

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 4**



Trabalho Acadêmico

**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE 0 A 72 MESES DA UNIDADE
SAÚDE ESCOLA ACLIMAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR**

Francine Dadona Neves

Pelotas, 2014

FRANCINE DADONA NEVES

**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE 0 A 72 MESES DA UNIDADE
SAÚDE ESCOLA ACLIMAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família
– Modalidade a Distância –
UFPEL/UNASUS, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Alexandra Rosa Martins

Pelotas, 2014

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

N518m Neves, Francine Dadona

Melhoria da atenção às crianças de 0 a 72 meses da Unidade Saúde Escola Aclimação do município de Cascavel - PR / Francine Dadona Neves; Alexandra Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

96 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Martins, Alexandra Rosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho ao meu esposo Rogério por estar ao meu lado em todos momentos dessa trajetória.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida, e pela experiência desse momento.

Agradeço à minha família especialmente minha mãe Sônia a qual desde cedo me incentivou aos estudos.

Agradeço meu esposo Rogério pela paciência, pela ajuda principalmente nas tabelas e planilhas e por não deixar desistir nos momentos de fraqueza.

Agradeço aos colegas da USE Aclimação pela colaboração e a ajuda essencial da enfermeira Kessia, Dr. Jean e a THD. Madalena por lutarem pelo mesmo objetivo no projeto de intervenção.

Obrigada.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”*

(CHARLES CHAPLIN)

Resumo

NEVES, Francine Dadona. **Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses da USE Aclimação do município de Cascavel-PR.** 2014. 96f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das crianças pertencentes à área de abrangência da Unidade Saúde Escola Aclimação, do município de Cascavel- PR, na faixa etária compreendida de 0 a 72 meses, cadastradas no programa de puericultura da unidade. Foi estruturado em um período de 14 meses, seguindo um cronograma pré estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial teórico os cadernos de atenção básica: Saúde da Criança nº33 e Saúde Bucal nº 17, ambos do Ministério da Saúde e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos, as fichas espelho de saúde da criança e saúde bucal. No total 237 crianças participaram da intervenção totalizando 23,5% do índice de cobertura. Ressalta-se que a USE Aclimação não é uma Unidade de Saúde da Família, sendo o número de usuários atendidos superior ao estimado pelos índices do IBGE e do processo de territorialização, dificultando o mapeamento das famílias e o acompanhamento por parte dos Agentes Comunitários de Saúde. A intervenção proporcionou melhorias na atenção básica no território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência. As ações propostas foram incorporadas à rotina da Unidade, sendo um processo linear em busca de atingir as metas e os objetivos propostos que ficaram faltando. Devemos ao progresso do projeto o trabalho intenso e colaborativo da maior parte dos profissionais envolvidos.

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

Lista de Figuras

Figura 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	69
Figura 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	70
Figura 3- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	71
Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica	72
Figura 5 – Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida	75
Figura 6 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído	76
Figura 7 - Proporção de crianças com registro atualizado	77
Figura 8 - Proporção de crianças com avaliação de risco.....	78
Figura 9 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	79
Figura 10 - Proporção de crianças da creche cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie	81
Figura 11 - Proporção de crianças frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais	82

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEACRI	Centro de Atendimento Especializado à Criança
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CEONC	Centro de Oncologia de Cascavel
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensos e diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAID	Programa de Atenção e Internamento Domiciliar
RT	Responsável Técnico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIPAR	Universidade Paranaense
UOPECCAN	União Oeste Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USE	Unidade Saúde Escola

Sumário

1. ANÁLISE SITUACIONAL	13
1.1 SITUAÇÃO DA ESF/APS EM MEU SERVIÇO	13
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL	15
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL	25
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
2.1 JUSTIFICATIVA	27
2.3 METODOLOGIAS.....	30
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	31
2.3.2 Indicadores	53
2.3.3 Logística	59
2.3.4 Cronograma.....	62
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	63
3.1 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS	63
3.2 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS	66
3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS	66
3.4 INCORPORAÇÕES DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO .	67
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	68
4.1 RESULTADOS	68
4.2 – DISCUSSÃO	83
4.3 RELATÓRIOS PARA O GESTOR.....	85
4.4 RELATÓRIOS PARA A COMUNIDADE.....	87
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	89
6. REFERÊNCIAS.....	91
A. FICHA ESPELHO	93
B. PLANILHA DE COLETA DE DADOS	95
C. DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	97

Apresentação

Este volume trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Cascavel – PR, que teve o objetivo de melhorar a atenção das crianças de 0 a 72 meses cadastradas na Unidade Saúde Escola Aclimação. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Aclimação foi inaugurada em 10/03/1991, no bairro Coqueiral, na cidade de Cascavel-PR. A estrutura física é composta de uma área de 491m², divididos em 31 cômodos. Em 26/06/2006 a Unidade passou por uma reforma e reinauguração sendo denominada UBS Aclimação “Marco Antônio da Silva Pyl” abrangendo os bairros: Aclimação, Coqueiral, Vale do Sol, Porto Seguro, FAG, parte do Santa Cruz, parte do Parque Verde, parte do Tropical. Pelo Censo de agosto de 2012 a cidade tem 292.372 habitantes sendo que a UBS, pela territorialização de 2011, conta com aproximadamente 20 mil habitantes.

Em fevereiro de 2012 oficializou-se o convenio com a Universidade Paranaense (UNIPAR) que já vinha sendo realizado como forma de teste, transformando de Unidade Básica de Saúde para Unidade de Saúde Escola Aclimação (USE). Contamos com a seguinte equipe: 1 enfermeira responsável Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS), 1 clínico geral, 2 ginecologistas, 2 pediatras, 4 cirurgiões dentistas, 1 assistente social, 5 técnicas de enfermagem, 1 THD, 3 ACD, 4 ACS (sendo 10 micro-áreas descobertas), 3 administrativos, 1 atendente de farmácia, 2 zeladores e 1 coordenadora. Além de 3 profissionais cedidos pela UNIPAR que atuam com responsáveis técnicos supervisionando os acadêmicos, orientando-os, atendendo a população específica e dividindo tarefas com os outros profissionais da Unidade.

Desde fevereiro de 2013 estamos passando por um processo de adequação ao Tribunal de Contas, devido aos altos gastos da Secretaria de Saúde, onde o prefeito determinou o fechamento de 26 Unidades Básicas no período da tarde. Vários funcionários foram realocados, transferidos ou exonerados, diminuindo significativamente o quadro de recursos humanos para quase 50%, os recursos materiais também seguiram a mesma lógica chegando a níveis catastróficos de falta de materiais básicos como papel toalha, gaze, papel higiênico, seringas, soro fisiológico entre outros.

Essas mudanças recentes transformaram a Unidade, principalmente o psicológico dos servidores que ficaram transtornados com a mudança de vida, sobrecarregados, desanimados, sem recebimento de salários ou adicionais. Sendo considerado um dos maiores desafios no momento, já que sem materiais básicos e sem recursos físico-humanos muitos protocolos estão deixando de serem seguidos como deveriam. Em relação às atividades de grupo constamos com 3 em andamento, dois grupos de Hiperdia (denominação do grupo que atende hipertensos e diabéticos) e 1 grupo de gestante; o último e mais recente está sendo desenvolvido nos moldes dos programas: Rede Cegonha, Mãe Paranaense e Ninar. O pré-natal é realizado por 2 ginecologistas e pela enfermeira atendendo somente as gestantes pertencentes a área de abrangência, contando ainda com o apoio dos seguintes profissionais: assistente social, agentes comunitários de saúde e odontólogos. Cito apoio, pois esses profissionais ainda não absorveram e reconheceram, na sua totalidade, a importância da participação deles no pré-natal.

A participação da comunidade é boa, temos o mais antigo e atuante conselho local do município com reuniões regulares e decisivas. No mês de maio estamos organizando a pré conferência de saúde que esse ano tem o tema: “A saúde que queremos é a que temos?” que antecederá a Conferência Municipal de Saúde. A escolha da nossa Unidade não ter sido transformada em PSF foi ao momento solicitado à comunidade e ao Conselho Local a qual foi reprovada por eles. Está em negociação novamente entre a Secretaria de Saúde e o Conselho a implantação de 2 equipes de ESF no Aclimação.

Enfim a Unidade Saúde Escola Aclimação é como outras pelo país: deficiência de recursos humanos, físicos, falta de apoio dos gestores, sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia entre. Porém o comodismo não pode ocorrer e as falhas dos outros não podem ser as nossas falhas, vejo que a procrastinação está presente nos profissionais que atuam na saúde pública.

Espero não pensar assim daqui alguns anos e que união dos profissionais exerça mudanças significativas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cascavel está localizado na região oeste do estado do Paraná, possui 292.372 habitantes pelo Censo de 2012, sendo considerada a quinta cidade mais populosa do estado. Foi emancipado no dia 14 de novembro de 1951, com atuais 61 anos e o agronegócio é seu maior movimento econômico, seguido da prestação de serviços no comércio, saúde e ensino superior.

O sistema de saúde do município é caracterizado pela descentralização das ações em saúde, com oferta de demanda em todos os níveis de atenção à saúde. O município conta com 23 UBS do modelo tradicional, 12 USF sendo 9 localizadas na área rural e 3 na área urbana, além de um Posto Central que realiza administração de imunobiológicos, ambulatório de gestação de alto risco e centro de imagem. No momento ocorre uma notória mudança na atenção básica de Cascavel, onde algumas UBS estão sendo adaptadas para serem USF, implantação de um NASF entre outros, porém estamos considerando a constituição da atenção básica antes do início das mudanças para ficar mais compreensível.

Na atenção secundária o município dispõe de 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), duas para atendimento aos adultos e uma para crianças. Um Centro de Atenção à Criança (CEACRI) que desenvolve atividades com multiprofissionais (fisioterapia, nutrição, pneumologia, psicologia, oftalmologia) sendo referência no atendimento especializado da criança e adolescente. Três Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) um no atendimento à criança, outro para álcool e drogas e outro para saúde mental, esse último coordena também as casas terapêuticas, são três, que foram necessárias após a reforma psiquiátrica de 2001, servindo de moradia para ex internos dos hospitais psiquiátricos e que não possuem cuidadores legais. Ainda em relação a saúde mental dispomos de um Centro de Saúde Mental (CASM), sendo suporte nos encaminhamentos de referência em saúde mental de adultos. O Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) é um serviço de atendimento para HIV e

hepatite virais, contando com 3 médicos (2 Ginecologistas e 1 Infectologista), enfermeiros, psicólogos e outros profissionais que integram a equipe, além de uma farmácia especializada com medicações necessárias para o atendimento dos pacientes e das Unidades Básicas. O PAID é o programa de atenção e internação domiciliar que atende pacientes específicos em domicílio com uma equipe multiprofissional; nas instalações físicas do PAID ainda contamos com o ambulatório de pneumologia do adulto e o ambulatório de feridas. No atendimento às consultas especializadas contamos com o Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná (CISOP) que atende 25 municípios da abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado, com consultas médicas de várias especialidades, atendimento de psicologia, ambulatório de referência em Hanseníase e Tuberculose, ambulatório de cirurgia bariátrica, procedimento de colposcopia e cirurgia de alta frequência.

Na atenção terciária o município conta com os seguintes hospitais: Hospital Nossa Senhora da Salette referência em cirurgia cardíaca, hemodinâmica e traumas com atendimento convênio SUS e particulares. Hospital São Lucas referência em gestação de baixo risco, estudos acadêmicos e atende SUS, convênios e particular. Hospital Dr. Lima, Policlínica e Hospital Genesis não possuem convênio com o SUS. Hospital Universitário do Oeste do Paraná referência em gestação de alto risco, centro de estudos, referência de queimados e traumas atende também os municípios da 10ª RS. Instituto da Visão referência em atendimento eletivo e cirúrgico oftalmológico atendendo SUS, particular e convênios.

No atendimento odontológico dispomos de referência especializada do CEO, que utiliza a estrutura física da Universidade Paranaense (UNIPAR) e cede odontólogos do município. O Centro de Atenção Infantil que utiliza a estrutura física do colégio e contém uma equipe odontológica também de servidores municipais.

Vale ressaltar que possuímos ainda a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Paranaense (UNIPAR) e Faculdades Assis Gurgacz (FAG) que mantém um centro de reabilitação e atendimento com

convênio SUS, principalmente nas especialidades de odontologia, fisioterapia e psicologia.

A UBS Aclimação foi inaugurada em 10/03/1991, no bairro Coqueiral, situado na zona urbana, da cidade de Cascavel-PR. Em 26/06/2006 a Unidade passou por uma reforma e reinauguração sendo denominada UBS Aclimação “Marco Antônio da Silva Pyl” abrangendo os bairros: Aclimação, Coqueiral, Vale do Sol, Porto Seguro, FAG, parte do Santa Cruz, parte do Parque Verde, parte do Tropical. A UBS, após a realização da territorialização de 2011, conta com aproximadamente 20 mil habitantes.

Em fevereiro de 2012 oficializou-se o convênio com a UNIPAR que já vinha sendo realizado como forma de teste, transformando de Unidade Básica de Saúde para Unidade de Saúde Escola Aclimação. O modelo de atenção à saúde é o Tradicional e conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Contamos com a seguinte equipe: 1 enfermeira responsável PACS, 1 clínico geral, 2 ginecologistas, 2 pediatras, 4 cirurgiões dentistas, 1 assistente social, 5 técnicas de enfermagem, 1 Técnico em Higiene Dental (THD), 3 Auxiliares de consultório dentário (ACD), 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (sendo 10 micro-áreas descobertas), 3 administrativos, 1 atendente de farmácia, 2 zeladores e 1 coordenadora. Além de 3 profissionais cedidos pela UNIPAR (enfermeiras e psicóloga) que atuam com responsáveis técnicos supervisionando os acadêmicos, orientando-os, atendendo a população específica e dividindo tarefas com os outros profissionais da Unidade.

A estrutura física da Unidade é considerada boa, principalmente se for comparada a Unidades de Saúde mais antigas, ou adaptadas de construções preexistentes. É composta de uma área de 491m², divididos em 31 cômodos, sendo os principais: 2 consultórios de ginecologia, 1 clínico geral, 1 de pediatria, 2 consultórios de enfermagem, 1 de serviço social e 1 clínica odontológica com escovário. Também apresenta algumas barreiras arquitetônicas que dificultam a acessibilidade, como rampas sem corrimão, corredores sem barra de apoio, tapetes nas entradas. Na entrada para ambulância a maca de transporte não consegue acesso, devido a uma

elevação arredondada feita para proteção no cano de escoamento de água da chuva. O almoxarifado e guarda de medicamentos não possuem janelas para ventilação, sendo que no verão os termômetros sobem além do permitido, já foi feito uma notificação para a vigilância farmacêutica, mas nada foi feito até o momento. Isso põe em dúvida a integridade da medicação.

Na sala de ultrassom não há ar condicionado ou ventilador, como deve ser uma sala extremamente escura não temos como abrir as janelas. Nos dias de altas temperaturas as gestantes têm queda de pressão, já houve casos de desmaios. Na sala de pré consulta onde os pacientes são preparados, não há pia, e a próxima a qual o auxiliar e técnico de enfermagem tem acesso, está a seis salas dessa. Falta sanitário no segundo consultório de ginecologia, temos que separar a maca e o local onde a paciente se troca por biombos, causando constrangimento e incômodos para o paciente e o ginecologista.

Das atribuições específicas dos profissionais da Unidade, o enfermeiro executa todas as atribuições especificadas na Portaria 2488/2011, com suas limitações como o cuidado domiciliar que acaba sendo considerado de segundo plano, devido à alta demanda espontânea gerada nos acolhimentos e triagens. Os usuários que necessitam de curativos domiciliares, recebem apenas o primeiro curativo, sendo realizado pela enfermeira ou técnicos de enfermagem, e orientações de como realiza-lo, sendo entregue o material para o cuidador ou paciente. Infelizmente não podemos realizar todos os curativos domiciliares por todos os motivos já citados, recursos humanos, físicos, excesso de demanda e falta de um carro para facilitar o deslocamento da equipe.

O Auxiliar e Técnico de Enfermagem participam das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício da profissão, do gerenciamento dos insumos e dos grupos existentes. As atividades de educação em saúde não são executadas como deveriam por falta de recursos humanos para suprir as demandas internas.

O médico clínico geral realiza atenção à saúde aos indivíduos, consulta clínica, mas não realiza pequenos procedimentos, por essa atividade ser

descentralizada. Participa quando possível dos grupos existentes, devido ao excesso de demanda clínica.

A categoria dos Agentes Comunitários de Saúde está bastante fragilizada no município, o número de exonerações cresce a cada dia. Na nossa Unidade possuímos somente quatro ACS para 14 micro áreas mapeadas, Não há pagamento de insalubridade, onde há um processo coletivo desses agentes para com a prefeitura se amparando a jurisprudências existentes. Acredito que há um excesso de cobrança de atribuições para as ACS, com prazos curtos e relatórios extensos, que ultrapassam a formação educacional exigida para assumir o concurso (nível fundamental), não há treinamento de novas equipes há quase quatro anos, sendo o treinamento de novos profissionais na prática do dia a dia.

Cirurgião Dentista realizam diagnósticos com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, realizam a atenção à saúde bucal, pequenos procedimentos e encaminhamentos para os centros de referência, devido às altas demandas não conseguem executar como preconizado às atividades nas escolas e nos grupos e o agendamento é mensal. O Técnico em saúde bucal é somente um na Unidade realiza todas as atividades preconizadas pelo anexo, e ainda dá suporte para as atividades da Unidade como campanhas, e é membro atuante do Conselho Local de Saúde, organizando as reuniões e convocando os participantes.

Os auxiliares de Saúde Bucal são em número de três, os mesmos não possuem cadastros no CRO, por não serem concursados para essa função e sim uma função extinta no Plano de Cargos e Carreiras do Município, onde foram notificados no mês passado para a regularização perante o conselho, ou deverão assumir outra função.

Como foi dito anteriormente a Unidade Saúde Escola Aclimação possui aproximadamente 20 mil habitantes, baseado na territorialização, porém, sabe-se que esse número é bem maior, já que a área de abrangência é constituída de vários condomínios verticais e horizontais com presença de muitos blocos. Houve na época da territorialização uma estimativa de habitantes fornecidos pelo síndico, até pela dificuldade em encontrar esses moradores durante o dia.

A Secretaria de Saúde chegou a liberar os funcionários da Unidade para realizar o cadastramento no período noturno e aos fins de semana, isso ajudou, porém não foi completo. A portaria 2488/2011 considera que uma UBS sem equipe de saúde da família deva atender no máximo 18 mil habitantes, portanto o número de equipes é insuficiente para atender a demanda. E ainda há o atendimento para a área de abrangência e de outras áreas do município, como de outros estados e países vizinhos (Paraguai, Argentina), sendo um ponto gerador de desafios, pois não temos um limitador de território, gerando um grande número de demanda espontânea para o acolhimento. O número de ACS é somente de 4 para 14 micro – áreas, representando 28,57% do número desejado para fechamento de cobertura do território adstrito; isso dificulta o levantamento de dados, a busca ativa, identificação precoce de gestantes e o reconhecimento de prioridades para que seja feita o planejamento das ações da equipe.

O acolhimento é realizado primeiramente pela recepção que levanta a necessidade principal e encaminha para os outros setores, quando o paciente apresenta algo mais complexo ou que não faz parte da autonomia da recepção é repassado para a enfermeira continuar o acolhimento, que irá analisar o caso e se necessário envolver a equipe multiprofissional, ou outros órgãos, bem como realizar os encaminhamentos. Quando a enfermeira não está na Unidade, ou realizando outro procedimento, os técnicos de enfermagem ou a assistente social realizam o acolhimento.

Em relação à demanda espontânea tentamos diminuí-la reservando duas vagas diárias dos profissionais médicos para serem usadas durante o acolhimento. A enfermeira tem autonomia para realizar pedidos de exames laboratoriais estabelecidos em protocolos, iniciar a primeira consulta de pré-natal, encaminhar crianças e adolescentes para psicologia, nutrição e fonoaudiologia. Em casos mais graves é acionado o Samu 192, sendo os primeiros atendimentos realizados na Unidade.

Quanto as ações programáticas realizadas na unidade, podemos dizer que as ações de atenção à saúde da criança são realizadas por 2 pediatras, pelas enfermeiras, acadêmicos de enfermagem, assistente social, por 2 dentistas e

pela THD. Não é utilizado um protocolo de forma sistemática, há um manual de puericultura para que os enfermeiros utilizem nos atendimentos, também não há um registro específico. Pelos dados do Censo teríamos 365 crianças menores de 1 ano na nossa área de abrangência, temos nos registros da Unidade 201 crianças menores de 1 ano, sendo que deveríamos acompanhar 55% deste valor, mas na puericultura temos 47 crianças sendo acompanhadas. Após o levantamento dos dados foi discutido com a coordenação os pontos que necessitavam ser melhorados. A enfermagem ampliou o atendimento de puericultura, e um dos pediatras disponibilizou um dia na semana para ajudar na realização dessa ação, o que antes era atividade exclusiva da enfermagem. Estamos realizando busca ativa das crianças nascidas em 2012, com a ajuda dos acadêmicos de enfermagem e verificando se as crianças estão fazendo puericultura em outro serviço ou se não estão sendo acompanhadas. Aproveitamos a ocasião para convidar as crianças a comparecerem na UBS. Também intensificamos as salas de espera demonstrando a necessidade do acompanhamento e desenvolvimento da saúde da criança de 0 a 72 meses.

Em relação ao atendimento de pré-natal, mudanças significativas começaram a ocorrer na Unidade Saúde Escola (USE Aclimação) desde o ano passado, sendo intensificada após os levantamentos dos dados propostos. A cobertura está com 34% do previsto pelo Censo, com 103 gestantes acompanhadas de um total de 300 previstas, possuímos um número de gestante menor que o previsto devido o perfil da população da área de abrangência, com renda per capita maior que outros bairros, que fazem uso de convênios de saúde ou particular, duas micro-áreas são praticamente de universitários (solteiros, sem filhos e que moram sozinhos ou em república). Porém há sim áreas de risco e que pode haver gestantes sem acompanhamento, que justifica estarmos sempre melhorando nosso trabalho, para realizarmos uma captação precoce e identificação de fragilidades dessas gestantes.

No município de Cascavel, em 2012, iniciaram-se as oficinas do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde- APSUS, onde foi organizado o fluxo de atendimento à gestante baseado nas Redes Cegonha e Mãe

Paranaense. Com isso a equipe multiprofissional começou a definir prioridades e introduzir gradativamente o acolhimento e o acompanhamento integral da gestante desde a suspeita da gravidez até o puerpério. Na UBS há um grupo de gestantes, que foi organizado para ocorrer quatro encontros mensais, na primeira quarta-feira do mês no período da manhã. Foi estabelecida uma divisão de quatro partes, ou seja, quatro encontros com temas pré-definidos que obedece a seguinte sequência: primeiro trimestre de gestação - direitos/deveres da gestante e os benefícios sociais presentes; segundo trimestre de gestação - saúde mental; terceiro trimestre de gestação - tradições e costumes; e o último encontro falando dos cuidados com o recém-nascido.

Esses encontros contam com a participação multiprofissional, dos acadêmicos dos cursos de enfermagem, biologia, psicologia, estética, e do comércio local, doando brindes os quais foram arrecadados pelas Agentes Comunitárias de Saúde para serem distribuídos em sorteios. Os encontros têm duração de no máximo uma hora e meia, abordam assuntos práticos, usando uma linguagem acessível, acrescentando sempre informações pertinentes e atualizadas. O local de execução do grupo é o auditório presente na estrutura física da Unidade com capacidade para quarenta pessoas. A divulgação do grupo é realizada através de salas de espera, nas visitas domiciliares das ACS, durante as consultas de acompanhamento gestacional, cartazes e entrega de convites.

A prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama na Unidade são realizados pela equipe multiprofissional e intensificadas em campanhas anuais. Mas ao realizarmos os levantamentos dos dados propostos obtivemos dificuldades por falta de registros, questões administrativas, fluxos mal definidos entre outros. Recebemos mulheres de outras áreas de abrangências e de outros municípios, não sendo possível quantificar as que realizaram a coleta de Papanicolau da área e saber se elas estão com ele em dia. Nas campanhas anuais como Cascavel Rosa, coletamos mulheres de todos os lugares, já que fomos Unidade de referência para a ação programática. No momento não temos como separar os prontuários por gênero somente após a Unidade se tornar USF. Quanto as mamografias, os

profissionais solicitam o exame na UBS, e as mulheres são referenciados para os dois hospitais CEONC e UOPECCAN, que realiza esse procedimento. Se diagnosticado alguma alteração, esses serviços iniciam o tratamento, não sendo realizado a contra referência de todas as pacientes. Se por um acaso é uma paciente acompanhada pelas ACS, ou é uma paciente que procurou os serviços da Unidade para realização dos curativos pós operatórios, conseguimos acompanhá-las, caso contrário perdemos-las. Outro ponto a ser considerado é que esses dois hospitais fazem a mamografia sem a necessidade de a paciente ter sido encaminhada por uma Unidade de Saúde, se a paciente chegar no balcão de atendimento do setor de mamografia desses locais o agendamento é realizado. Existem ONG's que também solicitam os exames e encaminham para os centros de referência.

Os indicadores de controle do câncer de mama, ficaram prejudicados pelo excesso de meios que essa mulher tem para realizá-lo e também pela falta de registros. As propostas para melhoria da qualidade prestada seriam, estabelecer livro ou outra forma de registro das mamografias e preventivos; verificar um profissional responsável para o planejamento, gestão e coordenação das ações de controle; realizar reunião de equipe e repassar os indicadores; definir um profissional além do administrativo para realizar a revisão dos arquivos e ampliar as campanhas e ações em relação ao câncer de mama e colo de útero.

À atenção aos hipertensos e diabéticos é realizada por equipe multidisciplinar, há os protocolos do Ministério da Saúde que são seguidos, dois grupos mensais de acompanhamento, e várias atividades durante o ano para estimular a prática de atividades físicas, melhora dos hábitos alimentares e prevenção das complicações. Há excesso de demanda reprimida, atendimentos de outras áreas e defasagem de profissionais para acompanhar.

No momento não há nutricionistas e educadores físicos prestando atendimento aos pacientes na rede de saúde do município. O pé diabético é uma prática curativa e não preventiva, quando surge um caso fazemos uma avaliação e encaminhamos para o ambulatório de feridas que faz o tratamento com medicações especializadas. As propostas para melhorias seriam o

aumento do número de clínicos; a implementação de um NASF para apoio a UBS; a restrição de território de atendimento e de população delimitada; a sensibilização da população que não frequenta a Unidade ou que fazem com pouca frequência para intensificar seu tratamento; um espaço maior para as reuniões de grupo, já que o número de interessados é maior que o permitido pelo auditório, ou aumento dos dias de grupo, porém essa opção diminui o atendimento da equipe para outras ações; a sensibilização da equipe sobre a importância de um acompanhamento mais intenso, diminuindo as complicações da hipertensão arterial; envolver a equipe no planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com diabetes e treinar a equipe específica para estratificação de risco.

Em relação à saúde do idoso as ações também são mais curativas do que preventivas, a não ser que ele se enquadre no grupo de hipertensos e diabéticos, que é um número expressivo, 78 % da população idosa da USE Aclimação é portadora dessa doença crônica não transmissível. Ações coletivas com essa faixa etária somente acontecem em um grupo de saúde mental sendo ofertado pela psicóloga da equipe. A caderneta de saúde da pessoa idosa não é utilizada na rotina, por não haver quantidades suficientes e por não terem sido ofertados treinamentos para seu uso correto. A avaliação multidimensional não é uma prática dos profissionais da Unidade, o mesmo ocorreu com os indicadores de fragilização na velhice. Pensamos como propostas de melhoria promover capacitação à equipe multiprofissional em relação a Avaliação Multidimensional Rápida, promover capacitação à equipe sobre a fragilização na velhice, convidar os idosos portadores de DCNT a participar do grupo Hiperdia, aumentar a participação dos idosos no grupo de saúde mental promovido pela psicóloga, aumentar o atendimento dos idosos na saúde bucal, melhorar o acolhimento e a escuta qualificada em relação a população idosa, vincular com a secretaria de saúde a possibilidade de entrega da caderneta da pessoa idosa e o treinamento de como utiliza-la, identificar o risco para a morbimortalidade, promover mudanças de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física.

A Unidade de Saúde Escola Aclimação apresenta como maiores desafios os recursos humanos e materiais, o dimensionamento de pessoal não está adequado em relação ao número de atendimentos prestados diariamente. Os melhores recursos podemos pontuar: estrutura física, equipe comprometida e principalmente por sermos a única Unidade Básica de Saúde do município que funciona como Unidade Saúde Escola sendo referência no ensino em atenção básica e treinamentos para os servidores da secretaria de saúde. Assim conseguimos implantar projetos pilotos, testar e depois repassarmos para os outros serviços da rede os já aprovados.

Ao preencher os questionários foi possível observar que são feitas mais ações do que são anotadas, as formas de registros não foram, na sua totalidade, adequadas para preenchimentos dos cadernos. Porém a cada semana ao constarmos os pontos de fragilidade, mudanças foram ocorrendo gradativamente focadas nas ações levantadas pelos cadernos e pela planilha.

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

Não houve mudanças significativas na estrutura física e recursos humanos, o período de contenção de despensas está acabando, a USE voltou a atender no horário das 07h às 19h, outras Unidades do município estão aos poucos retornando aos seus horários. Está sendo autorizado um novo processo de concurso público para suprir a falta de servidores, principalmente da enfermagem e medicina, as vagas dos servidores aposentados vão ser ocupadas. Novas Unidades de Saúde da Família foram implantadas e um NASF foi cogitado.

Anteriormente ao projeto de intervenção não era possível quantificar e qualificar os dados com propriedade, se fazia bem mais do que era lançado. As ações eram realizadas levando o tempo disponível do profissional e como ele acreditava ser a maneira correta, com a revisão dos cadernos pode-se observar pontos de fragilidade e objetivos que estavam sendo deixados de lado.

Em relação à saúde bucal e o atendimento das gestantes, agora é feito o agendamento no pré natal para a avaliação odontológica, um dos dentistas

disponibilizou um dia da semana para atendimento a gestante, são reservadas as vagas para que a enfermeira ao realizar a primeira consulta de pré natal, agende a avaliação após explicar a importância desse acompanhamento atrelado às consultas gestacionais.

Ao conversar com um dos pediatras sobre a pós graduação e o projeto de intervenção o mesmo se mostrou interessado para ajudar, e disponibilizou um dia da semana de sua agenda para a realização da puericultura. Foi contratada uma enfermeira RT/Unipar para substituir a que está de licença maternidade e sendo aberto mais um dia de puericultura no período da tarde.

No andamento geral da Unidade de Saúde Escola observou-se mudanças no processo de acolhimento, puericultura, controle e aprazamento das vacinas, educação continuada e no atendimento de pré natal.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

As taxas de mortalidade infantil diminuíram consideravelmente comparada a 1990 onde o índice era de 47,1 a cada mil nascidos vivos, caindo para 15,6 em 2010. Essa queda é consequência da intensificação do combate às desigualdades sócias, erradicação da pobreza extrema, combate à fome e melhoria do pré-natal, baseados em programas e políticas públicas que foram desenvolvidos ao longo do tempo. (BRASIL, 2012)

O projeto de intervenção terá como foco a saúde da criança, compreendendo a faixa etária de 0 a 72 meses de idade, da população da área de abrangência da Unidade Saúde Escola Aclimação. Uma população predominantemente da classe média, com áreas demarcadas pela desigualdade social e extremos de qualidade de vida. Atualmente possuímos 201 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência que são acompanhadas na puericultura da UBS, o que caracteriza 55% de cobertura da puericultura na área de abrangência para esta faixa etária. Para as crianças entre 12 e 72 meses, até o momento não temos cálculo de cobertura.

Quanto as ações realizadas na Unidade, referentes à qualidade da atenção direcionadas a estas crianças, principalmente as menores de 1 ano, faixa etária que obtivemos os dados, podemos dizer que possuímos muitas fragilidades, principalmente no que se refere a qualidade dos registros, ações de promoção e prevenção da saúde.

A puericultura é realizada somente por uma das três enfermeiras da Unidade, um dia da semana e em um turno. Dessa maneira a consulta programática em menos de 7 dias de vida da criança não é possível ser realizada, sendo postergado sua avaliação até para quase 45 dias de nascido. O agendamento é realizado por livre demanda dos pais na recepção, ou pelos profissionais enfermeiro e assistente social que realizam a visita de declaração de nascido vivo.

Será envolvido quase a totalidade dos profissionais do serviço, no atendimento à faixa etária definida, compreendendo enfermeiros, assistente social, pediatras, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe odontológica, setor administrativo e acadêmicos da Universidade Paranaense. As principais

limitações estão no modelo de atenção, por não se tratar de uma Unidade de Saúde da Família e não ter limitador de população atendida, por apresentar defasagem de recursos humanos, principalmente de ACS que representam 28% do total preconizado pela territorialização e mapeamento da área de abrangência.

A intervenção proposta será um gerador de mudanças do fluxo de atendimento e das rotinas do serviço já que não eram estudadas metas para essa faixa etária, sendo alguns programas mais enfatizados como o Hiperdia e o Pré Natal. Assim o atendimento a criança desde o seu nascimento até a fase escolar, que ocorre entre 6 e 7 anos, será acompanhada de forma sistemática e integral, como na redução da mortalidade infantil, da desnutrição, do sobrepeso, da desidratação, doenças preveníveis da infância, imunização, estímulo do aleitamento materno, redução da cárie, conseqüentemente buscando a melhoria da qualidade de vida das crianças gerando adultos saudáveis e esclarecidos na prevenção de agravos evitáveis e de saúde pública.

2.2 Objetivos e Metas

A) Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças

b) Objetivos Específicos e Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 60%.

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 60% das crianças cadastradas.

Meta 3. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade da (s) creche (s) foco (s) da intervenção da área de abrangência.

Meta 4. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Meta 5. Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Objetivo 2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 6. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Meta 7. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 8. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 9. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 10. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 11. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 12. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 13. Acompanhar durante as consultas e visitas de DNV se a criança realizou o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, em 100% das crianças nascidas no período

Meta 14. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Objetivo 4. Melhorar registros das informações

Meta 16. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5. Melhorar registros das informações

Meta 17. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no

programa.

Objetivo 6. Promover a saúde

Meta 18. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

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

Meta 19. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 20. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 21. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 22. Acompanhar durante as consultas e visitas de DNV se a criança realizou o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, em 100% das crianças nascidas no período

Meta 23. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 24. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3 Metodologias

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida uma intervenção no período de 16 semanas na Unidade Saúde Escola Aclimação. Participarão da intervenção todas as crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência e cadastradas no programa de puericultura da Unidade. Para atingir os objetivos e metas propostas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso de Especialização em Saúde da Família (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação).

2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento)

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses da unidade saúde para 60%.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de crianças cadastradas no programa. O monitoramento das crianças será através de ficha própria confeccionada para a puericultura.

Organização e Gestão de Serviços

Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

As crianças serão cadastradas após confecção de prontuário clínico, sendo lançados os dados em ficha individual de acompanhamento da criança na puericultura. Os profissionais da unidade durante a primeira consulta da criança realizarão o cadastramento caso essa criança ainda não tenha sido cadastrada pelo ACS.

Priorizar o atendimento das crianças.

Acolher as crianças entre 0 a 72 meses e seus responsáveis, priorizando o seu atendimento de forma integral que engloba a avaliação do crescimento, desenvolvimento cognitivo e motor, nutrição, imunização, saúde bucal e referenciando, quando necessário, para os serviços 24 horas de atendimento pediátrico.

Aumentar o período de atendimento da puericultura, ficou definido a ampliação do período de atendimento, que anteriormente era executado somente um dia da semana e em um único período (manhã). Ampliou-se para mais o período da tarde.

Ampliar os profissionais que irão realizar a puericultura. Os profissionais que realizarão a puericultura serão duas enfermeiras e um dos pediatras disponíveis na Unidade, concentrando o atendimento integral na quarta-feira.

Engajamento público

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

Realizar salas de espera sobre o tema

Participar de reunião de pais nas creches para orientação ao tema.

Orientar os pacientes do grupo Hiperdia, que são na maioria avós, para ajudar na adesão dos pais ao programa

Articular com outros serviços de ação social da comunidade (LBV, Pastoral da Criança) se necessário.

As orientações na comunidade serão realizadas pela equipe no processo de acolhimento em todos os níveis e durante as salas de espera, que ocorrem normalmente, será acrescido o tema para divulgar o projeto para a comunidade. Foi realizado contato com as coordenadoras das creches a qual disponibilizou falas da equipe sobre o tema nas reuniões de pais quando houver. Utilizar os serviços disponíveis de ação social, como a LBV e Pastoral para divulgar o trabalho e identificar pacientes de risco que possam estar fora do conhecimento da equipe. Nas reuniões de grupo Hiperdia realizar explanação oral para os participantes que são na sua maioria avós e avôs que ajudem na adesão dos pais ao programa.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Será realizada uma capacitação para a equipe sobre o projeto de intervenção a qual incluirá a apresentação das metas e objetivos e como serão realizadas as ações, bem como a definição das atribuições dos profissionais envolvidos. Será também disponibilizada a planilha de objetivos, metas e ações e treiná-los como manuseá-la. Sensibilizar a equipe sobre a importância do

projeto e seu posterior seguimento sendo implantado como rotina.

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 60% das crianças cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, através de ficha que será confeccionada para a ação, sendo revisado semanalmente pela enfermeira.

Organização e Gestão de Serviços

Incentivar as Agentes Comunitárias de Saúde para a detecção precoce das crianças nascidas em suas áreas de abrangência, intensificar as visitas domiciliares para preenchimento da DNV em até 7 dias, realizando o agendamento da primeira consulta de avaliação pediátrica já no momento da visita dos profissionais. Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Engajamento público

Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. A orientação se dará durante as visitas e nos encontros de gestantes.

Solicitar a participação de outros profissionais como a assistente social para ajudar nas orientações aos pais das crianças.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

As capacitações serão realizadas após autorização da coordenação, sendo oferecidas nas reuniões de equipe e em dias específicos para o

treinamento, no contra turno das equipes, equipe da manhã fará a tarde, equipe da tarde fará pela manhã, e para os profissionais que realizam escala de oito horas, será verificado qual o melhor horário de capacitação que não interfira no andamento do funcionamento da Unidade.

Meta 3. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Monitoramento e Avaliação

Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadores da creche da área de abrangência da Unidade de saúde.

Repassar as listas de matrículas para as ACS realizarem a atualização das fichas A e posterior visita para avisar das ações da Unidade, tendo o cuidado de observar a duplicidade das crianças que fazem também a puericultura.

Monitorar através das fichas de atendimento existentes para atendimento em ação coletiva, o preenchimento adequado e as crianças atendidas no dia da ação nas creches.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde.

Engajamento público

Informar a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente. Através de salas de espera, nas reuniões de grupo de gestante e nas atividades nas creches e escolas que atendem essa faixa etária da área de abrangência

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro. A

capacitação será realizada juntamente com o treinamento de equipe que foi citado anteriormente.

Meta 4. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica. Realizando as fichas de acompanhamento odontológico disponibilizadas pelo município e revisadas semanalmente pela enfermeira com a ajuda da Técnica de Higiene Dental.

Organização e Gestão de Serviços

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

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Durante a visita de DNV realizar agendamento da avaliação odontológica para as crianças

Ficou acordado que as crianças de 0 a 24 meses não precisariam realizar o agendamento mensal, e sim seriam realizados diretamente no balcão, e as crianças atendidas nas creches e que necessitariam de atendimento na Unidade seriam agendadas já no momento da ação coletiva nas instituições. As outras faixas etárias continuarão como já realizado, agendamento no primeiro dia útil do mês.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de

crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Através de sala de espera, grupo de gestante, bilhetes que serão entregues aos pais nas creches e escolas da área de abrangência.

Esclarecer, informando e solucionando dúvidas da comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, nas salas de espera, atendimento em grupo e individual. Além das responsabilidades dos pais com a saúde bucal de seu filho.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 0 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade.

A enfermeira idealizadora da intervenção realizará a sensibilização da equipe de saúde bucal sobre a importância do projeto de intervenção e os cirurgiões dentistas serão orientados para a realização da primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Meta 5. Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. Serão através das fichas individuais de atendimento odontológico, agenda dos dentistas, e ficha de atendimento coletivo das creches, semanalmente revisados com a ajuda da Técnica de Higiene Dental que aderiu ao projeto.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco.

Engajamento público

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco.

Realizar salas de espera sobre o tema

Enviar aviso impresso aos pais das crianças classificadas como alto risco, avaliadas nas creches, a comparecerem na Unidade no horário agendado, acompanhando a frequência através das agendas.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe odontológica para avaliação e identificação de crianças de alto risco, que será realizado pelo dentista.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.

Objetivo 2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 6. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas de puericultura

Monitoramento e Avaliação

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

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Monitorar as buscas a crianças faltosas semanalmente, o monitoramento será realizado através de ficha individual de puericultura.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, a busca ativa será realizada pelas ACS e pelos acadêmicos que serão

informados dos faltosos.

Engajamento público

Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança. Realizar explanação oral em uma das reuniões mensais do conselho local de saúde.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento de ACS e dos acadêmicos de enfermagem na identificação das crianças em atraso, através da agenda da criança.

Meta 7. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 0 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas agendadas

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a periodicidade das consultas e Monitorar os faltosos, através das agendas e das fichas individuais.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos.

Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca e orientação que será dada aos pais ou responsáveis

A busca ativa será realizada pelas ACS e pelos acadêmicos que serão informados dos faltosos através da Técnica de Higiene Dental responsável pela agenda do dentista.

Engajamento público

Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento, que serão passadas as ACS e aos acadêmicos durante a visita de busca ativa.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do

atendimento em saúde bucal.

Capacitar as ACS e os acadêmicos para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 8. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar na ficha das crianças o número de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Organização e Gestão de Serviços

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica). O material necessário e que não estiver disponível na Unidade será solicitado através de pedido a central de abastecimento e insumos da Secretaria de Saúde.

Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Será oferecido uma cópia a cada sala de atendimento a puericultura (2 salas), além de uma pasta contendo legislação e material de apoio a saúde da criança.

Encaminhar casos necessários para avaliação do profissional nutricionista da rede. Serão realizadas avaliações antropométricas, durante a consulta de puericultura, e lançados corretamente nos gráficos de avaliação.

Engajamento público

Durante as consultas de puericultura, compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das

medidas, padronizando o atendimento da equipe.

Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 9. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as crianças com déficit de peso, através da ficha individual.

Organização e Gestão de Serviços

As avaliações antropométricas serão realizadas durante a consulta de puericultura, e os dados serão lançados corretamente nos gráficos de avaliação.

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica). O material necessário e que não estiver disponível na Unidade será solicitado através de pedido a central de abastecimento e insumos da Secretaria de Saúde.

Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Será oferecido uma cópia a cada sala de atendimento a puericultura (2 salas), além de uma pasta contendo legislação e material de apoio a saúde da criança.

Encaminhar casos necessários para avaliação do profissional nutricionista da rede.

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

Realizar treinamento das técnicas adequadas para realização das

medidas.

Padronizar a equipe.

Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 10. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as crianças com excesso de peso.

Organização e Gestão de Serviços

Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). O material necessário e que não estiver disponível na Unidade será solicitado através de pedido a central de abastecimento e insumos da Secretaria de Saúde.

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

Encaminhar casos necessários para avaliação do profissional nutricionista da rede.

Engajamento público

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Qualificação da prática clínica

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe.

Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta 11. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

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

Organização e Gestão de Serviços

Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, para o Centro de Referência a Atenção da Criança e do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Engajamento público

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

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

Qualificação da prática clínica

Sensibilização da importância da realização dos testes para avaliação dos reflexos e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Realizando capacitação para os profissionais envolvidos e dos acadêmicos de enfermagem que auxiliam na puericultura principalmente para preenchimento da ficha de desenvolvimento e detecção de anormalidades no desenvolvimento das crianças.

Meta 12. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas, através do registro permanente de vacinas, que será informado pela responsável técnica da sala de vacina.

Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da

puericultura.

Organização e Gestão de Serviços

Realizar relatórios completos e no prazo estabelecido pela secretaria de saúde para que possamos garantir o recebimento das doses necessárias de imunobiológicos.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas. O funcionamento da Unidade é das 7 às 19h sendo a vacinação disponibilizada em todo o período de funcionamento, isto é possível devido a câmara fria de acondicionamento de vacinas que possuímos na sala, em que a temperatura é controlada ininterruptamente, não sendo necessário o acondicionamento em caixas térmicas e esperar o tempo para que a temperatura da caixa se adeque entre +2° e + 8 ° C.

Realizar controle da cadeia de frio. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque procedimentos acompanhados pela técnica responsável da sala de vacinas.

Engajamento público

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Orientar as gestantes no grupo sobre o calendário vacinal da criança.

Divulgar a campanha de vacina da tetraviral e atualização do calendário.

Qualificação da prática clínica

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

Meta 13. Acompanhar durante as consultas e visitas de DNV se a criança realizou o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, em 100% das crianças nascidas no período

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, através das fichas individuais.

Organização e Gestão de Serviços

Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho, informando a coordenação de saúde da mulher e da criança da Secretaria de Saúde se algum hospital não estiver realizando por falta de material ou anterior as 48 horas.

Engajamento público

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Acrescentando o tema nas salas de espera e trabalhar no grupo de gestante.

Qualificação da prática clínica

Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Orientar os profissionais que realizam as visitas e o atendimento à criança, de perguntarem para os pais e responsáveis se foi realizado o teste do pezinho e anotar corretamente na ficha individual.

Meta 14. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança, através das listas de frequência e dos registros nas fichas dessas crianças.

Organização e Gestão de Serviços

Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.

Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para as crianças da creche da área da unidade de saúde.

Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.

Registrar em listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança.

Engajamento público

Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde.

Sensibilizar cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica

Orientar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada. Essa ação será realizada pelo dentista e pela THD que irão realizar a capacitação no dia do tema de saúde bucal do treinamento citado anteriormente.

Meta 15. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico que tem o tratamento concluído, através das fichas individuais e avaliação mensal.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar a agenda para as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Garantindo o retorno dos atendimentos que serão agendados após cada consulta até término do tratamento.

Engajamento público

Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico, durante as consultas individuais, e atividades coletivas.

Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária.

Capacitar os profissionais para o manejo do paciente infantil.

Capacitar a equipe de saúde para monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Objetivo 4. Melhorar registros das informações

Meta 16. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. Através da ficha individual da criança, cartão espelho de vacina

Organização e Gestão de Serviços

Revisar os registros permanentes das crianças (ficha individual) e os registros da sala de vacina (ficha espelho de vacinas) semanalmente, verificando a existência de pacientes em atraso e encaminhar a informação para as enfermeiras repassar para busca ativa e verificando a falta de registro de alguma informação necessária.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definição de um profissional de enfermagem responsável pela sala de vacina que dará suporte nas anotações (referentes a ficha espelho de vacina), crianças com vacinas em atraso e repassar as alterações

Engajamento público

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

Trabalhar o tema em salas de espera, reuniões de pais, grupos de gestante e Hiperdia e com a equipe das creches.

Divulgar campanha de atualização de calendário vacinal e introdução da vacina tetraviral.

Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe de forma individual durante as consultas de puericultura e após cada vacinação para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco para morbidade/mortalidade pertencentes à área de abrangência da UBS cadastradas no programa.

Meta 17. Realizar avaliação de risco para morbidade/mortalidade em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de crianças que receberam a avaliação de risco.

Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. Através das fichas individuais.

Organização e Gestão de Serviços

Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças que receberam avaliação de risco e sinalizar as crianças identificadas com o risco.

Encaminhar aos serviços especializados as crianças de risco identificadas.

Engajamento público

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

Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Objetivo 6. Promover a saúde

Meta 18. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e Avaliação

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

Organização e Gestão de Serviços

Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância, durante reunião de equipe e reforçado durante as capacitações que serão realizadas.

Engajamento público

Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. Sala de espera e projeto de um grupo de acadêmicos de enfermagem que estará desenvolvendo orientações à comunidade sobre prevenção de acidentes domésticos

Qualificação da prática clínica

Informar e capacitar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção. Promovido pelos acadêmicos do projeto de prevenção de acidentes domésticos.

Meta 19. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta.

Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Organização e Gestão de Serviços

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

Identificar os principais erros durante a amamentação e corrigi-lo adequadamente a mãe como é a pega correta, posição para amamentar entre outros.

Engajamento público

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Trabalhar o tema nas salas de espera, reuniões de pais e grupos de gestante.

Qualificação da prática clínica

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

Meta 20. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o registro das orientações através da ficha individual, com revisão semanal.

Organização e Gestão de Serviços

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

Engajamento público

Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, durante as consultas individuais e atividades coletivas.

Qualificação da prática clínica

Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. Revisar o treinamento ofertado no ano de 2011 sobre a ENPACS (estratégia nacional para alimentação complementar saudável)

Meta 21. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das creches.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas, através de formulários próprios de atividade coletiva.

Organização e Gestão de Serviços

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

Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Organizar todo material necessário para essas atividades.

Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Engajamento público

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

Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

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

Capacitar os responsáveis (monitores) pelo cuidado da criança na creche.

Meta 22. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as atividades educativas individuais.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, organizando a agenda de atendimento com horário marcado.

Engajamento público

Orientar familiares e crianças da puericultura da importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Facilitando o acesso ao tratamento odontológico quando necessário.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Meta 23. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as atividades educativas individuais, organizando a agenda de atendimento com horário marcado.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar tempo médio de consultas, de trinta minutos, com a finalidade de garantir orientações em nível individual, organizando a agenda de atendimento com horário marcado.

Engajamento público

Orientar familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

Meta 24. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das creches.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as atividades educativas coletivas, através de formulário de atividades coletivas.

Organização e Gestão de Serviços

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Que serão realizadas todas as sextas feiras.

Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Organizar todo material necessário para essas atividades.

Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Engajamento público

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

Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças

Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da prática clínica

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

2.3.2 Indicadores

Indicador 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

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

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

Indicador 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Indicador 3. Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 4. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

Indicador 5. Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco, moradores da área de abrangência, que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco, moradores da área de abrangência.

Indicador 6. Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicador 7. Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Indicador 8. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

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

Indicador 9. Proporção de crianças monitoradas com déficit de peso.

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

Indicador 10. Proporção de crianças monitoradas com excesso de peso.

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

Indicador 11. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Indicador 12. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

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

Denominador: Número total de crianças inscritas nos programas e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

Indicador 14. Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 15. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área

de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 16. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro adequado

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

Indicador 17. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Indicador 18. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Indicador 19. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Indicador 20. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional

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

Indicador 21. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 22. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 23. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 24. Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na Saúde da Criança vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 33, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, do Ministério da Saúde (2012), onde aborda orientações para uma melhor organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, diretrizes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, imunização, estratégias de alimentação complementar e/ou saudável, prevenção de acidentes e enfrentamento nas situações de violência, abordando também a saúde bucal da criança. Também será utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 17, Saúde Bucal, Ministério da Saúde (2006) que orienta sobre a implantação da saúde bucal na atenção básica, planejamento, gestão, os principais agravos em saúde bucal e a organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo.

Será utilizado o prontuário clínico do paciente, a ficha individual odontológica e o espelho de vacinas que são disponibilizadas pelo município, porém como essas fichas não contemplam todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, a enfermeira e o dentista juntamente com a Técnica de Higiene Dental irão elaborar duas fichas complementares uma referente a saúde da criança que será anexada no prontuário clínico e outra da saúde bucal que estará juntamente com a ficha de acompanhamento odontológico, enviaremos cópia das fichas para o gestor providenciar a impressão, mas como esse procedimento necessita de licitação iremos imprimir as fichas na Unidade até as definitivas chegarem. Como na Unidade o sistema de registro é parcialmente informatizado, os prontuários serão separados em

arquivo próprio, devidamente identificados, e revisados semanalmente pela enfermeira. Após as visitas domiciliares para o preenchimento das declarações de nascido vivo, será confeccionado um prontuário clínico da criança e a enfermeira irá repassar os dados para a ficha de acompanhamento individual, realizar o agendamento da puericultura e avaliação odontológica.

Entraremos em contato com as coordenadoras das duas creches e das duas escolas municipais que possuem crianças de 0 a 72 meses, e explicaremos como será feito o projeto de intervenção, solicitando abertura para que a equipe da Unidade Saúde Escola Aclimação ofereça atendimento nas dependências físicas desses locais melhorando a qualidade de vida das crianças realizando conscientização e prevenindo agravos em saúde bucal.

Serão ofertados mais horários e profissionais para a realização da puericultura, onde realizávamos em um dia da semana um turno. Agora atenderão na quarta-feira pela manhã dois profissionais: um pediatra e uma enfermeira, onde 16 pacientes serão atendidos, e no período da tarde uma enfermeira atendendo mais 8 crianças, totalizando 24 crianças na puericultura por semana. O dentista aumentará dois atendimentos diários sendo reservado para agendamento das crianças na faixa etária preconizada, e na sexta-feira irá realizar atividades nas escolas e creches da nossa área de abrangência.

Uma capacitação para toda a equipe vai ser ofertada, no modelo de contra turno, ou seja, os profissionais do período da manhã realizarão o treinamento no período da tarde, os profissionais da tarde farão pela manhã e os profissionais que realizam suas atividades no período integral escolherão o melhor horário e que menos interfira no fluxo normal de atendimento do serviço. A gestão autorizará as horas extras e dispensará os materiais necessários. Essa capacitação terá carga horária de 12 horas onde serão abordados diversos assuntos dos cadernos de atenção básica da saúde da criança e de saúde bucal, atualização do calendário vacinal, acolhimento, puericultura, visitas domiciliares, busca ativa, identificação de fatores de risco, prevenção de acidentes e violência.

Faremos contato com os membros do conselho local durante as reuniões ordinárias mensais, esclarecendo a importância do acompanhamento da criança e na consequente redução de doenças preveníveis. Solicitaremos

apoio da comunidade na adesão ao programa realizando salas de espera, e trabalharemos o tema nos grupos de gestantes e no grupo de Hiperdia.

O monitoramento da ação programática se dará da seguinte maneira, a enfermeira semanalmente revisará as fichas individuais da puericultura e da odontologia, identificando aquelas que estão com as consultas, vacinas, atendimento odontológico em atraso. Os Agentes Comunitários de Saúde e os acadêmicos de enfermagem realizarão a busca ativa dos faltosos, facilitando a remarcação de seus atendimentos e orientando do horário de funcionamento da sala de vacinas. Ao final de cada mês os dados serão compilados e alimentarão a planilha eletrônica que será avaliada mensalmente.

3. Relatório da Intervenção

Durante dezesseis semanas, a Unidade Saúde Escola Aclimação no município de Cascavel- PR passou uma expressiva mudança, que dificilmente será esquecida. Duas profissionais, paralelamente, desenvolveram duas intervenções no mesmo local, com temas diferentes, mas com objetivos semelhantes visando melhor a assistência prestada a população.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

O projeto de intervenção desenvolvido foi direcionado à saúde da criança de 0 a 72 meses. Iniciamos organizando os arquivos, imprimindo as fichas de acompanhamento da puericultura, acondicionando-as em separado facilitando o manejo por toda a equipe. Disponibilizamos uma cópia dos manuais e dos protocolos em cada sala/consultório que atendiam crianças e na clínica odontológica, bem como os materiais necessários (régua antropométrica, balança pediátrica, fita métrica, espátulas, etc.) para o atendimento. Foram aumentadas as vagas, os dias e os profissionais da puericultura, inclusive um dos dois pediatras aceitou destinar um dia da semana para executar as puericulturas e os encaminhamentos para os serviços de referência, caso necessário.

Dentre o período do projeto de intervenção contávamos com um cronograma a ser seguido, onde precisou ser alterado em alguns períodos, porém, sem afetar o andamento do projeto. As alterações principais foram as da capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde da criança, acolhimento, puericultura e saúde bucal (semanas 01, 03, 05 e 07).

Durante a execução do projeto vimos a necessidade da equipe ser capacitada não somente para esses temas, resolvemos minha colega de pós e eu desenvolvermos um projeto paralelo ao projeto de intervenção da pós graduação a qual contemplaríamos uma revisão dos principais eixos da atenção primária e dos cadernos de atenção básica que estudamos durante o ano. Esse projeto paralelo foi apresentado ao Primeiro Colegiado da Secretaria de Saúde de Cascavel sendo autorizado pelo então Secretário de Saúde Reginaldo Andrade, dividimos em sete módulos iniciando em 25/09/2013 com término em 13/11/2013. Com isso, as alterações de alguns temas do projeto de intervenção foram invertidos seguindo o cronograma do projeto paralelo de

capacitação dos servidores, essa mudança também foi necessária para satisfazer os dois cronogramas das duas alunas dessa referida pós graduação.

O projeto de capacitação dos servidores foi muito gratificante mesmo sendo trabalhoso para os organizadores, pois cada módulo era dividido em duas turmas de quatro horas cada, sendo o tema repetido para a equipe de contra turno no mesmo dia. O resultado dessa dedicação foi a aprovação do: “Projeto Educação Permanente em Atenção Básica no município de Cascavel-PR: Valorização multiprofissional transformando a prática”, no 11º Congresso Internacional da Rede Unida para apresentação oral, e será apresentado em Fortaleza- CE em abril.

O contato com lideranças comunitárias em reunião do conselho local para apresentar o projeto de intervenção e a importância da ação programática solicitando apoio, foi produtiva, dúvidas surgiram, mas foram solucionadas durante a reunião. Após esse contato, comecei a participar das reuniões mensais do conselho local de saúde e em todas as reuniões os conselheiros pediam para que eu comentasse como estava o projeto de intervenção e formas para melhorá-lo.

Nas salas de espera não houveram empecilhos para serem executadas e conseguimos introduzir o tema em todas as semanas sem ser cansativo, sempre alternando o público e a temática. Os profissionais envolvidos na execução das salas de espera discutiam os temas e verificavam algum que estaria mais relevante para aquela semana, como exemplo, as salas sobre diarreia aguda após o aumento dos casos devido as férias (praias, piscina, alimentação).

As ações coletivas nas escolas iniciaram somente com a ida da equipe odontológica, após sugestão da orientadora da especialização, começamos a ir com uma equipe de apoio nas ações: enfermeiro, ACS, dentista, THD e acadêmicos. A receptividade das crianças e dos funcionários das escolas foi incrível, pudemos desenvolver ação de escovação supervisionada, avaliação bucal, avaliação nutricional, motora, de crescimento e realizando sempre que necessário os encaminhamentos. As escovações supervisionadas aconteceram na Unidade e nas ações coletivas, sempre na presença da THD.

Em dezembro e janeiro, as creches e as escolas da nossa área de abrangência iniciaram seus recessos escolares de fim de ano, assim, as ações coletivas precisaram ser mudadas, optamos por trazer as mães ou os responsáveis à USE e antes das crianças passarem pela escovação com a Técnica de Higiene Bucal, eles assistiam a uma palestra sobre o tema e tiravam as suas dúvidas.

Tínhamos uma dificuldade em ter acesso as crianças menores de 6 meses, na odontologia, devido as mães estarem em licença maternidade e seus filhos ainda não frequentarem creches ou escolinhas, portanto, em conversa com a equipe de odontologia decidimos iniciar um grupo de bebês que acontece uma vez por mês, com os palestrantes THD Madalena e Dr. Jean. Assim que a declaração de nascido vivo chega, a assistente social liga para as mães informa sobre os projetos da Unidade, agenda a puericultura, a puerperal e o dia do grupo bebê sem cárie. No dia do grupo as mães assistem à palestra que tem a duração de uma hora, tiram suas dúvidas e passam por avaliação individual com o dentista sendo marcada a primeira consulta concomitantemente com o aparecimento dos primeiros dentinhos. O grupo já aconteceu em dois encontros desde o início do projeto de intervenção e foi um sucesso, percebido pela receptividade e a presença das mães no grupo.

A comunidade foi ouvida na última semana de intervenção, sobre estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento. Fizemos salas de espera explicando sobre como foi desenvolvido o projeto e no final fornecemos papel e caneta para que as pessoas sugerissem o que poderia ser melhorado, algumas sugestões não havia a governabilidade para essa ação como: aumentar o número de médicos e acabar com a fila da madrugada; entre as ações que podem ser atendidas estão: aumentar os horários de atendimento da puericultura com horários depois das 18 horas (para atender as mães que trabalham), facilidade em agendamento das consultas de puericultura por telefone, aumento do número de fichas para o dentista e agendamento semanal e não mensal. As propostas foram abertas, anotadas e passadas para a coordenação que irá discuti-las em reunião de equipe.

O monitoramento das ações foi realizado semanalmente sempre com a ajuda de algum profissional da USE, ACS, THD, enfermeiro e dos acadêmicos de enfermagem que realizam estágios no local.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Dentre as ações previstas no cronograma e que durante o desenvolvimento da intervenção não foram possíveis serem desenvolvidas estão: a ação de campanha de vacinas para atualização do calendário vacinal e a ação coletiva com os pais na creche. Para termos acesso aos pais, nas creches, o horário adequado seria a entrada ou saída dos alunos. Para atualizarmos o calendário de vacinas, e os pais comparecerem à escola, as ações deveriam ser realizadas aos sábados. As duas ações necessitavam de liberação de banco de horas para os servidores, mas como no momento essa autorização estava suspensa por um determinado período, que coincidiu com a intervenção, essas ações não foram realizadas.

A fim de amenizar essa falta, decidimos intensificar a verificação das carteirinhas das crianças que compareciam na USE Aclimação, como nas puericulturas, consultas com os pediatras, arquivo permanente de vacinas, visitas domiciliares pelas ACS e nas consultas de enfermagem.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Não houve dificuldade durante a coleta de dados, porém durante o registro dos dados na planilha eletrônica houveram várias dificuldades. A planilha era extensa, com várias colunas e que não estavam bem distribuídas por tema, por exemplo, quando se tratava de itens de saúde bucal havia um cá e outro acolá; a coluna I se referia a criança que participou da primeira consulta odontológica programática mas se eu precisasse saber se ela estava com o tratamento odontológico concluído, deveria ir até a coluna Z para saber a resposta. O fato também de ser somente completada com 0 e 1 e em várias colunas, confundiam a visão da pessoa que estava lançando os dados. Em relação aos programas de execução da planilha, para poder adiantar o lançamento dos dados durante o dia na USE, assim que ocorria o atendimento, o programa

utilizado era o Broffice, já em casa, eu utilizava o Excel e por diversas vezes a planilha desconfigurou e apagou os lançamentos dos dados, deveria existir uma maneira que mesmo salvando nos dois programas eles não alterassem os dados lançados.

3.4 Incorporações das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Toda a equipe foi envolvida e se mostrou participativa, alguns mais outros menos, mesmo nos períodos que estive de férias e de atestado a equipe conseguiu seguir com o cronograma, pontuando as ações desenvolvidas e o que não foi possível desenvolver. Tivemos altos e baixos durante as dezesseis semanas, principalmente por particularidade que ocorreram no governo municipal a qual refletiram nas ações e no desenvolvimento de toda a Unidade. Porém posso finalizar esse período com a certeza que a intervenção terá continuidade e que pude ver mudanças significativas no atendimento as crianças de 0 a 72 meses.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses da unidade saúde para 60%.

Indicador 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da criança entre 0 a 72 meses na USE Aclimação. Na área adstrita existem 1010 crianças nesta faixa etária, entretanto a intervenção nestes quatro meses focalizou as crianças que utilizam os serviços da USE e as frequentadoras dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e das escolas de primeiro grau da área. No total das dezesseis semanas foram inseridas 237 crianças na intervenção.

No primeiro mês da intervenção inscrevemos no programa 17 crianças (1,7%), no segundo mês 98 crianças (9,7%), no terceiro mês 170 crianças (16,8%) e no quarto mês 237 crianças, demonstrando a evolução positiva da intervenção e o empenho de toda a equipe no processo, totalizando 23,5% o índice de cobertura em relação aos residentes da área. Não conseguimos atingir a meta, mas vale lembrar que a população da USE Aclimação é na grande maioria classe média, com plano de saúde complementar e de universitários; divididas em 14 micro áreas sendo 3 micro-áreas com maior dependência dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. A Unidade não é uma Unidade de Saúde da Família e sim tradicional, dessa forma, o número de usuários atendidos é superior ao estimado pelos índices do IBGE e da territorialização, dificultando o mapeamento das famílias e acompanhamento por parte dos ACS, a qual soma um número acima do preconizado de famílias acompanhadas.

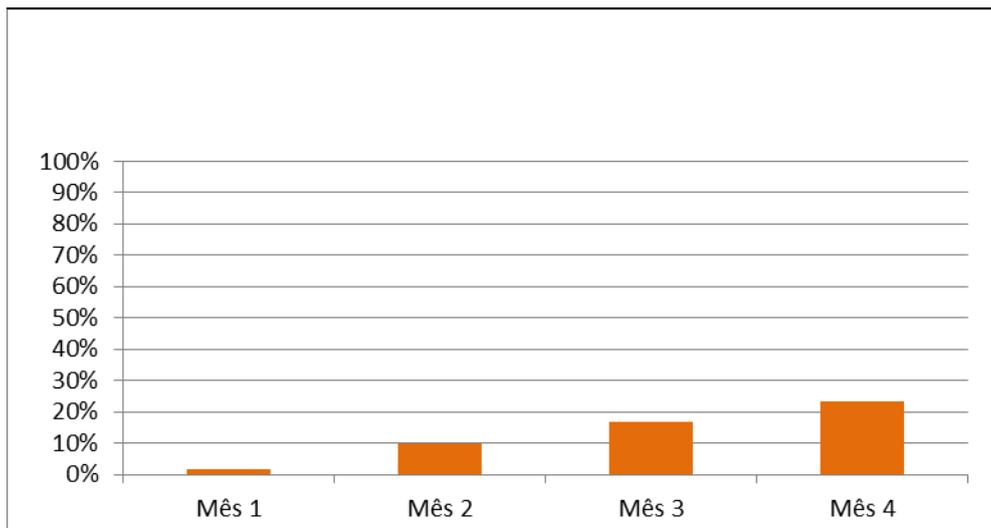


Figura 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Pelotas, RS,2014

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

No primeiro mês de intervenção das 17 crianças cadastradas, tivemos 8 crianças (47,1%) que realizaram a consulta na primeira semana de vida, no segundo mês, das 98 crianças cadastradas, apenas 24 (24,5%) realizaram consulta na primeira semana. Já no terceiro mês das 170 crianças cadastradas 45 (26,5%) realizaram a consulta e no quarto mês das 237 crianças, 68 (28,7%) realizaram consulta na primeira semana de vida. Mesmo não atingindo a meta, consideramos um resultado positivo, pois antes da intervenção e com o número menor de profissionais focados no atendimento das crianças recém-nascidas, não era enfatizada pela equipe a consulta na primeira semana de vida, assim as crianças iniciavam na puericultura com trinta dias de vida, e muitas sem ter passado por avaliação com o pediatra.

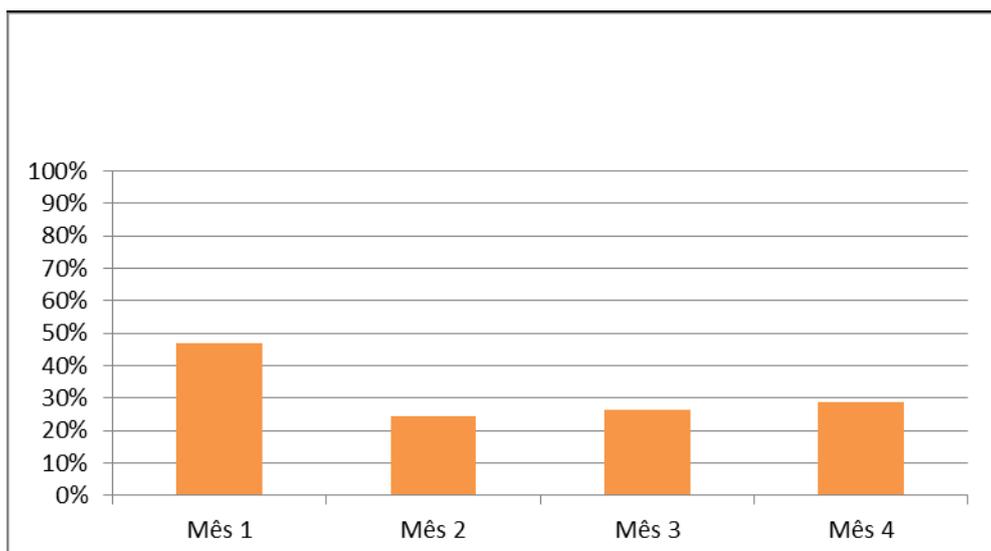


Figura 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Pelotas, RS,2014

Meta 3. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Indicador 3. Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Todas as crianças cadastradas participaram da ação nos quatro meses de intervenção. As escolas e CMEI's possuíam um número maior de crianças, porém não faziam parte do território adstrito ou estavam fora da faixa etária. Como no município de Cascavel há a necessidade de maior quantidade de centros de educação, os pais necessitam peregrinar pelos bairros a procura de vagas para seus filhos. Durante a ação coletiva atendemos todas as crianças e separávamos a do nosso território somente para lançarmos na planilha, para assim não deixarmos as outras crianças constrangidas por não serem atendidas. A equipe foi treinada para identificar os riscos de saúde bucal e priorização de atendimento, bem como receberam orientações para realizar as palestras e como realizar a abordagem nas visitas domiciliares.

Meta 4. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador 4. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

No primeiro mês de intervenção tivemos 2 das 17 crianças (25%) com primeira consulta odontológica, no segundo mês 55 das 98 crianças (79,7%), no terceiro mês 85 das 170 crianças (73,3%) e no quarto mês 115 das 237 crianças com primeira consulta, atingindo 68,9% superando a meta estabelecida.

Com a mesma problemática do indicador 2 não era enfatizado pela equipe a importância da primeira consulta odontológica, atendendo mais a parte curativa do que preventiva. Assim, precisamos dimensionar o atendimento odontológico, alterar os dias de consulta e ampliar as ações coletivas, obtendo sucesso nessa ação. A adesão da equipe odontológica foi de extrema valia, podemos melhorar a atenção da saúde bucal.

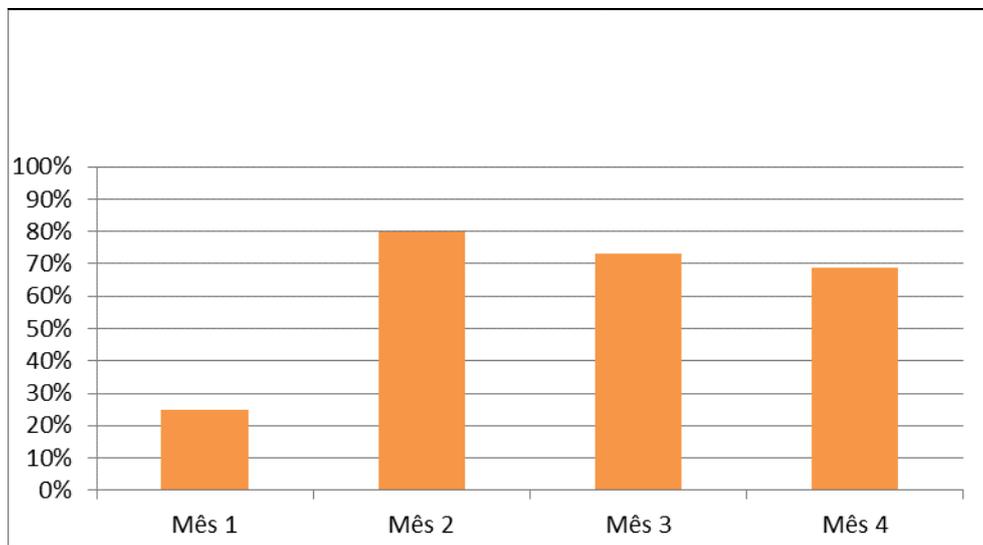


Figura 3- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Pelotas, RS, 2014

Meta 5. Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

Indicador 5. Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

No primeiro mês de intervenção das 2 crianças com primeira consulta odontologia, 1 criança (50,0%) foi considerada como alto risco de saúde bucal. No segundo mês, das 55 crianças, 12 crianças (21,8%) foram consideradas com risco, no terceiro mês das 85 crianças, 17 crianças (20%) foram consideradas com risco e no terceiro mês este percentual se manteve, onde das 115 crianças com primeira consulta odontológica, apenas 23 crianças (20,0%) foram consideradas com alto risco de saúde bucal. Essas crianças foram acompanhadas na Unidade e iniciaram tratamento odontológico. Em alguns casos quando as mães não traziam as crianças para o atendimento, os agentes comunitários realizavam a busca ativa e se mesmo assim não obtivéssemos sucesso a assistente social entrava em contato com os pais para realizar as orientações necessárias.

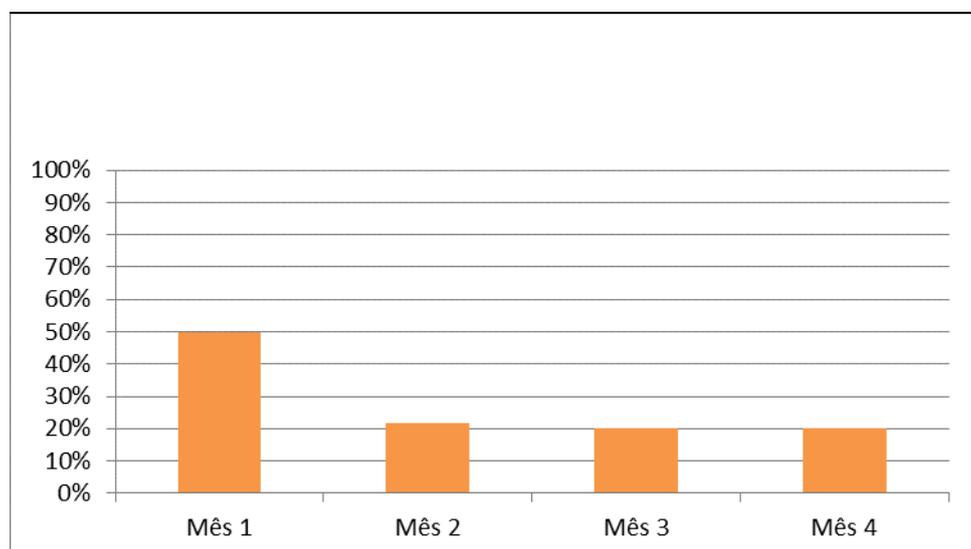


Figura 4 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica. Pelotas, RS, 2014

Objetivo 2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 6. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 6. Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

No primeiro mês tivemos 1 criança faltosa ao programa de saúde da criança, no segundo mês tivemos 7 crianças faltosas, no terceiro e quarto mês 8 crianças faltosas. Todas as crianças faltosas receberam busca ativa, sendo assim, atingimos 100% da meta. As buscas ativas foram possíveis devido a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos acadêmicos, observou-se um baixo nível de faltas nas consultas, acreditamos ser pelo projeto, algo diferenciado dos demais serviços da área vizinha.

Meta 7. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador 7. Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Durante os quatro meses de intervenção conseguimos atingir 100% da meta proposta e realizamos as buscas ativa para todas as crianças faltosas, e reagendando a próxima consulta. No primeiro mês tivemos 1 criança faltosa, no segundo mês 5 crianças, no terceiro mês também 5 e no quarto mês 6 crianças que faltaram a consulta odontológica. Percebemos uma dedicação dos pais para trazer as crianças nas consultas, acreditamos ser pela facilidade do acesso no agendamento para elas, o que não ocorria anteriormente, sendo necessário frequentar filas para conseguirem uma vaga com o dentista.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 8. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 8. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

O monitoramento do crescimento foi realizado em todas as consultas de puericultura e de atendimento com o pediatra e enfermeiro. Atingimos 100% da

meta proposta com 17, 98, 170 e 237 crianças respectivamente aos quatro meses da intervenção

Meta 9. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 9. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

No primeiro mês foi identificado 3 das 17 crianças, no segundo mês 4 das 98, no terceiro mês 7 das 170 e no quarto mês 9 das 237 crianças apresentaram déficit de peso. Sendo todas monitoradas pela enfermeira, pediatra e encaminhadas ao nutricionista da rede, atingindo 100% da meta estabelecida para esse indicador em todos os meses. Dentre as crianças avaliadas e que apresentaram deficiência de peso foi constatado casos de gemelaridade, prematuridade, baixa renda familiar, alergias alimentares e pega inadequada durante a amamentação.

Meta 10. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 10. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Durante o período da intervenção somente no primeiro mês é que foi identificada uma criança com excesso de peso, sendo monitorada prontamente, atingindo 100% da meta estabelecida. Foi apontado a má orientação da mãe em relação à introdução da alimentação complementar, gerando excesso de peso em seu filho, sendo possível a adequação do peso dentro dos limites de normalidade logo nos próximos meses.

Meta 11. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Indicador 11. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Meta atingida em todos os meses de intervenção com 100% das crianças monitoradas. O monitoramento do desenvolvimento era realizado durante as consultas de puericultura, de enfermagem e do pediatra, sendo utilizados os mecanismos existentes para verificação do mesmo, como a testagem dos reflexos neuropsicomotor, verificando se estavam compatíveis com a idade cronológica da criança.

Meta 12. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

Indicador 12. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Meta atingida, ou seja, avaliamos as 237 crianças cadastradas e se era identificado uma criança com calendário vacinal em atraso, imediatamente era encaminhada à sala de imunização. Nesse indicador a técnica de enfermagem responsável pela sala de vacina verificava semanalmente o registro permanente de vacinas e se era constatado algum cartão em atraso, as enfermeiras eram informadas juntamente com os ACSs para atualização do calendário vacinal.

Meta 13. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 13. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O teste do pezinho é realizado de forma rotineira nos hospitais a qual a criança nasceu, porém dentre as circunstâncias conhecidas como: alta antes das 48 horas, técnica incorreta de coleta, prematuridade e permanência em UTI neonatal e solicitação de recoleta o teste é realizado na Unidade Básica. Foi o caso das metas não atingidas nos meses 02, 03 e 04 da intervenção sendo 100% da meta atingida no primeiro mês.

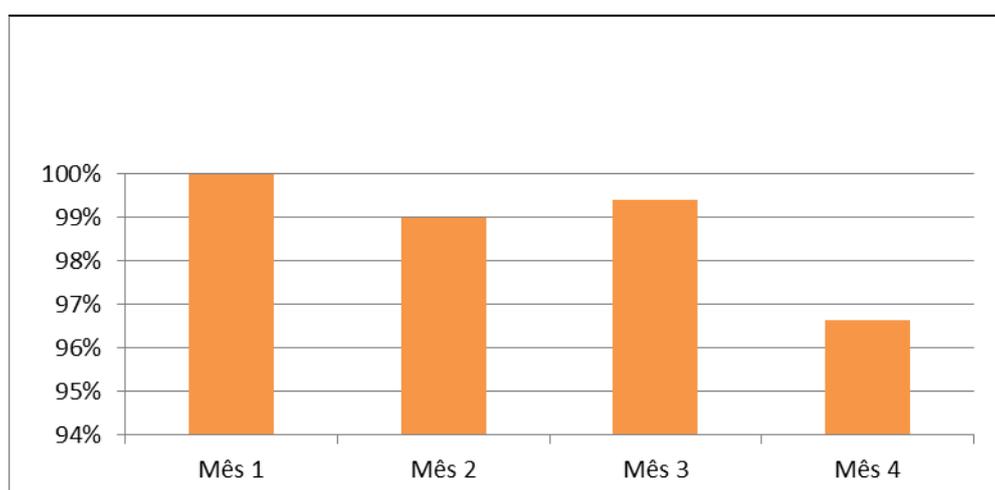


Figura 5- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. Pelotas, RS,2014

Meta 14. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 14. Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

A escovação supervisionada com creme dental nas crianças determinadas só não foi realizada no primeiro mês de intervenção devido à dificuldade em a equipe odontológica se organizar para as atividades coletivas, assim, quando os profissionais de enfermagem, os ACSs e os acadêmicos começaram a participar junto nas ações, o processo ficou mais dinâmico e assim podemos atender 33 crianças no segundo mês (100%), 53 crianças no terceiro mês (100%) e 66 (100%) crianças no quarto mês.

Meta 15. Concluir tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 15. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Em relação ao tratamento odontológico concluído, no primeiro mês 2 crianças de 17 cadastradas iniciaram o tratamento odontológico, porém, não foi possível terminá-lo no primeiro mês. No segundo mês das 55 crianças que iniciaram o tratamento 31 (56,4%) concluíram o tratamento, no terceiro mês das 85 crianças com tratamento iniciado 75 (88,2%) concluíram-no, já no quarto mês 115 que iniciaram tratamento 115 (100%) concluíram o tratamento odontológico. A conclusão do tratamento variou bastante durante os quatro meses, pois dependia da classificação de risco e da disponibilidade da agenda do dentista para agendamentos, em vários períodos da intervenção ficamos por diversos motivos (atestado, férias, licença, cursos) sem dentista sendo a agenda adiada.

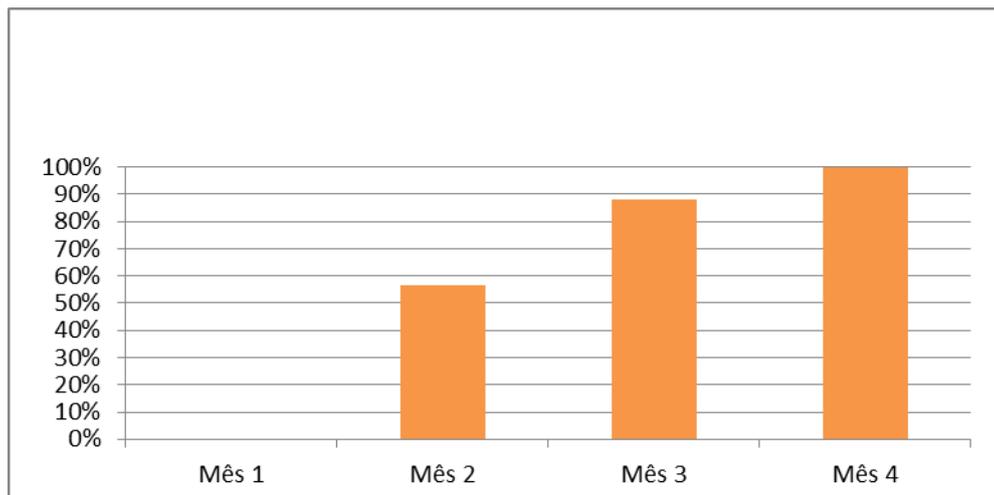


Figura 6 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído. Pelotas, RS, 2014

Objetivo 4. Melhorar os registros das informações

Meta 16. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 16. Proporção de crianças com registro atualizado.

As fichas espelho que foram disponibilizadas à todos os profissionais que prestaram atendimento às crianças, foram arquivadas em local próprio, onde também foram separados os prontuários para que fosse facilitado o acesso desses para os profissionais que manipularam-nas. Sendo que no primeiro mês 100% (17 crianças) tiveram as fichas preenchidas adequadamente, no segundo mês 100% (98 crianças), no terceiro 98,8% (168 crianças) e no quarto mês 99,2% (235 crianças) tiveram suas fichas devidamente preenchidas. Um dos motivos para esse mínimo de fichas não estarem preenchidas corretamente, foi devido a uma falta (temporária) de carteirinhas de vacinação, que são disponibilizadas pelos hospitais assim que a criança nasce, onde o pediatra na sua primeira avaliação não tinha espaço para realizar suas anotações no espaço que foi reservado na carteirinha provisória que foram entregues as mães. Assim, informação de apgar, teste do olhinho e de exame físico não foram repassadas as mães.

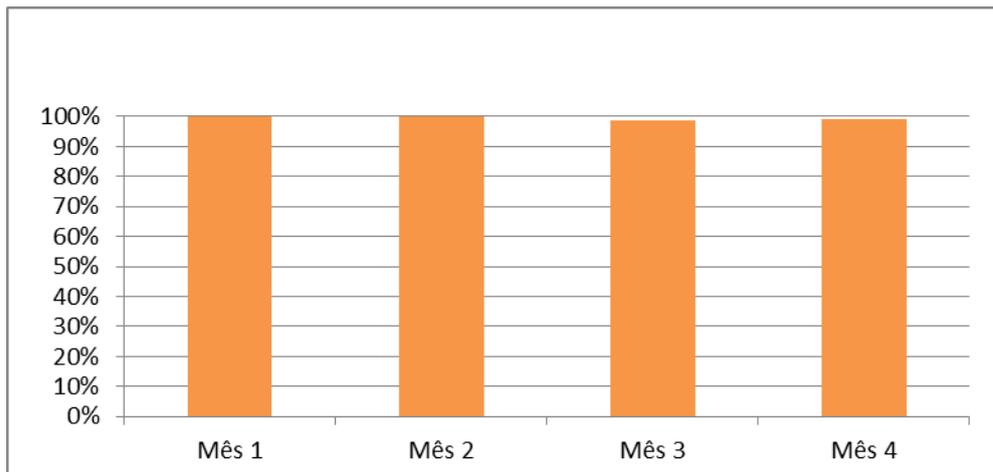


Figura 7 - Proporção de crianças com registro atualizado. Pelotas, RS,2014

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

Meta 17. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 17. Proporção de crianças com avaliação de risco.

A avaliação de risco foi um item muito trabalhado por toda a equipe, atingimos 100% da meta nos meses um e quatro, e 98% no segundo e 98,8% no terceiro mês. Realizávamos avaliação de risco nas consultas, no atendimento odontológico, nas visitas domiciliares e na sala de imunização. Para as crianças identificadas como de risco eram traçados planos de cuidados especiais de acordo com cada caso, que eram discutidos entre a equipe multiprofissional da Unidade.

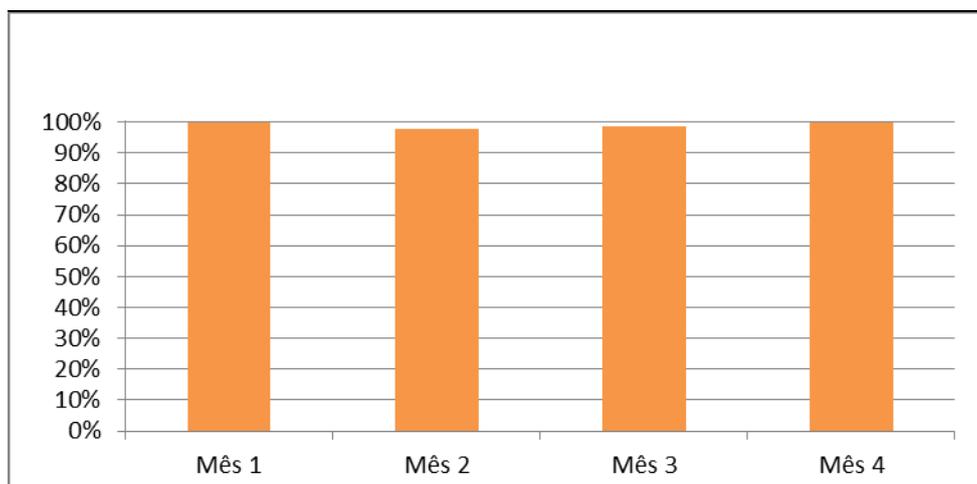


Figura 8 - Proporção de crianças com avaliação de risco. Pelotas, RS,2014

Objetivo 6. Promover a saúde

Meta 18. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 18. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Ficou acordado durante a capacitação da equipe que algumas orientações deveriam ser fornecidas em todas as consultas, como foi o caso da prevenção de acidentes na infância. Atingimos a meta de 100% em todos os meses de intervenção. As orientações eram direcionadas à faixa etária da criança, como exemplo, no recém-nascido orientávamos sobre risco de afogamento, temperatura da água no banho, posição segura para dormir, quedas da cama ou berço, asfixia entre outros.

Meta 19. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 19. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

A amamentação era um ato incentivado em todas as consultas e por todos os profissionais, na primeira consulta era mais intensivo as orientações e solicitávamos à mãe que amamentasse seu filho naquele momento para corrigirmos possíveis falhas durante o processo e estimular o vínculo mãe-filho. No primeiro mês das 5 crianças foram colocadas para mamar durante a consulta (29,4%), no segundo mês 24 (24,5%), no terceiro 46 (27,1%) e no quarto mês 72 (30,4%) foram amamentadas durante a primeira consulta. Esse indicador ficou abaixo da meta proposta, pois, em vários atendimentos principalmente de crianças maiores, não tínhamos essa anotação registrada no prontuário e mãe ou responsável não lembrava do fato.

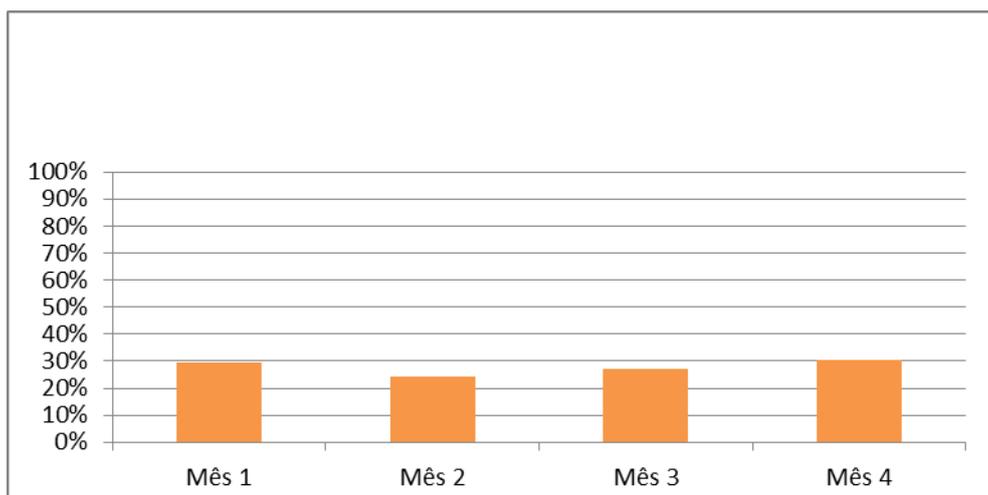


Figura 9 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Pelotas, RS, 2014

Meta 20. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 20. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Orientações nutricionais à mãe ou responsável de acordo com a idade era um tema que estava padronizado a fala do assunto durante as consultas e atendimentos. Sendo assim atingimos 100% da meta em todos os meses de intervenção.

Meta 21. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das creches.

Indicador 21. Proporção de crianças da creche cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

As ações coletivas em saúde bucal eram realizadas nas escolas nas sextas feiras, porém os pais não estavam presentes para o recebimento das orientações. Assim, foi definido em conjunto que realizaríamos um grupo de saúde bucal na Unidade para as mães ou responsáveis e antes do atendimento individual de seu filho, reuníamos os presentes e realizávamos orientação coletiva. Porém não conseguimos atingir a meta e obtivemos 54,5% no segundo mês, 40% no terceiro mês e 30% no quarto mês, lembrando que no

primeiro mês não houve ação coletiva da odontologia e o grupo de saúde bucal iniciou no quarto mês de intervenção.

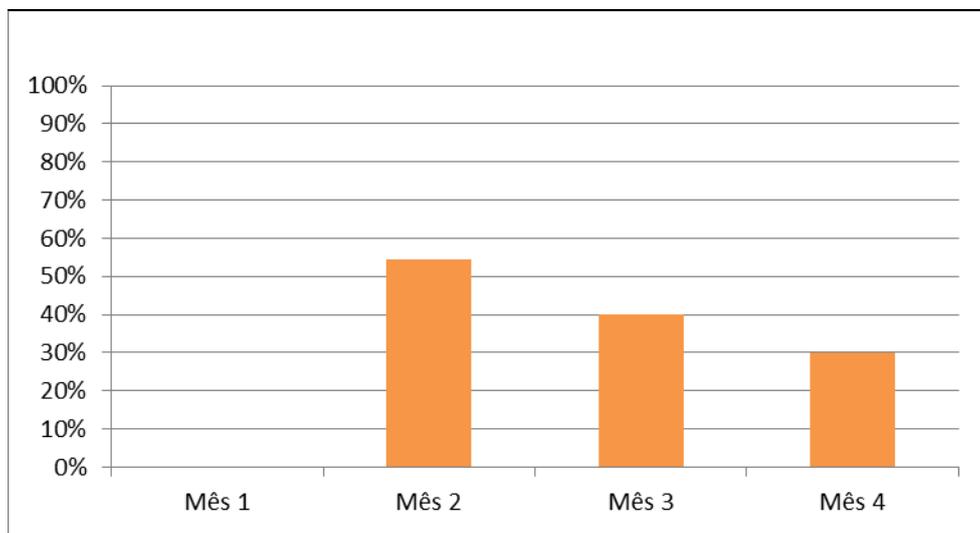


Figura 10 - Proporção de crianças da creche cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Pelotas, RS,2014

Meta 22. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 22. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Todas as mães receberam orientações em todos os meses, atingindo a meta de 100%. Já que estava padronizada essa orientação com a equipe após a mesma receber capacitação para esse tema.

Meta 23. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 23. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Idem a meta 24, atingimos a meta estabelecida, e também o assunto a ser trabalhado com os responsáveis estavam padronizados pela equipe após capacitação da mesma. Atingimos 100% de orientações nos quatro meses de intervenção.

Meta 24. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das creches.

Indicador 24. Proporção de crianças frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

No primeiro mês nenhuma orientação na creche foi realizada, no segundo mês atingimos 54,5% da meta estabelecida, no terceiro mês 30,7% e no quarto mês 23,0%. Essa meta foi prejudicada como foi citado anteriormente no relatório final, como umas das dificuldades encontradas, devido ao horário para podemos nos encontrar com os pais ou responsáveis que deveria ser na entrada ou saída dos alunos, assim necessitávamos de liberação para horas extras, a qual estava suspensa temporariamente no período da intervenção.

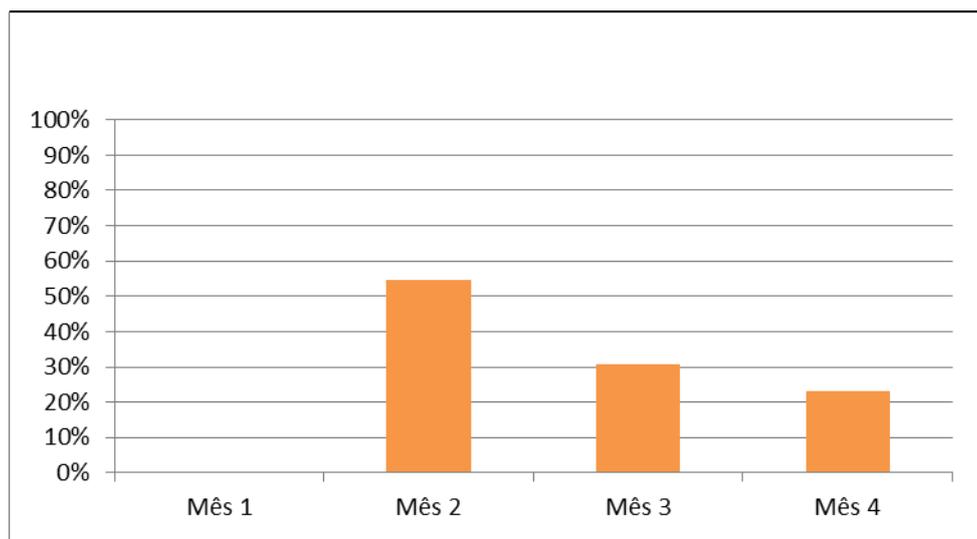


Figura 11 - Proporção de crianças frequentadoras da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais. Pelotas, RS, 2014

No geral, a equipe da USE Aclimação conseguiu atender a expectativa e atingir em vários momentos as metas estabelecidas. Trabalhamos intensamente durante esses quatro meses para realizarmos mudanças concretas no andamento e fluxo do serviço, e para que, com um bom alicerce o projeto de intervenção seja integrado à prática diária da Unidade.

4.2 – Discussão

Resumo do que alcançamos com a intervenção

A intervenção realizada na Unidade Saúde Escola Aclimação foi de grande importância para a melhoria da atenção básica no território. Podemos propiciar mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso, na qualidade da assistência entre outros. Não foram atendidas todas as metas propostas, porém a intervenção está em continuidade e temos então, a possibilidade de atingi-las

Importância da intervenção para a equipe:

Houve integração da equipe multiprofissional, sendo mais frequentes as trocas de experiências, os estudos, em conjunto, de casos clínicos de pacientes da área, o feedback de ações e encaminhamentos e a melhora da comunicação entre os pares. A capacitação realizada promoveu discussões positivas, estabelecimentos de fluxos e protocolos de atendimento. O detalhamento das atribuições de cada membro da equipe resultou em uma melhor definição das tarefas diárias. E a intervenção despertou o interesse de outros membros da equipe para também realizarem a especialização assim que novas turmas estiverem disponíveis.

Importância da intervenção para o serviço:

A separação e organização dos prontuários das crianças que realizam a puericultura facilitaram o acesso aos demais profissionais, poupando tempo na busca de informações e/ou no atendimento ao usuário. A sistematização da agenda das enfermeiras e do pediatra facilitou o entendimento da equipe da recepção, responsáveis pelo agendamento, para terem governabilidade nas marcações de consultas de retorno e de primeiro atendimento. A captação precoce do recém nato, com foco nos primeiros sete dias de vida, despertou o interesse dos Agentes Comunitários para intensificarem suas visitas às gestantes de suas áreas, para que assim que a criança tivesse alta hospitalar os Agentes teriam conhecimento. A identificação de alterações durante a puericultura ocorreu com maior frequência, já que a ficha de acompanhamento

oferecia um roteiro para o profissional. O controle do livro de DNV ficou mais intenso, sendo destinado um profissional como responsável desse controle, realizando o preenchimento do livro e triando as declarações para a realização das visitas domiciliares. A equipe de odontologia ficou mais próxima dos outros profissionais, mais participativa, com dimensionamento de suas ações e a inclusão na rotina das visitas às escolas da área de abrangência.

Importância da intervenção para a comunidade:

Com o aumento dos números de profissionais e conseqüentemente o número de atendimentos, mais crianças puderam participar das consultas de puericultura e terem acesso aos serviços prestados pela Unidade à comunidade. As crianças que frequentam as escolas da área de abrangência puderam ter seus tratamentos odontológicos garantido, receberam a aplicação de flúor e obtiveram orientações de prevenções sobre as cáries e doenças bucais.

Os pais tiveram acesso à informação importante em relação a prevenção de agravos da saúde de seus filhos, prevenção de acidentes, nutrição, vacinas, saúde bucal, crescimento e desenvolvimento saudáveis e identificação de sinais e sintomas de alerta.

Foram ampliadas as buscas em relação às vacinas, e atualização do calendário vacinal, possibilitando dessa maneira a disseminação de doenças imunopreveníveis

Com a intensificação dos cuidados e prevenção de agravos às crianças de 0 a 72 meses, a comunidade poderá desfrutar de uma geração mais saudável e consciente.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

Organização da agenda, melhor distribuição das ações, estreitar ainda mais o vínculo com a comunidade e o conselho local. Remanejaria as minhas férias para outro período e assim não ficar tantos dias fora da Unidade na intervenção.

Buscar mais o apoio da gestão em relação a liberação de horas extras para algumas ações que dependeriam dessa autorização. Cobrar a realização de mais reuniões de equipe e de planejamento.

Ter mais tempo para a realização das ações, e das capacitações. Ter iniciado o grupo “Bebê sem cárie” desde a primeira semana de intervenção.

Viabilidade de incorporar à intervenção a rotina do serviço e quais as melhorias que pretendemos fazer:

A intervenção está totalmente incorporada a rotina a Unidade, a comunidade e a equipe recebeu bem as mudanças de forma gradativa, sendo o começo mais trabalhoso. Pretendemos intensificar as ações e não deixar que as mesmas não tenham continuidade, esse ano teremos as ações do Programa Saúde na Escola pactuadas na Unidade e que poderão fortalecer mais a intervenção.

Quais os próximos passos:

Ampliar o número de dentistas da equipe, atuando nas ações coletivas e individuais, estimular a presença desses profissionais nos grupos de gestante e continuidade do grupo Bebê sem cárie.

Intensificar o atendimento ao recém nascido nos primeiros sete dias de vida, incentivar o aleitamento materno e colocar 100% das crianças para mamar na primeira consulta de puericultura.

Com a inauguração do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), poderemos ampliar o atendimento na especialidade de nutrição e estimular sua participação nas atividades dos grupos e ações coletivas.

Buscar com a gestão, apoio para estender o protocolo de atendimento à saúde da criança, para todas as Unidades de Saúde da Família do município de Cascavel- PR.

4.3 Relatórios para o Gestor

Após a análise estratégica realizada na Unidade Saúde Escola Aclimação pode-se perceber pontos de melhoria que poderiam ser trabalhados em um projeto de intervenção. Assim, o projeto foi direcionado às crianças de 0

a 72 meses pertencentes a área de abrangência da Unidade, com o objetivo geral de ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança nessa faixa etária, sendo os outros: saúde bucal, promoção do aleitamento materno, orientação nutricional, prevenção de acidentes na infância, acompanhamento e desenvolvimento, orientações aos pais e responsáveis e promoção da saúde da criança

A intervenção foi desenvolvida durante dezesseis semanas, contando com um cronograma pré definido que norteava as ações semanais. A estimativa de crianças moradoras da área era de 1010 na faixa etária de 0 a 72 meses, sendo que durante os quatro meses acompanhamos 237 crianças, já que a amostra seria as crianças que frequentassem a Unidade (puericultura, vacinas) e dos CMEI's do território. Vale ressaltar que atendemos um número superior de crianças nessa faixa etária, porém foram lançadas na planilha de coleta de dados somente as pertencentes a área de abrangência.

O planejamento das ações juntamente com a equipe se fez necessária, bem como a organização dos prontuários e das fichas de acompanhamento da puericultura, a qual ficaram separados dos demais facilitando o acesso.

Foi organizada a agenda da equipe que realizou as ações coletivas nas creches, procurando adequar o melhor dia para ambos os profissionais envolvidos. Após essa organização fizemos o contato com as coordenadoras dos CMEI's solicitando autorização para o desenvolvimento das ações e explicitando como seriam realizadas. A receptividade em todas as creches foi ótima sendo fornecido tudo o que foi solicitado para melhor andamento.

Antes da intervenção não havia uma sistematização, e uma padronização no atendimento à criança na puericultura, cada enfermeira realizava seu controle e atividades como achava correto, porém, quando era necessário levantar algum dado não era possível por falta ou omissão de informação. Também era somente as enfermeiras que realizavam a puericultura, após a intervenção um dos pediatras destinou um dia da sua agenda semanal para a puericultura.

Todos os profissionais da Unidade foram capacitados, e utilizamos como referência o caderno nº 33 do Ministério da Saúde. Os Agentes Comunitários, além da capacitação citada anteriormente, foram capacitados para realizarem a abordagem no domicílio e para busca ativa dos faltosos.

Foram realizadas salas de espera em todas as semanas abordando temas específicos a faixa etária definida. E contamos com a colaboração positiva ao projeto de intervenção do Conselho Local de Saúde, que inclusive é um dos mais antigos e atuantes do município.

Não conseguimos, no decorrer da intervenção, atingir todas as metas previamente propostas, um dos motivos é a USE não ser uma Unidade de Saúde da Família, atendendo usuários de todas as áreas. Ficamos um período com diminuição de recursos humanos, e o perfil da população da área ser caracterizado por pessoas de classe média, universitários e com plano de saúde complementar. Porém as ações propostas na intervenção foram incorporadas à rotina da Unidade, assim poderemos continuar em busca de atingir as metas e os objetivos propostos.

No geral, a equipe conseguiu atingir e ultrapassar algumas metas, devido ao trabalho intenso e a colaboração importante dos profissionais. A colaboração e o apoio da gestão foram de extrema importância, e contamos com essa colaboração para que possamos desenvolver um trabalho de melhoria da atenção básica.

4.4 Relatórios para a Comunidade

A Unidade Saúde Escola Aclimação desenvolveu após o levantamento de problemas e necessidade de melhorias no atendimento a criança de 0 a 72 meses, que frequentam a Unidade e as creches pertencentes a área de abrangência, um projeto de intervenção com proposta inicial de quatro meses e que já foi possível a continuidade do trabalho após as dezesseis semanas de projeto.

A participação da comunidade foi muito importante, desde a frequência das crianças durante as consultas de puericultura, ao número pequeno de faltas nos tratamentos odontológicos, e o comparecimento dos pais e

responsáveis para a realização das vacinas após o contato dos Agentes Comunitários de Saúde nas casas.

Muitas ações foram desenvolvidas para essas crianças, foi possível o aumento de fichas para atendimento e dos profissionais enfermeiros e pediatra, a facilidade para agendamento das consultas e atendimento odontológico e a possibilidade de término do tratamento sem a necessidade de retirar “fichas” no dia do agendamento.

Todas as semanas a equipe da Unidade foi até as creches, onde desenvolveram escovação, aplicação de flúor, verificação de cáries, pesagem e avaliação nutricional e os encaminhamentos para os especialistas quando eram necessários.

Participamos das reuniões do Conselho Local de Saúde, explicamos como seria e como estava sendo implantado o projeto, e quais resultados gostaríamos de atingir.

Foram realizadas várias salas de espera, com temas variados e objetivando fornecer informações para melhoria no cuidado das crianças de 0 a 72 meses. Fizemos palestras e incentivamos em todas as consultas de puericultura o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e amparamos as mães que não conseguiam de alguma maneira amamentar seus filhos.

Não conseguimos atingir todos os resultados que esperávamos, porém os que atingimos foram de grande proveito para as crianças e para a comunidade. A intervenção foi incorporada à rotina da Unidade e poderemos atingir todas as metas com o passar do tempo.

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade no projeto de intervenção à saúde da criança, por todas as sugestões, críticas e propostas de melhoria que foram levantadas. A equipe da Unidade de Saúde Escola Aclimação está desprendendo os esforços para termos um futuro de adultos saudáveis.

5. Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem

A escolha para me candidatar ao processo de seleção da pós graduação da UNASUS/UFPel, foi baseada por alguns itens elencados no edital de divulgação a qual me interessei: ser a distância podendo utilizar horários alternativos para execução das tarefas, ser ofertada pelo Ministério da Saúde e uma Universidade Federal, ser gratuita incentivando a realização de mais uma pós graduação e ser na área de saúde pública, área de interesse de continuidade de estudos no mestrado. Já durante as semanas da pós-graduação, apreciei a maneira do método de ensino, o método didático de fácil aprendizado, que incentiva o autoconhecimento, a busca por materiais extras e sem as matérias básicas que toda pós graduação na modalidade presencial propõe, como: metodologia de ensino, bioestatística, epidemiologia entre outras. O fato dessas disciplinas não estarem segregadas e sim incluídas nas atividades semanais, é muito interessante, possibilita o aprendizado de maneira ímpar.

Trabalho na área de saúde pública há quase cinco anos, sendo que durante a graduação sempre foi a área de maior interesse, a autonomia que o enfermeiro possui em uma Unidade de Saúde, a diversidade do usuário, a multidisciplinariedade e o relacionamento com a equipe multiprofissional são experiências diferenciadas da área hospitalar. Mesmo trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde, tinha certos receios, angústias e ansiedades em relação a uma Unidade Saúde da Família, sendo que o município de Cascavel nos últimos dois anos aumentou significativamente as equipes de saúde da família, com previsão de muitas outras serem instaladas, visto essa possibilidade da Unidade a qual trabalho se transformar em Saúde da Família comecei a procurar cursos de aperfeiçoamento na área.

As revisões dos principais Cadernos de Atenção Básica e os casos interativos foram os que mais gostei de realizar durante a especialização, pois forçava eu ler os cadernos que ficavam pegando poeira nos meus armários, ou que eu os lia somente quando tinha um caso de paciente específico. Durante o nosso dia a dia tumultuado e com tantos afazeres a procrastinação acaba sendo inevitável, porém pude ao ler todos eles e pôr no papel o que eles

significavam, despertar em mim um interesse que antes eu não tinha e que agora já reli alguns por iniciativa própria e que coloquei como hábitos de leitura.

Enfim, a especialização me proporcionou mudanças importantes na minha vida profissional e pessoal, pude ser mais organizada mesmo não conseguindo cumprir todas as tarefas no prazo estipulado, ser mais correta, mais prudente e ter mais resolutividade nos meus atendimentos por conhecer os protocolos a qual poderei com o conhecimento adquirido seguir com meus estudos *stricto sensu*.

6. Referências

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica 33:** Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica 17:** Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ANEXOS

Ficha Espelho de Saúde Bucal – Saúde da Criança

Nome completo: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: _____
Data do ingresso no programa ___ / ___ / ___ Prontuário: _____ Cartão SUS _____
Nome da mãe: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Escola que frequenta: _____
Ação coletiva de saúde bucal: _____ / _____ / _____ / _____ Primeira consulta odontológica: _____
Risco de saúde bucal: alto () médio () baixo ()
Ação coletiva de exame bucal em: _____
Falta as consultas agendadas (quantidade) _____
Busca da criança agendada: _____
Escovação supervisionada com creme dental: _____
Tratamento odontológico concluído em: _____
Orientação coletiva p/ responsável (higiene bucal e etiologia e prevenção da cárie) na creche que frequenta: _____
Orientação individual p/ responsável (higiene bucal e etiologia e prevenção da cárie) na UBS: _____
Orientação individual p/ responsável (hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias) na UBS: _____

C. Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Claudia 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

