadas no programa de puericultura, será criado um mini-cardápio com orientações sobre os alimentos e porções adequadas a cada idade (ApêndiceE) . Será reunida a Equipe e delegado as tarefas da seguinte forma: ACS - realizará visitas domiciliares e retirará dúvidas; estimulará alimentação adequada; avaliará ganho de peso através do gráfico do cartão da criança; comunicará problemas ao enfermeiro; Técnico de enfermagem - estimulará a alimentação adequada, quando tiver contato com a mãe da criança; comunicará problemas ao enfermeiro;

Enfermeiro - orientará como realizar a alimentação complementar; criará formulários informativos; avaliar ganho de peso através do gráfico do cartão da criança; orientará como reagir diante das intercorrências; encaminhará ao médico quando necessário. O Médico orientará como realizar a alimentação complementar, avaliará ganho de peso através do gráfico do cartão da criança, avaliará / tratará problemas.

Para o alcance do objetivo de promover a saúde e prevenir doenças dos familiares das crianças de 0 a 72 meses pretende-se avaliar a situação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças. Será avaliada situações de risco através de questões que abordem condições de moradia, renda per capita, hábitos de vida, dentre outros, para realizar ações de promoção e prevenção de doença. Será estabelecido parcerias para desenvolvimento de atividades que destaquem a importância do autocuidado, iremos promover a participação de membros da comunidade na organização, planejamento, gestão e monitoramento e avaliação das ações de saúde para as crianças e suas famílias através da criação de espaços para sugestões e críticas.

Os membros da equipe serão convocados a participar na organização, planejamento e gestão das ações direcionadas para famílias das crianças em situação de risco e vulnerabilidade. Durante a reunião da equipe será enfatizada a necessidade do trabalho multidisciplinar. Será demandado aos gestores municipais a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações.

2.3.2 INDICADORES

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura para 50% na UBS.

Indicador 1: Proporção de crianças cobertas pelo programa de atenção à saúde da criança na UBS.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses cadastradas no programa

Denominador: Número de crianças de 0 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças nascidas no período;

Indicador 2: Proporção de crianças com a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida

Numerador: Número de crianças com a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida

Denominador: Número de crianças residentes na área adscrita nascidas no período de intervenção.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças dos 0 aos 72 meses faltosas a Puericultura na UBS;

Indicador 3: Proporção de crianças faltosas a consulta de puericultura na UBS que receberam busca ativa

Numerador: Número de crianças faltosas da Puericultura na UBS recuperadas por busca ativa

Denominador: Número de crianças faltosas à consulta de puericultura.

Meta 4: Capacitar 100% dos profissionais da UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Indicador 4: proporção de profissionais capacitados de acordo com os protocolos do MS.

Numerador: Número de profissionais da UBS capacitados de acordo com os protocolos do MS.

Denominador: Número de profissionais da equipe da UBS.

Meta 5: Monitorar crescimento em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS Triângulo.

Indicador 5: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento em dia

Numerador: Número de crianças com monitoramento do crescimento em dia

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento neuro-cognitivo em 100% das crianças que realizam acompanhamento na UBS.

Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento neuro-cognitivo em dia.

Numerador: Número de crianças com monitoramento do desenvolvimento neuro-cognitivo em dia

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa

Meta 7: Vacinar 100% das crianças acompanhadas de acordo com a idade.

Indicador 7: Proporção de crianças com calendário vacinal em dia.

Numerador: Número de crianças com calendário vacinal em dia.

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 aos 18 meses que realizam acompanhamento na UBS.

Indicador 8: Proporção de crianças de 6 aos 18 meses que realizam suplementação de ferro.

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

Denominador: Número de crianças da área entre 6 e 18 meses cadastradas no programa.

Meta 9: Realizar teste do olhinho e da orelhinha em 100% das crianças acompanhadas.

Indicador 9.1: Proporção de crianças que realizaram teste do olhinho.

Numerador: Número de crianças que realizaram teste do olhinho

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa.

Indicador 9.2: Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida

Indicador 10: Proporção de recém-nascidos que realizaram o teste do pezinho até 07 dias de vida:

Numerador: Número de RNs que realizaram o teste do pezinho até 07 dias

Denominador: Número de crianças nascidas no período.

Meta 11: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 11: Proporção das crianças com o registro na ficha espelho das informações da puericultura e vacinação.

Numerador: Número de crianças com registros atualizados na ficha espelho.

Denominador: Número de crianças da área cadastradas no programa

Meta 12: Realizar estratificação de risco para morbimortalidade em 100% das crianças (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Indicador 12: Proporção de crianças que passaram pela estratificação de risco para morbidade/ mortalidade

Numerador: Número de crianças que passaram pela estratificação de risco para morbidade/mortalidade

Denominador: Numero de crianças da área cadastradas no programa.

Meta 13: Dar orientações sobre higiene bucal na infância em 100% das consultas de puericultura.

Indicador 13: Proporção de consultas em que são ofertadas orientações sobre higiene bucal na infância.

Numerador: Número de consultas em que são ofertadas orientações sobre higiene bucal na infância.

Denominador: Número de consultas mensais.

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

Indicador 14: Proporção de famílias orientadas nas consultas de puericultura sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Numero de famílias orientadas nas consultas de puericultura para prevenção de acidentes na infância

Denominador: Numero de famílias das crianças da área cadastradas no programa

Meta 15: Promover aleitamento materno exclusivo até os 06 meses em 100% das crianças acompanhadas na UBS.

Indicador 15: Proporção de famílias de crianças até 6 meses que foram esclarecidas sobre aleitamento materno exclusivo.

Numerador: Número de famílias das crianças até 6 meses que foram esclarecidas sobre aleitamento materno exclusivo.

Denominador: Número de famílias das crianças de 0 a 06 meses da área cadastradas no programa

Meta 16: Orientar a alimentação complementar para 100% das mães de crianças maiores de 06 meses e menores de um ano acompanhadas.

Indicador 16: Proporção de mães de crianças maiores de 06 meses e menores de um ano, orientadas quanto à alimentação complementar:

Numerador: Número de mães de crianças maiores de 06 meses e menores de um ano, orientadas quanto à alimentação complementar.

Denominador: Número de crianças maiores de 06 meses e menores de um ano cadastradas no programa.

Meta 17: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das crianças.

Indicador 17: Proporção de famílias cuja situação de risco e vulnerabilidade familiar foram avaliadas.

Numerador: Número de famílias cuja situação de risco e vulnerabilidade familiar foram avaliadas.

Denominador: Número de famílias das crianças cadastradas no programa.

Meta 18: Realizar ações de promoção e prevenção de doenças para 100% das famílias das crianças acompanhadas.

Indicador 18: Proporção de famílias que participaram de ações de promoção e prevenção de doenças.

Numerador: Número de famílias que participaram de ações de promoção e prevenção de doenças.

Denominador: Número de famílias das crianças cadastradas no programa.

2.3.3 LOGISTICA

A intervenção aborda o programa de puericultura, sendo que a implementação da intervenção é permeada por aspectos, como capacitação da equipe, organização dos dados, acolhimento das crianças, educação em saúde, monitoramento dos registros e busca ativa. A etapa inicial do projeto será a realização de reuniões com a equipe da UBS nas quais serão apresentadas a problemática detectada, a proposta de enfrentamento elaborada e capacitação profissional.

Para desenvolvimento da mesma será utilizada o Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério da Saúde. Será utilizado o prontuário de saúde da criança disponível no município (Anexo C) e a caderneta de saúde da criança. A expectativa é que consigamos um número significativo de crianças que compareçam a UBS do Triângulo e sejam incluídas no programa de puericultura. A gestão municipal será contatada para disponibilizar os impressos, o fornecimento de insumos e materiais necessários. Para controle cadastral das crianças serão utilizados planilhas impressas, visto que na UBS não há computador.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários das crianças que foram atendidas na UBS e inserirá os dados nas planilhas, simultaneamente ao registro acontecerá o primeiro monitoramento, sendo identificadas as crianças que devem ser prioritariamente atendidas. É importante lembrar que serão observados campos da planilha sem preenchimento, visto que condutas, como mapeamento de risco, suplementação de ferro serão incorporados a rotina e o resultado das triagens das crianças não foram anotados. Após esta primeira etapa, a avaliação de frequência a puericultura será realizada mensalmente, em dia reservado para este fim.

As capacitações profissionais ocorrerão na própria Unidade de Saúde, inicialmente, com periodicidade mensal, para isto os atendimentos serão organizados de forma a reservar um turno sem atendimentos. A abordagem será expositiva-dialogada, o enfermeiro ministrará as aulas. Também serão utilizados os estudos em grupos.

Para acolher as crianças da demanda espontânea, àquelas que comparecerem a Unidade, será agendada para a data mais próxima disponível. Quando a oferta de atendimento for inadequada à demanda e o intervalo entre o

agendamento e a consulta for superior a 20 dias serão estabelecidos datas extras para atendimento.

As ações de educação em saúde serão desenvolvidas de diferentes formas, a ESF contatará representantes da comunidade que proporcionem contato com responsáveis pelas crianças, com intuito de utilizar-se de espaços comunitários para a realização de ações educativas que esclareçam a importância do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, prevenção de acidentes. Na UBS serão fixados cartazes informativos e também será realizada abordagem individual através de panfletagem durante atendimentos e a visita domiciliar do ACS.

O monitoramento do programa será através da avaliação das planilhas. Para avaliação das metas será utilizada a planilha de indicadores fornecida pelo curso de Especialização em Saúde da Família em modalidade EaD da UFPEL (Anexo D) .

2.3.4 CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Semanas																
Ações Propostas																
Cadastramento de novos pacientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento à população alvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniões para capacitação da equipe	x				x				x				x			
Atualização das informações na planilha impressa				x				x				x				x
Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção				x				x				x				x
Solicitação de material de apoio				x				x				x				x
Ações de promoção à Saúde com abordagem de grupo								x								x

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

A etapa inicial de implementação foi proposta para ser desenvolvida em um período de quatro meses de 20 de setembro de 2013 a 20 de janeiro de 2014, no entanto, este intercurso compreendeu o período de meu casamento e as festas de final de ano, fazendo-se necessário, para dar complementaridade das ações inicialmente propostas e obter uma avaliação realista do desenvolvimento da implementação, prolongar as atividades até o final mês de fevereiro, totalizando 20 semanas de intervenção.

Pode-se dividir o desenvolvimento da intervenção em quatro etapas: 1- primeira fase de implementação, 2- avaliação parcial, 3- segunda fase de implementação, 4- Avaliação final. O público alvo da ação foram às crianças menores de 72 meses residentes na área de abrangência e influência da UBS, um quantitativo de aproximadamente 185 crianças, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Vale salientar que as Agentes Comunitárias de Saúde realizaram no mês de janeiro de 2014 um levantamento do total de crianças nessa faixa etária e foram identificadas 152 crianças, no entanto, essa contagem não incluiu as crianças da área descoberta existente na localidade.

A etapa inicial (1) se estendeu de setembro a dezembro de 2013 e foi marcada por grandes dificuldades, visto que o município passou por problemas financeiros e administrativos, o que impossibilitou que todas as ações fossem cumpridas conforme planejadas. Alguns impactos no funcionamento da Unidade de Saúde de Triângulo foram:

- A dentista que atendia as duas Equipes pediu demissão, assim ficamos sem atendimento odontológico.

- A enfermeira do Triângulo II e uma das técnicas de Enfermagem pediram demissão, a enfermeira que foi remanejada para substituí-la foi afastada por problemas médicos no mês de novembro, o que gerou sobrecarga de trabalho.

- Houve redução de transporte, apenas um carro atendia as Equipes Triângulo I e II, além da equipe de Timbaúba (localidade vizinha), assim foi dificultado o acesso às visitas domiciliares, principalmente no que se refere à área descoberta.

- Escassez de insumos e de impressos, diante disto algumas vezes tivemos que utilizar recursos próprios para financiar xérox de prontuários, folhetos com orientações, dentre outros;

- Houve um processo administrativo para ajuste do último concurso realizado no município (2009), no qual foram identificadas diversas irregularidades. Durante esse processo a insegurança e desânimo dos profissionais foi geral, visto que ninguém sabia qual seria o resultado final, se anulação do concurso ou legalização, o que gerou em alguns momentos redução no empenho das atividades cabíveis a cada profissional.

- Não ocorreu a contratação de profissionais para substituir a ACS que entrou de licença maternidade e para atendimento da área descoberta. O que afetou diretamente a realização de busca ativa e a captação das crianças. Destaco que por ordem do Tribunal de Contas dos Municípios, a gestão municipal ficou impossibilitada de realizar novas contratações.

Neste período foram atendidas 22 crianças das quais, 21 menores de dois anos e uma maior de dois anos. Salieta-se que neste momento inicial deu-se prioridade ao atendimento das crianças até 24 meses, visto que nesta fase que acontecem os maiores eventos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil e a indicação de administração do maior quantitativo de vacinas.

Procurou-se também estabelecer algumas rotinas que facilitariam a continuidade do programa, foram elas a criação do grupo de gestantes, como fator de promoção à saúde e momento de divulgação da puericultura, inclusão da consulta de puericultura por ocasião da visita a puérpera, padronização do preenchimento dos prontuários, criação do cartão de controle de atendimentos, solicitação de triagem auditiva e teste reflexo vermelho aos recém-nascidos, atualização dos cartões espelhos a cada vacinação, registro dos testes do pezinho

realizados na Unidade, momento para capacitação durante as reuniões mensais e criação de agenda de puericultura.

A segunda etapa (avaliação parcial) aconteceu no mês de dezembro, na qual os dados foram registrados na planilha impressa e computadorizada, para isto recebi autorização da coordenação local para retirar os prontuários das crianças da Unidade de Saúde (esta ação foi realizada como tarefa de casa, visto que inexistia disponibilidade de tempo no horário de atendimento), ao fazer levantamento de dados observou-se que alguns indicadores não foram contemplados nas planilhas, sendo necessário realizar alterações nas mesmas. Observou-se também que alguns percentuais ficaram aquém do esperado, e novas estratégias foram traçadas. Após esta etapa a atualização das planilhas teve frequência mensal.

Durante a segunda fase de implementação foram realizadas as seguintes mudanças: o dia para atendimento foi transferido para a segunda-feira, as Agentes de Saúde realizaram levantamento nominal das crianças (com data de nascimento), embasado no qual realizou-se o planejamento estratégico de atendimento dos maiores de dois anos (agendando-os de acordo com o mês de nascimento e estabelecendo-se dia extra para atendimento quando necessário). Algumas dificuldades persistem, no entanto, aconteceram fatos favoráveis – o concurso municipal continuou em processo de ajuste e no mês de janeiro fui convocada para apresentar a documentação e regularizar minha situação, contrataram-se novos carros para as Equipes de Saúde da Família e retomou-se o grupo de gestantes.

A avaliação final foi planejada para acontecer na última semana de fevereiro, no entanto, por motivos pessoais, a digitação dos dados na planilha computadorizada e análise dos indicadores e metas foi adiada para meados do mês de março. De modo geral, aconteceram grandes avanços com a implementação, foram eles:

A cobertura de puericultura atual é 27,6%, metade do índice pactuado, salienta-se que anteriormente ao projeto apenas as crianças menores de dois anos eram assistidas e não existia uma rotina de atendimentos. Um dos fatores contribuintes à baixa adesão é a resistência dos pais em trazerem as crianças maiores saudáveis ao serviço. Além disso, observou-se a manifestação marcante da cultura de busca apenas em momentos de doença: diversas crianças foram atendidas, como demanda livre por apresentarem febre, diarreia, micoses, verminose, dentre outros. Nestes casos, passaram por um atendimento rápido

(focado apenas nos sinais e sintomas), por conta da grande demanda dos outros programas, não sendo possível realizar o proposto (avaliação de crescimento e desenvolvimento, entrevista sócio-econômica, atualização do prontuário com dados de vacinas, dentre outros) por isso não foram incluídas na tabela de crianças em acompanhamento. Salienta-se que todas elas foram agendadas para posterior atendimento de puericultura, mas apenas algumas compareceram na consulta agendada, sendo que estabelecemos como prioridade a busca ativa dos ACS para estas crianças.

Destaca-se que desde o primeiro mês de intervenção todas as crianças nascidas (da área com ACS) foram cadastradas no programa, estabeleceu-se as visitas à puérpera e ao recém-nascido como ação prioritária do enfermeiro, o que permitiu a primeira consulta de puericultura nos primeiros quinze dias de vida e facilitou o acesso a realização de teste do pezinho em tempo hábil (Apêndice F). Quanto às visitas domiciliares vale destacar que as mesmas não aconteciam de acordo com uma agenda fixa, foram realizadas conforme a disponibilidade de transporte.

As visitas das ACS aconteceram com frequência mensal às crianças de 0 à dois anos, durante as visitas esse profissional realiza pesagem das crianças e reforça a presença nos atendimentos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, avalia os cartões de vacinação, oferece orientações alimentares e realiza busca ativa aos faltosos. Quanto aos maiores de dois anos a frequência de visita é menor – cerca de três a cada ano, sendo a primeira no mês de aniversário da criança, para reforçar a data de atendimento na UBS.

A indisponibilidade de tempo durante o horário de atendimento fez com que a monitorização das planilhas não ocorresse conforme programado (frequência mensal), a tentativa de atualização das mesmas na segunda semana não foi exitosa. O primeiro monitoramento aconteceu apenas após dois meses de intervenção, posteriormente foi realizada com frequência mensal, no entanto, as crianças identificadas foram remarcadas apenas para o mês seguinte, visto que a detecção precoce dos faltosos não aconteceu. Após o primeiro monitoramento foi comunicado às ACS a lista nominal das crianças que deveriam ser convocadas ao atendimento, neste momento, a existência de área descoberta e uma ACS de licença maternidade foram outros fatores negativos.

A frequência de monitoramento é um aspecto que precisa ser reformulado. Outra rotina que precisa ser estabelecida é o registro do nome do responsável, endereço e telefone das crianças agendadas para o primeiro atendimento para viabilizar o contato com aquelas que não comparecerem no dia marcado.

As capacitações com a Equipe aconteceram no momento das reuniões mensais, ao todo aconteceram quatro capacitações:

1. Puericultura – importância, protocolo de atendimento do Ministério da Saúde – todos os membros da Equipe participaram;
2. Calendário de Vacinação da criança – inclusão da vacina tetraviral – participaram médica, técnica de Enfermagem, enfermeira e duas ACS;
3. Doenças exantemáticas – Sarampo – participaram a Enfermeira, a técnica e duas Agentes de Saúde;
4. Suplementação de Ferro – Enfermeira, médica, duas ACS.

No mês de dezembro devido o recesso de final de ano não houve reunião e capacitação com a Equipe.

Quanto aos outros indicadores de qualidade do atendimento, estabeleceu-se uma rotina a ser seguida nos atendimentos de puericultura: utilizar prontuário em todos os atendimentos, anotar nos mesmos além do nome da criança, a data de nascimento e o nome do responsável, registrar o peso e altura, realizar a entrevista sócio-econômica, identificar fatores de risco para morbi-mortalidade, realizar levantamento de queixas e exame clínico, registro de alterações detectadas e encaminhamento médico quando necessário, registrar vacinas encaminhando a vacinação quando necessário, orientar sobre higiene bucal e prevenção de acidentes (de acordo com orientações da caderneta de saúde da criança), incentivar aleitamento materno exclusivo aos menores de seis meses, fornecer orientações alimentares por escrito e iniciar a suplementação de ferro (de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde), avaliar necessidade de suplementação com vitamina A, agendar a consulta subsequente registrando na tabela de controle anexa ao cartão da criança.

Quanto à realização dos testes do olhinho e orelhinha, foi acordado que o médico preencheria as solicitações de exames e no momento da primeira consulta de puericultura o enfermeiro preencheria os dados da criança. Vale salientar que estes exames são realizados no município vizinho e que a realização depende da

marcação via central de atendimentos do SUS, embora tenham sido solicitados os testes para todas as crianças nascidas no período, mas nem todas os realizaram.

No que se refere à vacinação, observou-se que a grande maioria das crianças não foi vacinada na maternidade de nascimento, além disso, durante o mês de dezembro a geladeira de vacinas apresentou defeito e as vacinas foram expostas a temperaturas elevadas, fazendo-se necessário serem submetidas a quarentena e posteriormente desprezadas, em decorrência disso no mês de janeiro e no início de fevereiro o quantitativo de vacinas foi insuficiente à demanda, o que afetou o indicador. Durante o mês de fevereiro houve campanha de vacinação contra sarampo, inicialmente esquematizou-se divulgar a puericultura, captar as crianças da área descoberta e realizar busca ativa dos faltosos por ocasião da campanha, no entanto, faltaram profissionais para trabalhar impossibilitando o planejado.

A avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias não foi realizada, apesar da tentativa de conhecer as condições sócio-econômicas das mesmas através de perguntas pré-estabelecidas no prontuário, as informações obtidas não foram baseadas em um método válido, impossibilitando a classificação de risco, para corrigir esta falha, posteriormente às famílias serão reavaliadas utilizando-se a Escala de Coelho, instrumento que através de critérios de risco identificados na Ficha A, como condições de saneamento, acamados e doentes crônicos, permite classificar as famílias entre risco leve, moderado ou grave, oferecendo subsídios para a equipe prestar assistência conforme o princípio da equidade (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2010).

Quanto a promoção da saúde das famílias, não foi estabelecido um critério para mensuração deste quesito, destaca-se que a criação do grupo de gestantes, a inserção do aconselhamento em planejamento familiar às mães (como parte do atendimento), a parceria com o grupo de idosos (promovido pelo Centro de Referência na Assistência Social - CRAS) foram ações desenvolvidas visando alcançar este objetivo. Durante a intervenção foram planejados três ações educativas:

- 29/10/2013 – Grupo de gestantes – o desligamento da enfermeira do Triângulo II e a indisponibilidade de recursos financeiros para subsidiar a ação (compra de brindes, lanche) forçaram o cancelamento da ação.
- 14/11/2013 – Grupo de idosos – temática: Câncer de colo do útero, mama e próstata;

- 28/01/2014 – Grupo de Gestantes – temática: Importância do Pré-Natal.

Apesar dos desafios é gratificante observar o aumento da cobertura do Programa, o que resultou na detecção e encaminhamento precoce de problemas. Existem ainda muitas dificuldades a serem superadas, no entanto toda a Equipe está engajada para garantir continuidade das ações e prestação de atendimento de qualidade.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nesta etapa serão apresentados os resultados obtidos durante a intervenção e os relatórios para o Gestor Municipal e para a Comunidade.

4.1 RESULTADOS

Durante as 20 semanas de intervenção buscou-se atingir os objetivos e metas propostas no projeto de reformulação da atenção a saúde da criança entre 0 e 72 meses, seguem os resultados obtidos neste período, sendo que foram atendidas pelo programa 51 crianças, destas 43 tinham até 24 meses e 8 tinham entre 24 e 72 meses.

Meta 1: Ampliar a cobertura da puericultura para 50% na UBS.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Puericultura na UBS.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da criança. No primeiro mês foram 17 crianças cadastradas no programa (9,2%), no segundo mês foram mais 5 crianças (11,9%), no terceiro mês mais 5 (14,6%), no quarto mês foram mais 15 crianças (22,7%) e no quinto mês mais 9 crianças cadastradas, totalizando 51 crianças, 27,6% do total residente na área até 72 meses (Figura 1).

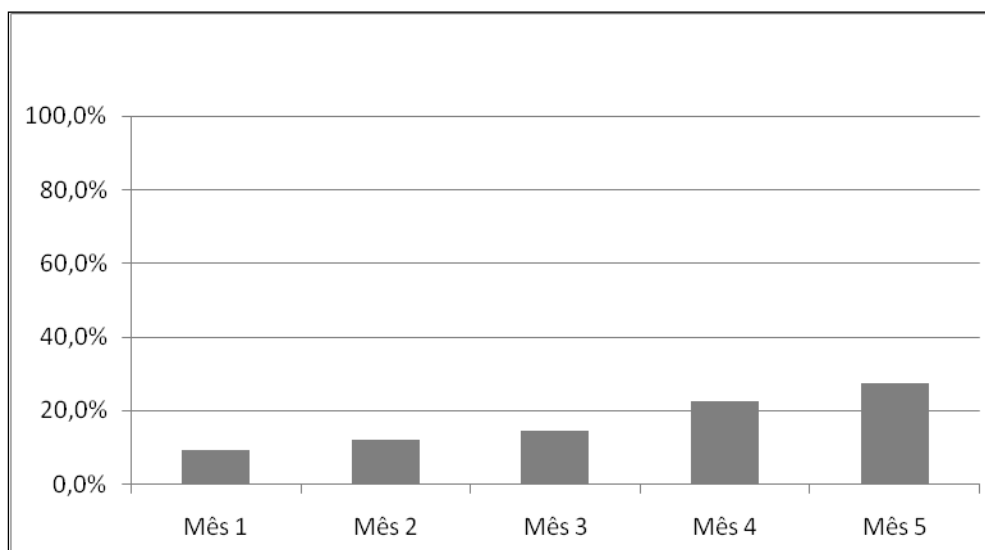


Figura 1 – Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Puericultura na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

A principal ação realizada para conseguir o aumento gradual da cobertura do programa foi o empenho dos ACS na visita domiciliar, e o envolvimento de toda a equipe no resgate das mães das crianças. Fatores como resistência dos responsáveis em levar as crianças maiores saudáveis à UBS e dificuldades para organizar o agendamento das mesmas no serviço foram obstáculos ao processo.

Meta 2: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 50% das crianças cadastradas;

Indicador 2: Proporção de crianças com a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida

O atendimento às crianças recém-nascidas foi priorizado na UBS a partir do projeto de intervenção, apesar disso, não conseguimos atingir a meta pactuada em todos os meses do projeto. No primeiro mês as 4 crianças RNs (100%) realizaram a primeira consulta nos primeiros 15 dias, no segundo mês as 3 realizaram (100%), já no terceiro mês somente 3 das 5 crianças neonatos (65%) realizaram a consulta, no quarto mês 3 das 4 (75%) foram atendidos na puericultura nos primeiros 15 dias de vida. No quinto mês não tivemos registro de recém-nascidos (Figura 2).

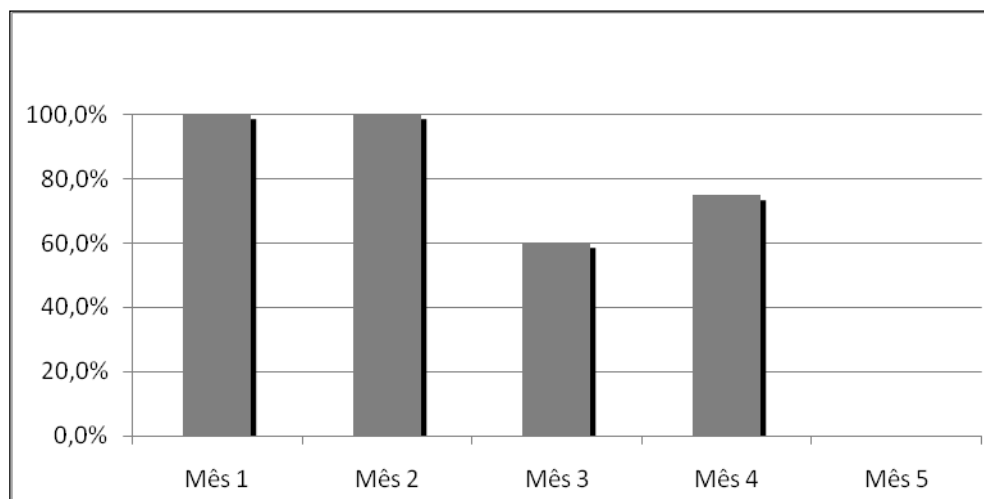


Figura 2 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014

A interligação com o Programa de pré-natal foi fator essencial na captação dos neonatos, já que as gestantes a partir da 37ª semana de gestação são atendidas pela Equipe na Unidade e recebem visita semanal do ACS, sendo possível monitorar as datas dos partos. Além disso, a visita ao RN foi acrescida a visita à puérpera. No entanto, este monitoramento não é viável quando as gestantes da área descoberta são acompanhadas por outra equipe de Saúde da Família. Tal fato impossibilita que 100% dos RNs passem por atendimento precocemente.

Não há registros em prontuários anteriores a intervenção das crianças captadas nos primeiros quinze dias de vida. Os neonatos compareciam em livre demanda para vacinação e realização de teste do pezinho, no entanto não havia a rotina de passarem por uma avaliação mais apurada. Pela ausência de dados, considerou-se que anteriormente este indicador era nulo.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças dos 0 aos 72 meses faltosas da Puericultura na UBS

Indicador 3: Proporção de crianças faltosas a consulta de puericultura na UBS que receberam busca ativa

Quanto ao resgate dos faltosos (Figura 3), no primeiro e segundo mês 1 criança não compareceu ao atendimento, a partir da ficha de controle anexa no cartão de vacinação a ACS detectou a criança faltosa, realizando a busca ativa. Já

no terceiro mês 5 faltaram, 3 receberam busca ativa (60%), no quarto mês 6 faltaram, 2 receberam busca ativa (33,3%) e no quinto mês 7 faltaram e 4 receberam busca ativa (57,1%).

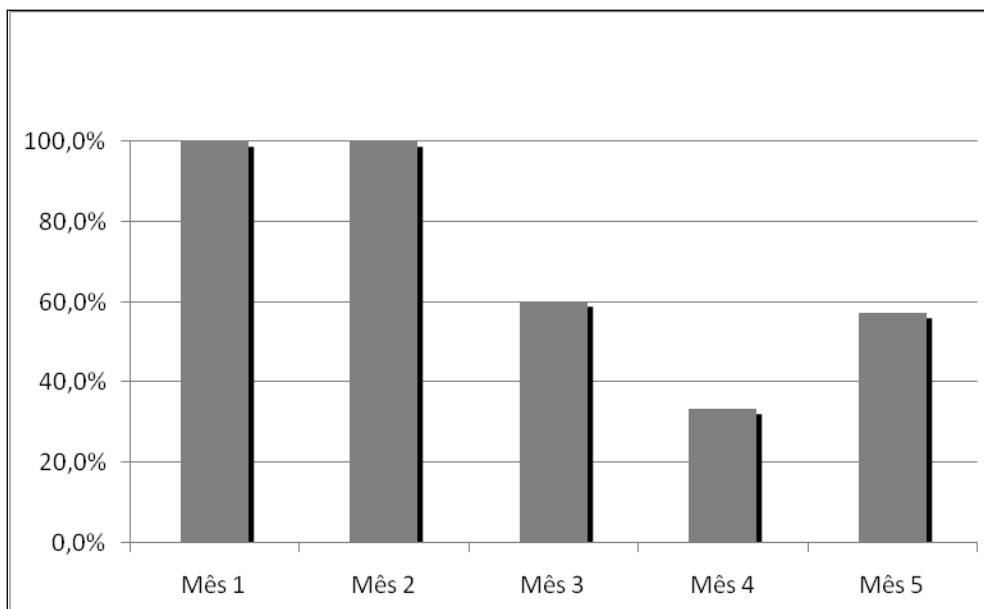


Figura 3 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças que faltaram a consulta e receberam busca ativa na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

Foram dois os fatores implicados nos baixos resultados obtidos: a existência de micro área descoberta e a demora na monitoração das planilhas, a identificação dos que não compareceram ao atendimento não aconteceu nos dois primeiros meses, impossibilitando a captação precoce. Foi percebido que o controle de faltosos estava sendo realizado de forma inadequada, visto que não havia dados suficientes para realizar busca ativa das crianças que faltaram a primeira consulta.

Meta 4: Capacitar 100% dos profissionais da UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Indicador 4: Proporção de profissionais capacitados de acordo com os protocolos do MS.

Ao todo fazem parte da Equipe seis profissionais (1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de Enfermagem e 3 ACS). Quanto a capacitação profissional, apenas no primeiro mês conseguiu-se capacitar todos os integrantes da Equipe. A partir do

segundo mês uma das ACS entrou de Licença Maternidade afetando o indicador e no mês de dezembro em decorrência dos recessos (casamento e festas de final de ano) não houve reunião. O total de profissionais que participou das capacitações ao longo dos cinco meses foi 6 (100%); 5 (83,3%); 4 (66,7%) e 4 (66,7%) respectivamente (Figura 4).

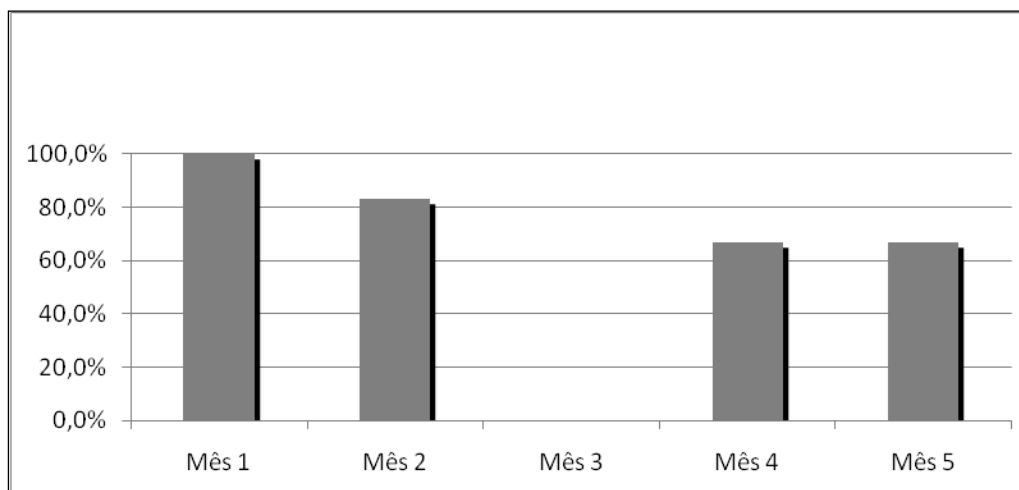


Figura 4 – Gráfico indicativo da Proporção de profissionais de saúde capacitados na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

A separação de um turno para realização das reuniões permitiu que houvesse tempo disponível para a educação profissional continuada. Com a capacitação da equipe houve melhor organização da demanda (o conhecimento do protocolo de atendimento evitou que algumas crianças fossem atendidas além do indicado, enquanto outras sequer eram acompanhadas). A revisão de procedimentos e estudo de protocolos contribuiu para uma assistência de qualidade.

Meta 5: Monitorar crescimento em 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 5: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento em dia.

Os valores percentuais das avaliações de crescimento e desenvolvimento coincidem a cada mês (Figuras 5 e 6), ao longo dos cinco meses obteve-se respectivamente 16 avaliadas dos 17 atendidos (94,1%), 21 avaliados dos 22

atendidos (95,5%), 22 avaliados dos 27 atendidos (81,5%), 36 avaliados dos 42 atendidos (85,7%) e 46 avaliados dos 51 atendidos (90,2%).

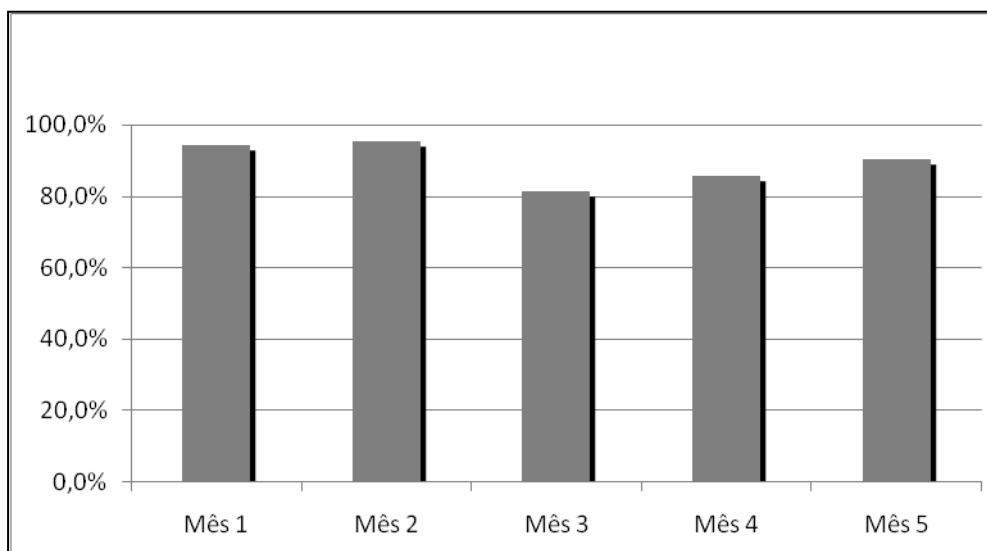


Figura 5 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com monitoramento do crescimento em dia na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento neurocognitivo em 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento neurocognitivo em dia.

Conforme já foi comentado no indicador anterior, os percentuais de avaliações de crescimento e desenvolvimento coincidem a cada mês, ao longo dos cinco meses obteve-se respectivamente 16 avaliadas dos 17 atendidos (94,1%), 21 avaliados dos 22 atendidos (95,5%), 22 avaliados dos 27 atendidos (81,5%), 36 avaliados dos 42 atendidos (85,7%) e 46 avaliados dos 51 atendidos (90,2%)

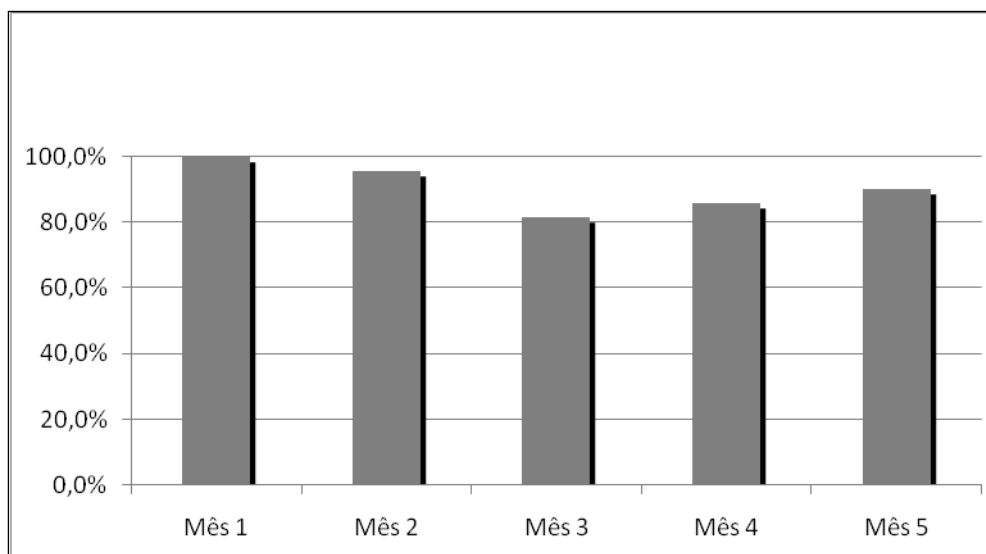


Figura 6 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neurocognitivo em dia na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014.

A avaliação de crescimento e desenvolvimento foram quesitos incluídos na rotina dos atendimentos de puericultura, todas as crianças atendidas foram pesadas e medidas, o desenvolvimento foi avaliado de acordo com os marcos da planilha da caderneta da criança, além de ter sido verificado o perímetro cefálico em todos com idade até 24 meses. Esses dados foram registrados no prontuário e em local apropriado da caderneta da criança.

A análise dos dados antropométricos permitiu a detecção, nestes 5 meses, de 2 crianças com excesso (Figura 7) e 2 com déficit de peso (Figura 8). A criança primeiramente identificada com sobrepeso tinha apenas 3 meses, como estava em aleitamento exclusivo, realizou-se acompanhamento com observação atenta do peso, nenhuma medida adicional foi tomada até a criança completar seis meses, momento em que foi orientada a alimentação adequada a idade. A outra em quem foi detectado o excesso de peso tinha seis meses de idade e era alimentada com mingau de leite integral e maisena desde o segundo mês de idade. A mãe recebeu aconselhamento e orientação sobre a dieta adequada à criança (APÊNDICE 7).

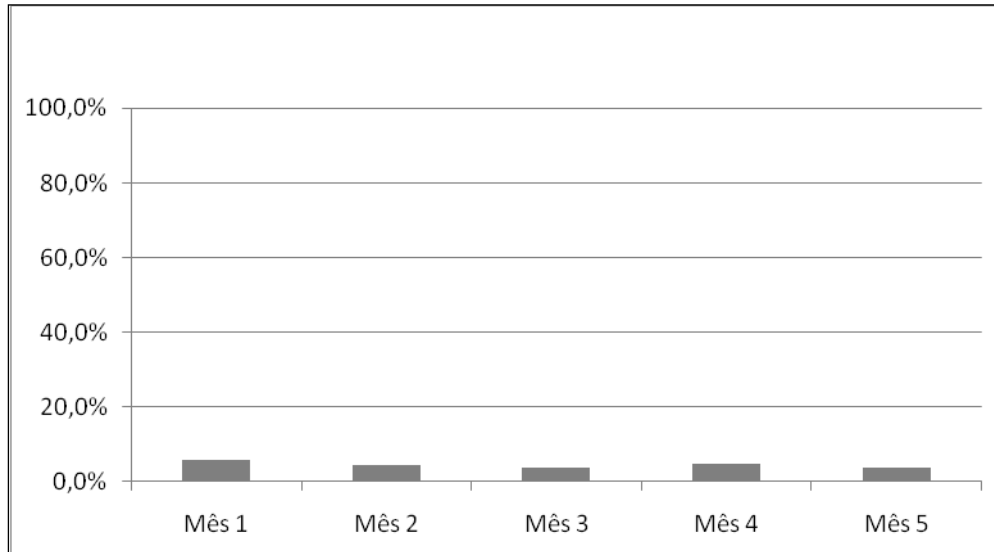


Figura 7 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com excesso de peso na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

Quanto às crianças com baixo peso para idade, a primeira foi atendida no sexto dia de vida, apresentou peso inferior a 2.500g ao nascimento e estava em aleitamento exclusivo, a mãe recebeu as orientações necessárias e o retorno da criança foi agendado para 15 dias. A outra tinha 24 meses e apresentava uma baixa condição sócio-econômica, por isso foi encaminhada para inclusão no programa de distribuição de leite. Os registros de peso mostravam uma curva estacionária há cinco meses.

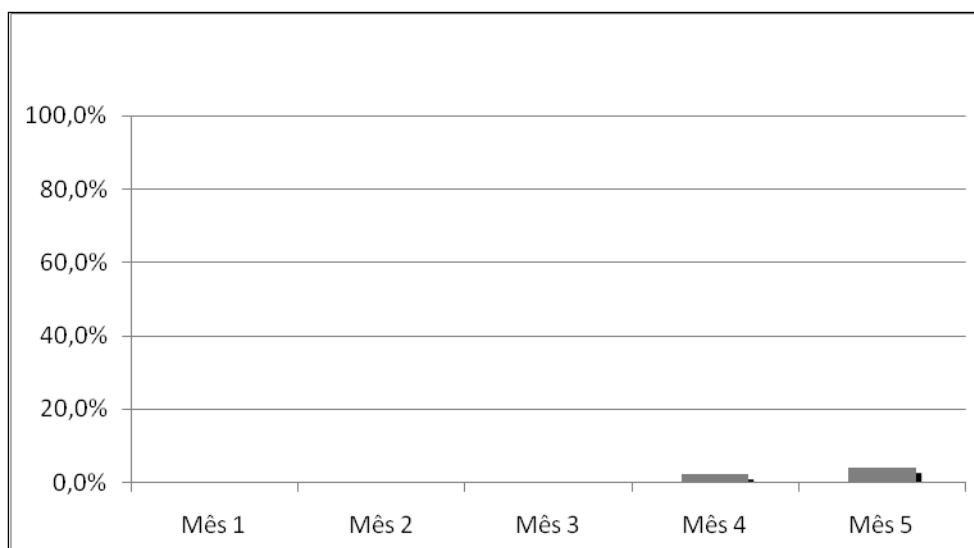


Figura 8 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com déficit de peso na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

Ainda sobre a evolução de peso, a proporção obtida de crianças com curva descendente ou estacionária foi 0%; 0%; 3,7%; 2,4% e 3,9% (Figura 9) o que corresponde em números absolutos a 0, 0, 1, 1 e 2. Os responsáveis pelas crianças receberam as orientações e encaminhamentos necessários. Salienta-se que para uma das crianças detectadas neste quesito, a manutenção do peso foi um aspecto positivo, pois apresentava sobrepeso.

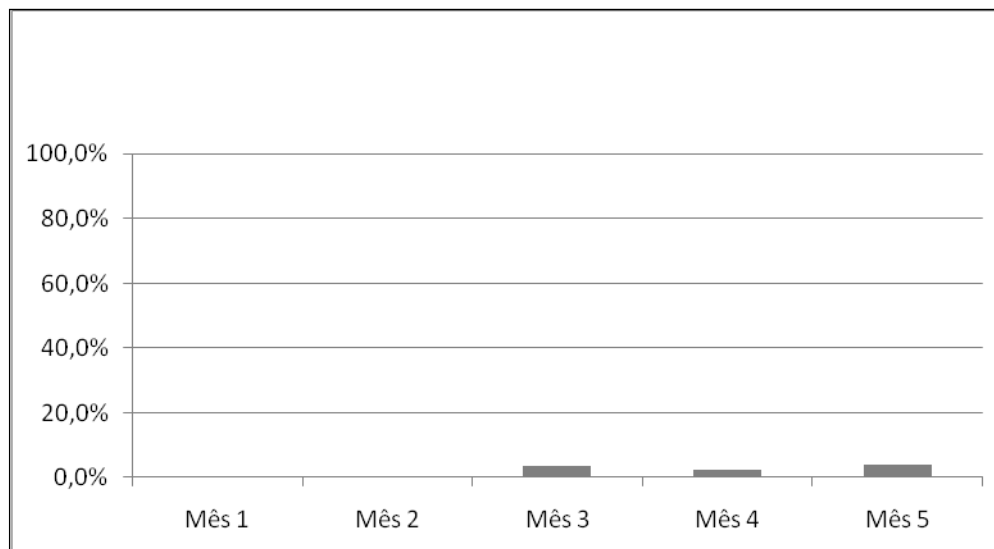


Figura 9 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com curva de peso descendente ou estacionária na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014.

Meta 7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 7: Proporção de crianças vacinadas de acordo com a idade.

Quanto ao esquema vacinal, os valores alcançados ao longo da intervenção foram (Figura 10) 82,4% (14 crianças); 81,8% (18 crianças); 92,6% (25 crianças); 88,1% (37 crianças) e 94,1% (48 crianças). Salienta-se que aqueles que estavam com vacinação atrasada foram encaminhados à sala de vacinação.

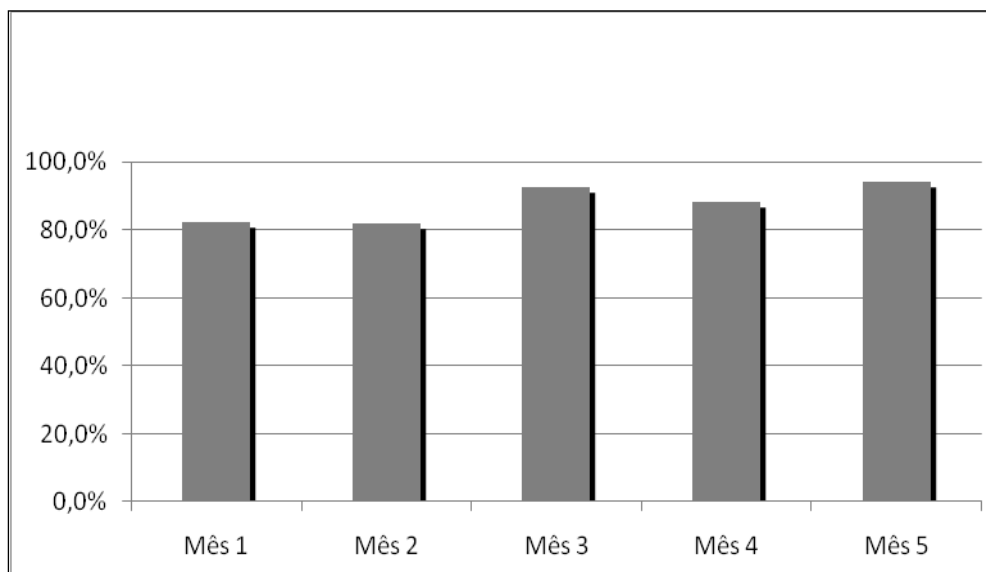


Figura 10 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014.

Com a intervenção foi possível perceber subestimação em relação ao percentual de crianças com vacinação em atraso, obtido através levantamento com base no Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias na Área - SSA2, que apontou índices vacinais superiores a 95% ao longo do ano. A incompatibilidade com os dados obtidos está relacionada às crianças da área sem atuação do ACS.

Outro fator que é importante destacar é a não vacinação das crianças na maternidade de nascimento, dentre os 14 RNs atendidos nos primeiros quinze dias de vida, 5 não haviam sido vacinados. Vale lembrar que no quarto e quinto mês de intervenção houve falta de vacinas na UBS.

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças entre 6 e 18 meses que consultam o serviço.

Indicador 8: Proporção de crianças entre 6 e 18 meses de idade com suplementação de ferro.

A suplementação de ferro foi outra rotina iniciada a partir da implementação, todas as crianças atendidas foram suplementadas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, sendo atingida a meta estabelecida de 100%.

A disponibilização do sulfato ferroso pela gestão e o estudo detalhado do manual do Ministério (médica e enfermeira) foram fatores determinantes para alcance do objetivo.

Meta 9: Realizar triagem auditiva e teste do olhinho em 100% das crianças acompanhadas.

Indicador 9.1: Proporção das crianças que realizaram triagem auditiva.

Indicador 9.2: Proporção das crianças que realizaram teste do olhinho.

Quanto a realização dos testes do olhinho e orelhinha o percentual de crianças que havia realizado estes exames ao longo da intervenção foi 35,3%; 36,4%; 44,4%; 38,1%; 31,4% (Figuras 11 e 12), o que em números absolutos corresponde a 6 crianças com triagens realizadas no primeiro mês, 8 com triagens realizadas no segundo, 12 com triagens realizadas no terceiro, 16 com triagens realizadas no quarto e 16 com triagens realizadas no quinto mês.

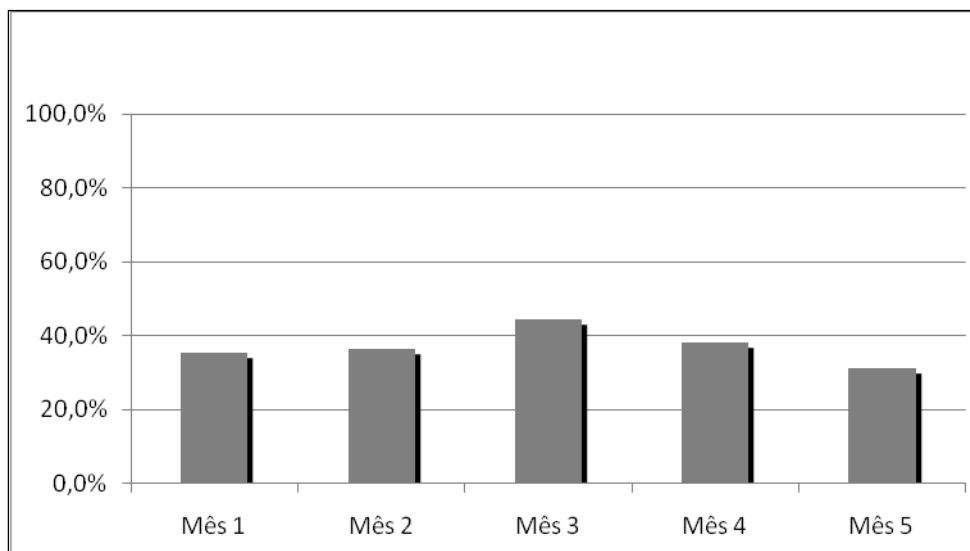


Figura 11 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

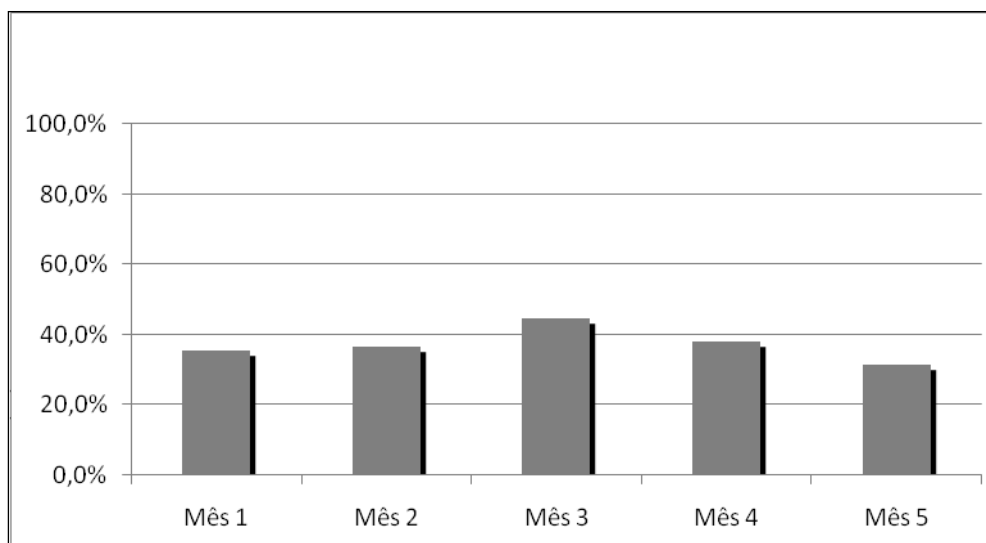


Figura 12 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com teste do olhinho na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

É importante destacar que apesar destas triagens serem obrigatórias, nem todas as maternidades realizam ou orientam as mães sobre a importância das mesmas, o que impactou negativamente o resultado obtido. Apesar dos baixos índices alcançados, destaca-se que a partir da intervenção iniciou-se a solicitação destas triagens no momento da visita ao RN, quando necessário. No entanto, a realização das mesmas depende da quantidade de vagas disponibilizadas a partir da pactuação intermunicipal, sendo os exames realizados no município vizinho.

Todos os registros acerca do Teste do Reflexo Vermelho e Teste de Emissões Otoacústicas foram realizados a partir da intervenção. As informações foram obtidas, sobre as crianças nascidas antes da intervenção, questionando-se a mãe sobre a realização destes exames.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida que consultam no serviço.

Indicador 10: Proporção das crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Quanto ao teste do pezinho os resultados obtidos foram (Figura 13) 4 RNs com exame até 7 dias de 4 nascidos (100%) no mês inicial; no segundo mês foram 2 com exame realizado de 3 nascidos vivos (66,7%); depois 3 de 5 recém-nascidos (60,0%) e 4 de 4 recém-nascidos (100,0%).

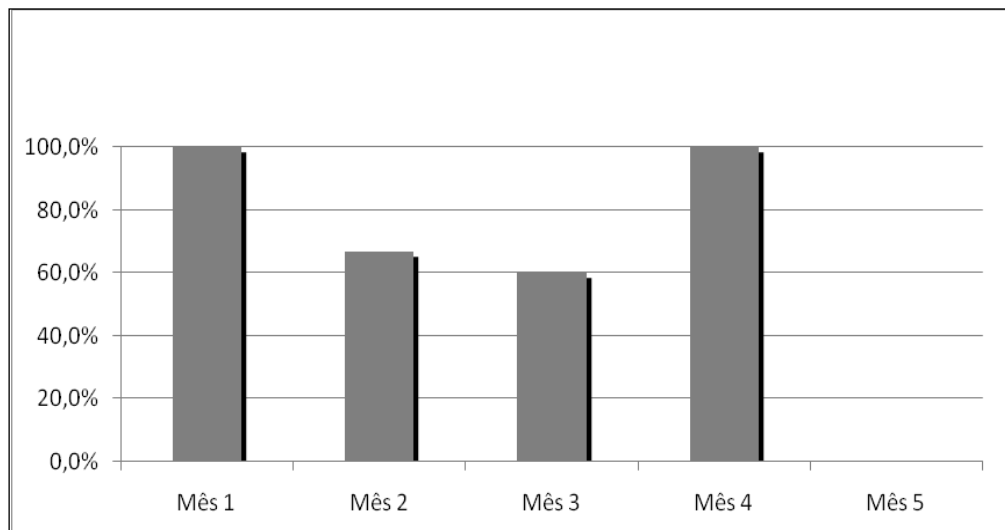


Figura 13 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014.

Não há como realizar análise comparativa com dados anteriores a intervenção pela ausência de registros. Ainda durante a gestação as mulheres são orientadas a trazerem os RNs para realização do teste do pezinho do terceiro ao sétimo dia de vida. No entanto, ainda observa-se descumprimento da orientação. Uma ação essencial para melhora desse indicador foi a coleta do exame durante a visita domiciliar ao RN, daquelas crianças que ainda não o tinham realizado.

Meta 11: Manter registro na ficha espelho de puericultura/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 11: Proporção das crianças com o registro na ficha espelho das informações da puericultura e vacinação.

Ainda referente a vacinação foi estabelecida a rotina de registrar no cartão sombra e no prontuário cada vacina administrada. Quanto a atualização dos registros obteve-se o percentual de 88,2%, 100%, 100%, 100% e 100% que corresponde a 15, 22, 27, 42 e 51 registros atualizados (Figura 14).

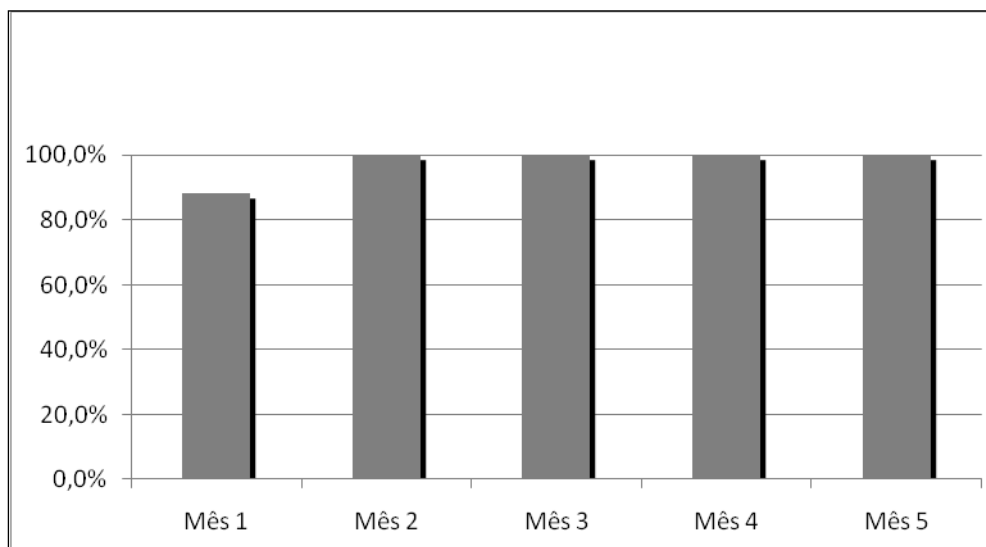


Figura 14 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças com registro na ficha espelho de puericultura/ vacinação na UBS Antônia Alexandre de Holanda-Chorozinho/CE, 2014.

No primeiro mês os profissionais não estavam habituados a nova rotina, o que justifica o menor índice.

Meta 12: Identificar 100% das crianças com risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição).

Indicador 12: Proporção de crianças com risco de morbidade/mortalidade identificado.

No que se refere a estratificação de risco para morbimortalidade realizou-se levantamento dos dados acerca do nascimento e histórico de saúde e presença de comorbidades. Destaca-se que as 51 crianças (100%) cadastradas no programa foram avaliadas.

Os fatores de risco identificados foram prematuridade (duas crianças) e baixo peso ao nascer (três crianças), que corresponde a um percentual de 8%. Apesar de ser um percentual baixo, a identificação destas crianças é importante, pois essas famílias necessitam de atenção especial, facilitando o encaminhamento ao serviço especializado, quando necessário.

Meta 13: Dar orientações sobre higiene bucal em 100% das consultas de puericultura

Indicador 13: Proporção de atendimentos em que foram ofertadas orientações sobre higiene bucal.

Quanto a higiene bucal na infância, destacamos que em 100% dos atendimentos foram fornecidas orientações sobre higiene bucal. Salienta-se que a cada atendimento prestado as orientações eram reforçadas.

As instruções consistiam em incentivar a higiene da mucosa oral com uma fralda úmida nos primeiros meses, o que deveria ser associada a escovação (sem uso de creme dental) com a erupção dos primeiros dentes. Orientava-se sobre qual a escova adequada, quando iniciar o uso do creme dental com flúor e frequência da escovação. Destaca-se que não contamos com equipe de saúde bucal na UBS.

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

Indicador 14: Proporção de famílias orientadas nas consultas de puericultura sobre prevenção de acidentes na infância.

A proporção dos responsáveis que receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância (Figura 15) foi 100% (17); 95,5% (21); 100% (27); 97,6% (41) e 96,1% (49).

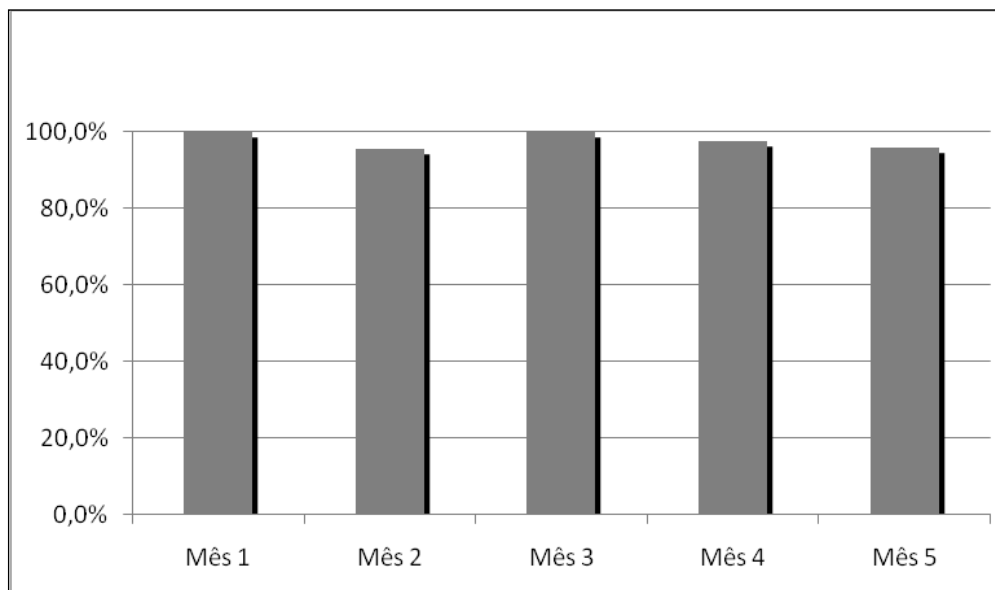


Figura 15 – Gráfico indicativo da Proporção de famílias orientadas nas consultas de puericultura sobre prevenção de acidentes na infância na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

Tentou-se incluir na rotina o fornecimento de orientações enfocando os principais cuidados para cada idade, apesar disso não foi encontrado registro sobre orientações no prontuário de quatro crianças (uma no segundo mês, uma no quarto e duas no quinto).

Meta 15: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em 100% das crianças que comparecerem as consultas.

Indicador 15: Proporção de famílias de crianças até 6 meses que foram esclarecidas sobre aleitamento materno exclusivo.

A promoção do aleitamento materno foi o tópico relacionado à promoção da saúde que recebeu maior enfoque através das atividades educativas durante a implementação, todas as famílias das crianças até 6 meses cadastradas no programa foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Esta meta foi alcançada em 100% todos os meses, já que em todo o atendimento prestado as crianças nesta faixa etária foi promovido o aleitamento materno exclusivo.

Apesar disso, os percentuais para aleitamento exclusivo até sexto mês foram 100%; 83,3%; 86,7%; 80,0% e 75,0% (Figura 16), o que significa em números

absolutos que havia no primeiro mês 12 crianças menores de seis meses, todas em aleitamento exclusivo; No segundo mês dentre os 12 menores, 10 estavam em aleitamento exclusivo, no terceiro 15 menores e 13 em aleitamento, quarto mês 20 menores e 16 em aleitamento e por último, 20 menores e 14 em aleitamento exclusivo.

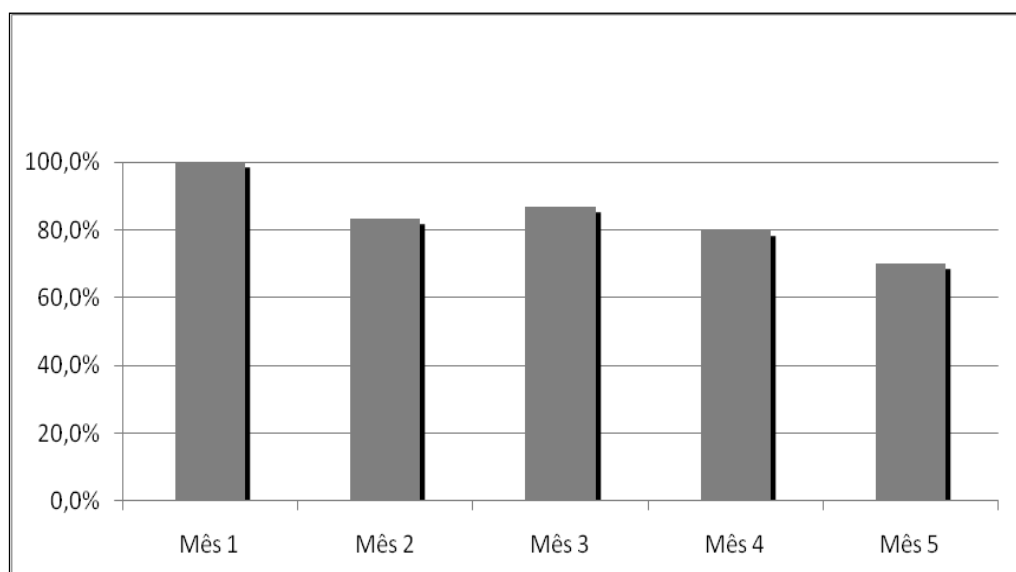


Figura 16 – Gráfico indicativo da Proporção de crianças em aleitamento exclusivo até sexto mês na UBS Antônia Alexandre de Holanda- Chorozinho/CE, 2014.

As orientações foram fornecidas durante o grupo de gestantes (acontecido em julho/ 2013), durante a visita às puérperas (momento de observação da amamentação, correção da pega e retiradas de dúvidas) e durante as consultas de acompanhamento da criança.

O retorno ao trabalho é o principal responsável pela introdução de leite artificial na alimentação precocemente, outro fator é a crença pregada por muitas avós que afirmam que o leite materno não supre as necessidades da criança (é fraco e não sacia a fome).

Meta 16: Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade que compareceram as consultas.

Indicador 16: Proporção de crianças orientadas quanto a alimentação complementar após os 6 meses.

Ao longo dos cinco meses foram atendidas quinze crianças entre 6 e 12 meses, destas 100% dos responsáveis foram orientadas sobre alimentação complementar durante as consultas de puericultura e visitas domiciliares realizadas.

Um fator que facilitou o alcance desta meta foi a criação do mini cardápio (Apêndice G) com anotações sobre os horários e tipos de alimentos a serem ofertados à criança até que ela complete um ano (momento em que deve estar fazendo as mesmas refeições que a família).

Meta 17: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade de 100% das famílias das crianças.

Indicador 17: Proporção de famílias das crianças com avaliação da situação de risco e vulnerabilidade.

Essa ação não foi realizada, apesar da tentativa de conhecer as condições sócio-econômicas das famílias através de perguntas pré-estabelecidas no prontuário, às informações obtidas não foram baseadas em um método válido. A equipe está com a responsabilidade de realizar em momento futuro a avaliação da situação de risco e vulnerabilidade conforme Escala Coelho e planejar ações para acompanhar as famílias de risco identificadas.

Meta 18: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças com 100% das famílias das crianças acompanhadas.

Indicador 18: Proporção das famílias que participaram das ações de promoção e prevenção de doenças

Quanto à promoção e prevenção para as famílias das crianças acompanhadas, não se estabeleceu método para mensurar a cobertura das ações. As atividades desenvolvidas relacionadas a este quesito foram a orientação de planejamento familiar às mães, no momento da puericultura, a criação do grupo de gestantes e a participação da Equipe nos grupos de idosos promovidos pelo CRAS (Apêndice H). Além disso, no mês de fevereiro foi promovida Campanha de vacinação contra sarampo, momento em que foram empreendidos grandes esforços

para que além dos menores de 60 meses, as pessoas sem comprovação vacinal fossem imunizadas (Apêndice I).

Para que as ações abranjam um público mais diversificado, foi proposto durante a reunião de Equipe a criação de atividades educativas mensais na sala de espera.

4.2 DISCUSSÃO

A puericultura destaca-se na atenção primária, como instrumento que possibilita o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil. Enfocando a prevenção, proteção e promoção da saúde, busca proporcionar à criança o alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância (GAUTERIO et al, 2012).

Neste contexto, a intervenção na unidade básica de saúde Antônia Alexandre de Holanda propiciou ao serviço a ampliação e a implementação na rotina de atendimento a saúde da criança, com destaque para a organização da demanda de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, suplementação de ferro para as crianças entre 6 e 18 meses e melhoria dos registros.

A qualificação do atendimento perpassou por aperfeiçoamento de condutas técnicas, gerando a necessidade de educação profissional continuada (Apêndice J). As atribuições profissionais foram repactuadas, apesar das funções específicas de cada profissional, todos foram envolvidos na promoção à saúde (orientando sobre aleitamento, higiene, vacinação, entre outros temas) e captação das crianças, nesse quesito, os ACS foram os mais empenhados, pela característica de suas atividades. O questionamento “seu filho é acompanhado na puericultura?” foi incorporado ao cotidiano do serviço. As técnicas de enfermagem envolveram-se na organização dos registros, principalmente no que se refere aos da sala de vacinas e identificação daqueles com vacinação em atraso. A enfermeira realizou os atendimentos às crianças, com apoio do médico da Unidade.

O projeto gerou impactos no programa de pré-natal, através da criação do grupo de gestantes e da priorização da visita à puérpera e ao RN. A orientação de planejamento familiar às mães foi incluída no atendimento das crianças.

Estabeleceu-se o agendamento à demanda das crianças e houve reformulação do cronograma, criando espaço para atendimento à puericultura.

Antes da intervenção o atendimento a criança não seguia as orientações do protocolo do MS, muitas crianças eram levadas ao serviço apenas quando adoeciam, não havia um roteiro a ser seguido nas consultas, o atendimento muitas vezes não garantia a resolutividade das situações e os registros eram incompletos.

Após a implementação do projeto passou-se a seguir a recomendações do MS, o foco dos atendimentos passou a ser a promoção da saúde e prevenção de doenças, a avaliação de crescimento e desenvolvimento tornou-se uma rotina, e os problemas detectados durante o atendimento com a enfermeira, foram prioritariamente encaminhados ao médico da unidade e, os que necessitaram, encaminhados ao especialista . Depois de organizar todas as fichas espelho de cada criança ficou mais fácil manter o serviço organizado e trabalhar juntamente com as ACS, que também conferem o cartão da criança e mantém o registro atualizado (Apêndice K).

Para a comunidade, a reformulação do programa foi a garantia de um atendimento mais humanizado e qualificado para as crianças. O vínculo estabelecido e o comprometimento profissional resultaram em maior confiança no trabalho prestado e credibilidade às orientações fornecidas. A facilitação do acesso ao atendimento de enfermagem e médico gerou satisfação nos responsáveis.

Considero importantes algumas reflexões e aperfeiçoamento se fosse realizar a intervenção novamente. Nesse sentido, acredito que articularia melhor com a gestão municipal sobre a realização do programa, criaria estratégias mais eficazes de captação das crianças da área descoberta, aumentado o número de ações educativas voltadas às famílias e realizado o monitoramento das planilhas de atendimento com maior frequência.

Ao final do projeto, percebi que o resultado foi positivo, mesmo não tendo alcançado a maioria das metas pactuada, acredito que com a continuidade das ações em breve será possível atingi-las. A intervenção foi implementada a rotina do serviço, mas percebe-se que algumas ações podem ser melhoradas, como por exemplo, envolver a comunidade em mais ações educativas, avaliar a opinião dos pais ou responsáveis acerca do programa, criar estratégias para busca ativa de faltosos da área descoberta.

Os próximos passos é intensificar a divulgação do programa de puericultura na comunidade, realizar a avaliação do risco e vulnerabilidade das famílias e conseguir realizar ações junto às famílias das crianças.

4.3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO AOS GESTORES

Prezado Gestor,

Através da Especialização em Saúde Família, modalidade EaD (UFPEL), que atualmente estou em fase de conclusão, pude realizar um projeto de intervenção na UBS Antônia Alexandre de Holanda – Equipe Triângulo 1 - na qual atuo com enfermeira, cujo objetivo foi Qualificar a atenção à puericultura para as crianças de 0 a 72 meses. Através deste relatório venho destacar os resultados obtidos.

A intervenção que foi iniciada em setembro/2013 e tem caráter permanente foi marcada pela implantação de um rol de ações que objetivaram qualificar a atenção a criança, como a inclusão da consulta de puericultura por ocasião da visita a puérpera, criação do grupo de gestantes, como fator de promoção à saúde e momento de divulgação da puericultura, padronização do preenchimento dos prontuários, criação do cartão de controle de atendimentos, busca ativa aos faltosos, solicitação de triagem auditiva e teste reflexo vermelho aos recém-nascidos, atualização dos cartões-espelho a cada vacinação, registro dos testes do pezinho realizados na Unidade, momento para capacitação durante as reuniões mensais, criação de agenda de puericultura, monitoramento de dados obtidos e planejamento estratégico de ações. Após os cinco meses iniciais, já se observam os impactos positivos da implementação.

A cobertura de puericultura aumenta gradualmente, o programa era direcionado as crianças até 24 meses e foi ampliado para as crianças de 24 a 72 meses (anteriormente não eram assistidas). Salienta-se que todas as crianças nascidas no período (da área com ACS) foram cadastradas. Um grande avanço foi o estabelecimento das visitas à puérpera e ao recém-nascido como ação prioritária do enfermeiro, o que permitiu a primeira consulta de puericultura nos primeiros quinze

dias de vida dos recém-nascidos e facilitou o acesso a realização das Triagens Neonatais em tempo hábil.

Para monitorização do programa criou-se uma planilha na qual são registrados dados da criança e aspectos relacionados ao atendimento, por exemplo, se a vacinação está atualizada, se foi realizada a suplementação de ferro, dentre outros. A avaliação da puericultura a partir desses indicadores previamente estabelecidos proporcionou clareza para identificação de problemas relacionados à assistência, facilitando a criação de estratégias de enfrentamento.

No que se refere à qualidade do atendimento, 100% das crianças assistidas passaram pela avaliação de crescimento e desenvolvimento (Apêndice L) e avaliação da situação vacinal, sendo encaminhadas quando necessário. Orientou-se sobre higiene bucal e prevenção de acidentes (de acordo com orientações da caderneta de saúde da criança), importância do aleitamento materno exclusivo para os menores de seis meses e alimentação complementar durante os atendimentos.

Com o intuito de detectar quais as crianças que estariam em risco, realizou-se um mapeamento de todas as crianças que vieram para puericultura e estão em risco (prematuras, apresentando comorbidades ou que tiveram baixo peso ao nascer). Verificou-se o percentual de 8%, referente a quatro crianças. Apesar de ser um percentual baixo, é importante que essas crianças e suas famílias continuem a receber todo o suporte da equipe de saúde, através do acompanhamento nas consultas de puericultura.

A suplementação de ferro foi outra rotina iniciada a partir da intervenção, as crianças entre 6 e 18 meses acompanhadas foram suplementadas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, sendo atingida a meta estabelecida de 100%.

No quesito educação profissional continuada, utilizou-se as reuniões mensais para realizar as capacitações com a Equipe. Ao todo foram quatro capacitações, abordando as temáticas: Puericultura – importância, protocolo de atendimento do Ministério da Saúde; Calendário de Vacinação da criança – inclusão da vacina tetraviral; Doenças exantemáticas – Sarampo; Suplementação de Ferro.

Visando as ações de promoção e prevenção para as famílias das crianças acompanhadas criou-se o grupo de gestantes, a Equipe estabeleceu parceria com o grupo de idosos promovidos pelo CRAS e inseriu-se a orientação de planejamento familiar às mães no momento da puericultura.

No intercurso destes cinco meses também surgiram grandes dificuldades. Os problemas administrativos financeiros pelos quais o município passou afetou de forma direta a rotina de serviço da UBS do Triângulo: o desligamento da dentista impossibilitou o atendimento em saúde bucal (que também deveria ser uma das ações da implementação) e houve sobrecarga de trabalho para os outros profissionais decorrente da ausência de enfermeiro no Triângulo 2. Houve escassez de impressos, além de redução no número de transportes, que dificultou a realização das visitas domiciliares.

Apesar dos desafios foi gratificante observar o aumento da cobertura do Programa, o que resultou na detecção e encaminhamento precoce de problemas. Existem ainda muitas barreiras a serem superadas e indicadores a serem melhorados. Destaca-se que é papel da gestão garantir a disponibilidade de recursos humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento do serviço de saúde, sendo o apoio da gestão local um fator essencial para garantir continuidade das ações e melhora desses índices.

4.4. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO À COMUNIDADE

Através da Especialização em Saúde Família, modalidade EAD (UFPEL), que atualmente estou terminando, pude realizar um projeto com objetivo de melhorar o atendimento às crianças na UBS Antônia Alexandre de Holanda – Equipe Triângulo 1- na qual sou enfermeira. Através deste relatório venho mostrar a vocês os resultados alcançados.

A implantação do projeto começou em setembro/2013, com isso aconteceram muitas mudanças, entre elas a criação do grupo de gestantes, para orientar as futuras mães, capacitação da Equipe, busca das crianças que faltaram as consultas e criação de agenda de marcação da puericultura. Após os cinco meses iniciais, já se observam os bons resultados do projeto.

A quantidade de crianças de 24 a 72 meses acompanhadas na Unidade aumentou (Apêndice M) e todas as crianças nascidas nestes últimos meses (da área com ACS) foram cadastradas. Atualmente são 51 crianças atendidas regularmente no serviço.

Tornou-se uma prioridade a visita domiciliar para avaliação da saúde dos RNs, aproveitava-se o momento da visita para encaminhar os RNs para realizarem os testes do olhinho e orelhinha e coleta do teste do pezinho daqueles que ainda não haviam realizado.

Criou-se uma planilha com dados das crianças para que os profissionais registrassem como está a vacinação, o peso, o crescimento e o desenvolvimento, se a criança está usando o sulfato ferroso e se apresenta algum problema de saúde. Todas as crianças atendidas foram orientadas sobre higiene bucal e prevenção de acidentes (de acordo com orientações da caderneta de saúde da criança). As mães dos bebês com menos de seis meses foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e as dos maiores sobre alimentação complementar.

Também foram pesquisadas quais as crianças que vieram para puericultura e estão em risco (prematuras, apresentando comorbidades ou que tiveram baixo peso ao nascer). Foram identificadas quatro crianças, é importante que essas famílias recebam atenção especial.

A suplementação com sulfato ferroso, foi outra rotina iniciada a partir da implementação, as crianças entre 6 e 18 meses acompanhadas receberam o sulfato ferroso xarope ou gotas.

Foram treinados quase todos os integrantes da equipe, os treinamentos aconteceram durante as reuniões mensais, ao todo foram quatro. Com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças às famílias das crianças criou-se o grupo de gestantes, a Equipe estabeleceu parceria com o grupo de idosos do CRAS e durante as puericulturas as mães foram orientadas sobre planejamento familiar. Além disso, foram realizados grandes esforços para que todas as crianças com menos de cinco anos que moram na área fossem vacinadas na Campanha de vacinação contra Sarampo.

Apesar das dificuldades enfrentadas nestes primeiros meses foi gratificante observar que o acompanhamento atento do crescimento e desenvolvimento das crianças permitiu identificar problemas de saúde e encaminhá-los adequadamente.

Existe ainda muito a ser melhorado e a participação da comunidade é um fator essencial para garantir continuidade das ações e melhora dos indicadores de saúde. Destaca-se que existem espaços locais (caixa de críticas e sugestões) e municipais (Ouvidoria Municipal, Conselho Municipal de Saúde) em que a

comunidade pode manifestar quais as necessidades coletivas e exigir do poder público a solução para os problemas enfrentados.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO DE APRENDIZADO

A Especialização em Saúde da família foi um marco para minha vida profissional. Enfermeira por formação há apenas cinco meses atuava na Estratégia Saúde da Família, quando iniciei o curso. “A falta de experiência era como uma lente que embaçava”, dificultando a percepção das deficiências presentes no fazer cotidiano. Muitas vezes me sentia perdida diante de tantos programas e de quadros clínicos tão diversos que compõem o dia-a-dia da Atenção Primária.

A partir da Especialização pude aprofundar conhecimentos relacionados à Atenção básica, como requisitos estruturais mínimos da UBS, acolhimento e educação para a saúde. Pude montar minha própria biblioteca virtual com os protocolos do MS que foram disponibilizados.

O enfoque dado pelo curso aos quatro eixos pedagógicos propiciou que a visão sobre o ambiente de trabalho acontecesse sob uma perspectiva mais ampla, permitindo a percepção de potencialidades e parcerias que podem ser estabelecidas com a gestão e com a comunidade.

Tive muita dificuldade para realizar as atividades em dia, a limitação do acesso à internet na cidade de Chorozinho foi um dos agravantes. No mês de janeiro, quando ia iniciar a intervenção na localidade de Cedro, fui transferida para a ESF Triângulo 1, local com realidade totalmente diferente, sendo necessário refazer os passos: análise situacional, análise estratégica e construção do Projeto de Intervenção.

Confesso que desacreditava que fosse possível alcançar mudanças significativas no serviço, mas percebi que a falta de planejamento era o entrave que impedia o avançar do trabalho. Acredito que o exercício de planejar (elaborar, implementar, avaliar e reformular) foi meu maior aprendizado, e esse foi

desenvolvido de forma coletiva: as reuniões com toda a equipe foram retomadas e todos os integrantes foram envolvidos no processo de planejamento. Como resultado o diálogo entre os profissionais passou a fluir com mais facilidade.

Ao longo desses cinco meses pude presenciar muitas transformações e mudanças de posturas. Foi um processo de crescimento profissional e pessoal e pudemos potencializar nossa capacidade resolutiva quanto equipe de Saúde da Família. Os resultados obtidos servem de motivação para continuar aprimorando o serviço.

6- BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde da Criança : PASSAPORTE DA CIDADANIA**. 8a ed. Brasília: 2013, 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. ED. Ministério da Saúde, Brasília: 2006, 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE DA CRIANÇA: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Ed. Ministério da Saúde, Brasília: 2002, 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** ED. Ministério da Saúde. Brasília, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. ED. Ministério da Saúde, Brasília: 2009, 132p.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. de A.; CEZAR-VAZ, M. R.. **Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano**. Rev. bras. enferm. [online]. 2012, vol.65, n.3, pp. 508-513. ISSN 0034-7167.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br Acesso em: 04 set 2012.

SCHLITHLER, A.C.; CERON, B. M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Universidade Federal de São Paulo- Pró-Reitoria de Extensão. Especialização em Saúde da Família. Módulo Psicossocial. Unidade 18. São Paulo: 2010. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf > Acesso em: mai 2014.

Anexos

Anexo A. Carta ao Comitê de Ética.



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B. Cartão espelho de vacinação.



Registro de Vacinas



Nome: _____
 Responsável: _____
 Endereço: _____

Doses/ Vacinas	BCG	Hepatite B	Antipolio	Tetravalente DTP + Hib	Febre amarela	Tríplice viral
1ª Dose	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____
2ª Dose	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____		Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____
3ª Dose		Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____		
		Situações especiais		DTP	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Camp. seguimento
1º Reforço		Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____
2º Reforço		Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____		Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____	Data: _/~/_/ Lote: _____ Local: _____ Assin.: _____

Anexo C. Prontuário atenção à criança.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOROZINHO - CE
SECRETARIA DA SAÚDE DE CHOROZINHO

FICHA DE ATENÇÃO À CRIANÇA														
NOME:									SEXO:					
DATA DE NASCIMENTO:			Nº DO CARTÃO SUS:			Nº DO PRONTUÁRIO:								
RESPONSÁVEL:														
ENDEREÇO:														
ÍNDICE DE APOAR:				PESO AO NASCER:				ALTURA:						
		1º MINUTO			2º MINUTO					GRAMAS				CM
PERÍMETRO CEFÁLICO:						PERÍMETRO TORÁCICO:								
TESTE DO PEDIÑO:			DATA DA COLETA:			LOCAL DE COLETA:								
RESULTADO:														
TESTE DO OLHINHO						TESTE DA ORELHINHA								
DATA DA REALIZAÇÃO:						DATA DA REALIZAÇÃO:								
RESULTADO:						RESULTADO:								
Nº DE IRMÃOS EM GESTAÇÕES ANTERIORES:						INTERVALO INTERPARTAL:								
PERDAS FETAIS:			IRMÃOS FALLECIDOS:			CAUSAS:								
PESSOA QUE CUIDA:						IDADE:								
RENDIA FAMILIAR:			<input type="checkbox"/> MENOS DE 1/2 SALÁRIO MÍNIMO			<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO								
<input type="checkbox"/> ATÉ 1 E 1/2 SALÁRIO			<input type="checkbox"/> 2 A 3 SALÁRIOS			<input type="checkbox"/> ACIMA DE 3 SALÁRIOS								
HISTÓRIA GINECOLÓGICA:														
Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 <input type="checkbox"/> DE 4 A 6 <input type="checkbox"/> DE 7 A MAIS														
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM SEMANAS: <input type="checkbox"/> MENOS DE 32 <input type="checkbox"/> DE 32 A 37 <input type="checkbox"/> DE 38 A 41 <input type="checkbox"/> DE 42 A MAIS														
INTERCÔRRÊNCIA NA GESTAÇÃO:														
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> CESÁREO <input type="checkbox"/> FÓRCEPS <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> DOMICILIAR														
INTERCÔRRÊNCIA NEONATAL:														
ICTERÍCIA <input type="checkbox"/>			DIFICULDADE RESPIRATÓRIA/ CANSAÇO <input type="checkbox"/>			ANÓXIA/DEMORA PARA CHORAR <input type="checkbox"/>								
MALFORMAÇÃO: QUAL?														
INFECÇÃO LOCALIZADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO														
<input type="checkbox"/> PELE			<input type="checkbox"/> UMBILICO			<input type="checkbox"/> OLHOS			<input type="checkbox"/> OUTROS: _____					
INFECÇÃO GENERALIZADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO														
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO NA VEIA			<input type="checkbox"/> BORO VENOSO			<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO			<input type="checkbox"/> OUTROS: _____					
DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR														
SOMRISO SOCIAL <input type="checkbox"/> 2 MESES			CONTROLE CERVICAL <input type="checkbox"/> 2 MESES											
VIRA A CABEÇA SEM ERRO PARA O LADO DO BOM <input type="checkbox"/> 3 MESES														
SENTA COM APOIO, APOIA OBJETOS <input type="checkbox"/> 6 MESES														
ENGATINHA <input type="checkbox"/> 8 - 9 MESES			FICA EM PÉ COM APOIO <input type="checkbox"/> 10 - 11 MESES											

Apêndices

Apêndice A. Fotografia da entrada da Cidade – Chorozinho/CE



Apêndice C. Cartaz de divulgação do programa de puericultura.



APÊNDICE E. Mini- cardápio: alimentação completar para crianças que mamam.

Alimentação para crianças menores de dois anos que mamam

AO COMPLETAR 6 MESES

LEITE MATERNO

9:00- Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...)

11:30 - Almoço (sopinha de legumes, batata amassada, caldo, carnes, arroz amassado, feijão, frango, ovos, jerimum verduras ...)

15:00 - Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...)

AO COMPLETAR 7 MESES

LEITE MATERNO

9:00- Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...)

11:30 - Almoço (sopinha de legumes, batata amassada, caldo, carnes, arroz amassado, feijão, frango, ovos, jerimum verduras ...)

15:00 - Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...)

18:00 - jantar (sopinha de legumes, batata amassada, caldo, carnes, arroz amassado, feijão, frango, ovos, jerimum verduras ...)

AO COMPLETAR 12 MESES

LEITE MATERNO

9:00 - Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...)

11:30 - Refeição básica da família

15:00- Fruta (suco, fruta amassada, vitamina...), pão ou mingau

18:00 - Refeição básica da família



Apêndice F. Fotografia das ações desenvolvidas em visita domiciliar ao recém-nascido.



Apêndice G. Mini-cardápio: alimentação para crianças maiores de seis meses que não mamam.

Alimentação para crianças menores de dois anos que não mamam

Menores de 4 meses

Alimentação láctea (leite)
 Alimentação láctea (leite)
 Alimentação láctea (leite)
 Alimentação láctea (leite)
 Alimentação láctea (leite)

4-8 meses

Ao acordar - Leite + cereal ou tubérculo

9:00- Fruta (suco, fruta amassada, vitamina ...)

11:30 - Almoço (sopinha de legumes, batata amassada, caldo, carnes, arroz amassado, feijão, frango, ovos, verduras ...)

15:00 - Fruta (suco, fruta amassada, vitamina ...)

17:30 - Jantar (sopinha de legumes, batata amassada, amassado, feijão, frango, ovos, verduras ...)

Próximo a hora de dormir
 - Leite + cereal ou tubérculo

Maiores de 8 meses

Ao acordar - Leite + cereal ou tubérculo

9:00 - Fruta (suco, fruta amassada, vitamina ...)

11:30 - Refeição básica da família

15:00- Fruta (suco, fruta amassada, vitamina ...) ou pão

18:00 - Refeição básica da família

Próximo a hora de dormir
 - Leite + cereal ou tubérculo



Apêndice H. Fotografia das Estratégias de Educação em Saúde desenvolvidas: Grupo de idosos realizado em parceria com CRAS (esquerda); Grupo de gestantes da UBS (direita)



Apêndice I. Fotografia da Campanha de vacinação contra sarampo realizada em fevereiro de 2014.



Apêndice J. Fotografia da Reunião para capacitação da Equipe.



Apêndice K. Fotografia do mutirão para atualização de cartão sombra de vacinação das crianças atendidas na UBS.



Apêndice L. Fotografia da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.



Apêndice M. Fotografia da Ampliação do atendimento às crianças de 24 a 72 meses.

