

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade
Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, Capixaba/AC**

Maira Marques Modesto

Pelotas, 2014

Maíra Marques Modesto

Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, Capixaba/AC.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rogéria Amaral dos Santos.

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M691m Modesto, Maíra Marques

Melhoria da atenção à saúde da criança na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa de Capixaba - AC / Maíra Marques Modesto ; Rogéria Amaral Dos Santos, orientadora. — Pelotas, 2014.

81 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. Santos, Rogéria Amaral Dos, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedicatória

Dedico este trabalho de conclusão de curso (TCC) à comunidade rural da região da Alcoobras no município de Capixaba – Acre, pois este é fruto da implementação do Programa de Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, com êxito, devido compreensão e participação da comunidade.

Agradecimentos

Agradeço pela colaboração das orientadoras Caren Serra Bavaresco e, principalmente, Rogéria Amaral dos Santos pelos ensinamentos, orientações e questionamentos constantes, durante todo trabalho na comunidade.

Agradeço, ainda, a Secretaria Municipal (SMS) de Saúde de Capixaba pela parceria em ofertar, conforme suas possibilidades, uma assistência à saúde de qualidade para a população assistida e a todos os moradores que foram os atores principais e imprescindíveis para o início e conclusão deste trabalho.

Lista de figuras

| | |
|---|--------|
| Figura 1: UBS – Raimundo Rodrigues Lustosa. Capixaba – AC..... | 12 |
| Figura 2: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde..... | 49, 65 |
| Figura 3: Proporção de crianças com vacinação em dia para idade..... | 53 |
| Figura 4: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida | 55 |
| Figura 5: Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental..... | 56 |
| Figura 6: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.. | 58 |
| Figura 7: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie..... | 59 |
| Figura 8: Proporção de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais..... | 60 |
| Figura 9: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento..... | 65 |
| Figura 10: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança..... | 65 |

Lista de abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
DST' s – Doenças sexualmente transmissíveis
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS – Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCCU – Preventivo de Câncer do Colo de Útero
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UOM – Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Apresentação | 9 |
| 1- Análise situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF | 11 |
| 1.2 Relatório da análise situacional | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional | 22 |
| 2- Análise estratégica – Projeto de intervenção | 22 |
| 2.1. Justificativa | 22 |
| 2.2. Objetivos e metas | 23 |
| 2.2.1. Objetivo geral | 23 |
| 2.2.2 Objetivos específicos | 23 |
| 2.2.3. Metas | 24 |
| 2.3. Metodologia | 25 |
| 2.3.1. Ações | 25 |
| 2.3.2. Indicadores | 34 |
| 2.3.3. Logística | 38 |
| 2.3.4. Cronograma | 40 |
| 3- Relatório de intervenção | 41 |
| 3.1. Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldade encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente | 41 |
| 3.2. Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente | 44 |
| 3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores | 46 |

| | |
|--|----|
| 3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. | 46 |
| 4- Avaliação da intervenção | 48 |
| 4.1. Resultados..... | 48 |
| 4.2. Discussão | 61 |
| 4.3. Relatório da intervenção para os gestores | 64 |
| 4.4. Relatório de intervenção para comunidade | 67 |
| 5- Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem | 69 |
| 6- Bibliografia | 70 |
| Anexos | 71 |
| Anexo A – Planilha de coleta de dados..... | 71 |
| Anexo B – Documento do Comitê de Ética | 75 |
| Anexo C – Ficha espelho do Programa de Saúde da Criança | 76 |
| Apêndices | 79 |
| Apêndice A – Carta à comunidade..... | 79 |
| Apêndice B – Fotos | 80 |

Resumo

MODESTO, M. M.; SANTOS, R. A. **Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de idade na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, Capixaba/AC.** 2014. 81p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas – RS.

A puericultura constitui ação importante no âmbito da atenção primária à saúde, pois o crescimento representa um dos sinais mais importantes de saúde da criança, sendo considerado o pré-requisito para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil. O Projeto Melhoria da Atenção à Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa de Capixaba/AC teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da criança prestada às crianças da área adscrita à Unidade. O projeto foi estruturado com ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para cada uma das metas deste projeto tínhamos ações planejadas nestes eixos e também indicadores para posterior avaliação dos resultados alcançados. Utilizamos uma Ficha Espelho do Programa de Saúde da Criança para a coleta de dados das crianças atendidas e uma Planilha de Coleta de Dados para a tabulação destes dados, que eram atualizados semanalmente. Atingimos, com este projeto, o aumento da cobertura da atenção à Saúde da Criança na UBS para 88,2% e conseguimos melhorar os registros e qualificar a atenção com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de 100% das crianças cadastradas, com buscas ativas e visitas domiciliares de 100% das crianças faltosas às consultas na UBS e com o acompanhamento periódico das crianças com déficit e excesso de peso de 100% dos casos, entre outras metas de qualidade atingidas. O Projeto também garantiu a capacitação da equipe acerca do Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde e fortaleceu a promoção à saúde na área adscrita a UBS. O serviço se beneficiou bastante com este projeto, pois além da melhoria dos registros, agora podemos também calcular indicadores de cobertura e qualidade para realizar avaliações da ação programática. A comunidade ficou satisfeita com a atenção destinada às crianças, demonstrando interesse e satisfação com as orientações de saúde que receberam. Assim, o projeto contribuiu de forma importante para a melhoria da atenção à Saúde da Criança na UBS, além de trazer experiência à equipe e fortalecer a Atenção Primária à Saúde na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa.

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

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde das crianças na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, na zona rural da Alcoobras, no município de Capixaba – Acre.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1- Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

Exerço minhas atividades em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona rural, em área de assentamento, próxima a uma usina de álcool. A maioria dos moradores praticam suas atividades laborativas nesta usina. A equipe é composta apenas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Esta localidade pertence ao município de Capixaba-AC, cidade que fica a aproximadamente 30 km da UBS, onde tem um centro de saúde que realiza somente exames complementares de bioquímica e algumas sorologias.

Na UBS não temos disponibilidade de água, saneamento ou telefone, e há alguns anos encontra-se sem energia elétrica por problemas de fornecimento público. A água que utilizamos somente para limpeza da unidade e para lavar as mãos é fornecida por baldes pelo morador vizinho.

Enfim, me deparo com diversas dificuldades, desde estrutura física, até a dificuldade de acesso da população à UBS, pois a maioria mora a uma distância de até 20 km, sem transporte público e sem condições financeiras para locomoção. Inclusive, dificuldade esta enfrentada pelos próprios agentes de saúde.

A população ainda está tomando conhecimento do atendimento médico, pois não havia médico na unidade. A cada semana verifico que o acesso à unidade aos poucos está aumentando e de forma muito agradecida e hospitaleira, o que me faz sentir extremamente gratificada profissionalmente e pessoalmente.

1.2 Relatório da análise situacional

O município de Capixaba, no interior do estado do Acre, fica a aproximadamente 88 quilômetros de distância da capital Rio Branco, com uma população de 5.206 habitantes (IBGE, 2010). A economia local é baseada em pecuária, onde localizam-se grandes latifundiários e muitos pequenos produtores rurais.

A UBS Raimundo Rodrigues Lustosa (**Figura 1**) fica localizada em zona rural a aproximadamente 30 quilômetros da cidade de Capixaba, com área de abrangência de até 20 quilômetros, com acesso somente através de estradas de

barro e sem disponibilidade de transporte público. Ela assiste uma população de 1245 pessoas, estando de acordo com o número máximo estimado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo a maioria de pequenos produtores rurais com produção de subsistência, provenientes de assentamentos pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), com população, majoritariamente, formada por pessoas jovens e adultos de meia idade, sem diferença significativa entre os sexos.



Figura 1: UBS – Raimundo Rodrigues Lustosa. Capixaba – AC.

Nessa região rural, denominada Alcoobras, devido a existência de uma usina de álcool na proximidade, existem duas UBS, e em todo município de Capixaba há 5 UBS (3 em zona rural e 2 em zona urbana) e 1 centro de saúde. Não há no município Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), atenção especializada e serviço hospitalar ou de urgência-emergência e são realizados somente alguns exames complementares de bioquímica somente em zona urbana, não havendo qualquer exame de imagem disponível.

No Sistema Único de Saúde (SUS) a unidade é classificada como tradicional (UBS), com construção de alvenaria em área de floresta amazônica, sem haver qualquer vínculo com instituições de ensino.

No território demográfico da UBS os valores na distribuição populacional entre sexos e faixas etárias, o número de crianças menores de 1 ano, segundo informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estão em acordo, aproximadamente, com a estimativa populacional brasileira, havendo uma disparidade somente no número de gestantes acompanhadas em pré-natal e o número estimado de gestantes para população, conforme o perfil demográfico brasileiro. A população, conforme perfil demográfico, é formada principalmente por adultos e jovens, com valores semelhantes entre os sexos, mostrando uma pirâmide etária de demografia em conformidade com as atuais tendências brasileiras, ou seja, uma diminuição da taxa de fecundidade e aumento do envelhecimento da população, com a maioria da população formada por adultos.

Apesar de a UBS ser um prédio projetado e construído para essa finalidade, não contamos com a estrutura recomendada pelo Manual da Estrutura da UBS (BRASIL, 2008), pois esta é formada por um consultório médico, dois banheiros, uma recepção, que funciona também como sala de pré-consulta e espera, e outro cômodo que abriga várias funções. A sala de espera e, também recepção, funciona de forma precária, pois o espaço não é suficiente para 15 pessoas, sendo localizado ao lado do consultório médico produzindo barulhos de aglomeração de pessoas que muitas vezes interferem no decorrer da consulta.

Não dispomos também de salas de expurgo, vacinas, curativos, procedimentos, armazenamento de materiais e medicamentos, havendo somente um espaço adaptado para funcionar a farmácia (liberação de medicamentos), onde funcionam em conjunto todos esses serviços acima citados que não possuem salas específicas. Essa situação dificulta o trabalho de toda equipe, pois não há possibilidade de liberação de medicamentos simultaneamente à realização de procedimentos, desde um curativo à administração de medicação intramuscular, pois além do pequeno espaço físico, não há como preservar a integridade e sigilo do paciente diante de tais procedimentos, devido não contarmos com proteções para exposição do paciente durante aplicações de medicação. Fora a funcionalidade da equipe de saúde prejudicada, o armazenamento do expurgo, principalmente o de risco, é feito próximo às medicações, procedimentos e vacinas, não estando

somente contra o funcionamento preconizado pelo MS, mas também contra as normas da vigilância sanitária brasileira.

Para os portadores de deficiências motoras e idosos com dificuldade de locomoção não há acesso específico para estes sendo a unidade composta por degraus sem acesso por rampa ou apoios para a deambulação, não constando também com informação visual por placas dos recintos para deficientes auditivos ou linguagem específica para usuários portadores de deficiência visual. Ao observamos tal necessidade de informações visuais, tentamos orientar os usuários sobre a estrutura da UBS, a equipe providenciou placas, de forma simples, mas funcional, e ajudamos na locomoção dos deficientes físicos.

Em relação aos expurgos, conseguimos realizar o armazenamento do lixo comum na parte externa da UBS ou juntamente com moradores vizinhos, e o de risco biológico aguardamos soluções da gestão pública.

Assim como a estrutura física, o fornecimento pelos gestores de instrumentos de trabalho e insumos para um bom acesso à saúde da população, deixa a desejar, por exemplo, medicamentos disponíveis regularmente, procedimentos básicos de saúde e formulários de preenchimento, como receitas e solicitações de exames.

Até o momento, observo que na unidade que estou inserida o acolhimento ao usuário, a interdisciplinaridade, a prevenção/educação em saúde e intervenção da equipe são satisfatórias, porém é difícil observarmos resultados do trabalho quando atividades de promoção, investigação diagnóstica, seguimento terapêutico e assistência domiciliar em algumas ocasiões não podem ser realizadas. Resultados estes que nossa equipe é impossibilitada de ter, pois não pode realizar: a manutenção do calendário vacinal das crianças, procedimentos como nebulização, exame ginecológico, o exame de rastreio de câncer do colo do útero, acompanhar o desenvolvimento antropométrico, exame de otoscopia e visitas domiciliares de grandes distâncias por não haver infraestrutura, desde a falta de energia elétrica e água, mesa ginecológica e foco de luz até a ausência de meios de locomoção compatíveis com as estradas de barro para as visitas das equipes às famílias.

A falta de medicamentos fornecidos pelo SUS e a carência de exames complementares ofertados também dificultam, pois a localidade de referência para a obtenção principalmente de exames, encontra-se há cerca de 58 km de distância. Dificuldade que, para uma população de baixa renda socioeconômica proporciona

uma má adesão às condutas e ao tratamento, com um seguimento clínico precário por tais peculiaridades locais.

Muitas são as dificuldades na estrutura enfrentadas, algumas sendo solucionadas por iniciativa somente da equipe, sem apoio da gestão pública, como o fornecimento de água em armazenamentos por vizinhos, idas a zona urbana para fornecimento de medicamentos em falta, exames físicos com a otimização da luz solar, otoscópio próprio, visitas domiciliares com a ajuda da locomoção pelos familiares dos pacientes e arrecadações entre equipe para aquisição de instrumentos, tais como “abaixador de língua”, medidor antropométrico, lâmina de bisturi, entre outros. Porém, não temos governabilidade referente alguns problemas que cabem a gestão, por exemplo, o reestabelecimento de energia elétrica e, conseqüentemente, realização de Preventivo de Câncer do Colo de Útero (PCCU), nebulização e vacinas, e instalação de telefone para informação e referência local.

Apesar de todas as dificuldades geográficas, da falta de insumos e instrumentos de trabalho e da estrutura física precária da UBS, pude verificar uma comunicação satisfatória entre equipe de saúde acerca dos agravos de saúde da população, mesmo não contando com conselhos de saúde, grupos comunitários e de risco de saúde ou parcerias com instituições públicas, como escolas ou instituições de ensino. Mostrando a familiaridade da equipe com a população e seu engajamento em fornecer, diante das nossas limitações, uma assistência à saúde com qualidade.

Não realizamos os cuidados de urgência/emergência, pois não há materiais de trabalho e estrutura terapêutica para tais ações, sendo a população ciente da demanda ser somente eletiva. Deixamos também a desejar nas ações de educação em saúde, formação dos grupos de coordenação da saúde e no fluxo de referência e contra referência para outros serviços de atenção à saúde, pois o município não conta com um fluxograma esclarecido e ágil para população, sendo o usuário o responsável pela busca para atendimento em especialidades encaminhadas em municípios próximos, não havendo possibilidade de acompanhamento pela unidade do processo em curso, obtendo somente a informação verbal do usuário sobre diagnósticos e condutas estabelecidas em consulta de retorno na UBS. Em relação à busca ativa de indivíduos em risco epidemiológico e clínico funcionam de forma precária, devido ser uma região de difícil acesso, grandes distâncias e falta de transporte disponibilizado pela SMS para tal ação.

Apesar de fatos pontuais, observo que maioria da equipe de profissionais é comprometida com a saúde pública por nos assistida, cada um exercendo satisfatoriamente sua função e muitas vezes ajudando ao colega quando necessário, com visível engajamento profissional, mantendo vínculos de afetividade e continuidade com a população, mesmo com as peculiaridades das condições de trabalho, o que, no início do meu trabalho, classifiquei como o aspecto mais positivo da UBS: os profissionais da equipe e seu compromisso com a atenção a saúde. Exceto em relação aos atendimentos de urgência/emergência por ultrapassar nossa capacidade de resolução, acredito que outras falhas na atenção à saúde podem ser modificadas com o trabalho interdisciplinar e contínuo da equipe.

Todos os profissionais realizam acolhimento, conforme seu nível de conhecimento teórico e através de troca de informações acerca dos agravos de saúde. A funcionária da limpeza, por colaborar também na função de recepcionista, acolhe os usuários em porta de entrada dando todas as informações necessárias para os procedimentos realizados na unidade com a peculiaridade de ter vínculo social e afetivo, pois é moradora da comunidade. Conforme o MS, o número de funcionários é suficiente para cobertura da abrangência, porém com a ausência de saúde bucal.

Até o momento todos os pacientes que procuraram a unidade durante o único período de funcionamento da unidade, pela manhã, foram atendidos no mesmo período para consultas médicas e de enfermagem, procedimentos e recebimento de medicações prescritas.

Na unidade não há protocolos com critérios de avaliação clínica para o atendimento imediato dos usuários de demanda espontânea com agravos agudos. Existe, através de informações entre a equipe, um consenso sobre essas prioridades clínicas, referente ao tempo de espera pelo atendimento, estando a equipe sempre em comunicação sobre os quadros clínicos. Há também as prioridades de idosos, gestantes ou com bebê de colo e deficientes asseguradas pelo direito constitucional.

Atualmente são realizados agendamentos de atendimentos somente para consultas de retorno ou visitas domiciliares, pois os atendimentos clínicos são realizados diariamente em livre demanda, devido ao difícil acesso local, falta de transporte público, população de baixa renda, falta de telefone na unidade e grandes distâncias locais, logo é inviável solicitar que o paciente retorne em outro dia, sabendo das dificuldades enfrentadas pelos usuários somente para ir à UBS.

As crianças da comunidade não são assistidas pelo programa de Saúde da Criança do MS, pois a unidade nunca dispôs de tal ação. Não há em UBS acompanhamento regular de puericultura local, vacinação disponível ou qualquer forma de registro das crianças moradoras da região. Estas somente são levadas à UBS para consultas de agravos agudos à saúde ou em primeira consulta após parto, devido orientação feita em maternidade às mães. Observo que a população desconhece a existência de puericultura e sua importância por falta de informação, assim como os próprios agentes comunitários desconhecem esse serviço como sendo preconizado pelo MS e imprescindível para todas as UBS, pelo mesmo motivo e, também, falta de contato prévio com a puericultura. São realizadas medidas como a aferição do peso e altura, avaliação da imunização pelos ACS com finalidade somente para o cadastro do programa federal de Bolsa Família, sendo que crianças em níveis insatisfatórios de desenvolvimento/crescimento não eram encaminhadas ou orientadas a buscar acompanhamento médico. Atualmente, toda a equipe é informada que qualquer situação de risco infantil, não somente referente ao desenvolvimento ou quadro vacinal, mas também de risco social, deve ser informada a toda equipe, principalmente ao médico e enfermeiro responsáveis.

O contato com o trabalho em puericultura e acompanhamento infantil, atualmente, é realizado somente durante consultas médicas referentes a agravos agudos de saúde, que são momentos aproveitados como avaliação do desenvolvimento, imunizações e educação em saúde. Em usuários com desenvolvimento adequado, entretanto, ainda não são realizadas consultas de retorno conforme periodicidade preconizada pelo MS. Espero que durante o período das minhas atividades laborativas em comunidade com difícil acesso geográfico e de baixa renda financeira possa não somente iniciar, mas também incentivar a equipe a manter o programa de saúde da criança.

O serviço de pré-natal é realizado pela enfermagem, havendo, atualmente, um acompanhamento em conjunto com a assistência médica ambulatorial quando solicitado por agravos agudos a saúde materna ou dúvidas clínicas referentes às condutas em pré-natal. O protocolo utilizado é do MS com condutas estabelecidas, sendo prevenção, orientações, diagnósticos e tratamentos guiados pelo manual.

Os usuários da UBS apresentam dificuldade de acesso e realização dos exames complementares de rotina, os quais muitas vezes, mesmo solicitados em primeira consulta de pré-natal, recebemos os resultados somente após 3 a 4 meses.

Outras dificuldades como a ausência de vacinação, por não haver energia elétrica, a falta de realização de exames preventivos do colo do útero e a distância de 58 km da maternidade de referência para trabalho de parto, desestimulam as gestantes a realizarem o pré-natal em UBS, havendo muitas vezes a emigração destas usuárias para unidades da zona urbana da capital do estado, Rio Branco, onde encontram todos esses serviços disponíveis, ocasionando uma baixa adesão ao serviço de pré-natal na UBS.

Conforme registros da enfermagem, dos agentes clínicos, podemos ter acesso fácil e organizado a situação de acompanhamento das gestantes na UBS obtendo todas as informações necessárias para monitorização.

A UBS, atualmente, encontra-se com uma baixa cobertura de pré-natal, o que pode refletir um número insuficiente de visitas domiciliares dos ACS à população e uma péssima procura da atenção à saúde na UBS por esta população específica. Acredito que as dificuldades da unidade mencionadas acima também influenciem a baixa adesão de gestantes ao pré-natal, pois alguns usuários referem que muitas vezes preferem procurar unidades com mais recursos para seu acesso à saúde.

Uma maior atuação dos ACS na área, tanto para identificar gestantes quanto para orientar a população sobre a importância do serviço de pré-natal, o engajamento de toda equipe e população e iniciativas da gestão pública poderiam melhorar a adesão e conseqüentemente este indicador de saúde.

Atualmente, na UBS não é realizada a coleta de exames de citopatológicos do colo útero por não haver disponibilidade de água para higienização das mãos dos profissionais e principalmente a ausência de energia elétrica impossibilitando a utilização de foco de iluminação para uma correta coleta de material biológico. Dificuldades que são enfrentadas pela equipe há dois anos, sendo realizadas orientações sobre a prevenção de DST's, a importância do uso de preservativos e seus fatores de risco para câncer do colo útero durante consultas diversas médicas e pela enfermagem.

As usuárias são encaminhadas para centros de saúde próximos com a devida orientação da necessidade deste exame e solicitando o retorno para avaliar o resultado, sendo realizados na unidade somente exames ginecológicos que constam de ectoscopia vulvar, toques bimanuais para diagnóstico de doença pélvica inflamatória e o diagnóstico etiológico de leucorréias, pois temos muita dificuldade

de visualização do colo uterino sem a devida iluminação. Tentei levar para unidade uma luminária com fonte de energia de bateria, porém a mesma não continha o poder de focalizar e intensidade de luz necessária para visualização adequada do colo.

A procura pelo exame citopatológico do colo do útero é frequente na unidade, pois este é um exame necessário para cadastro e manutenção do recebimento do benefício federal de bolsa família, proporcionando, felizmente, a realização deste, mesmo em outras unidades de saúde. Até o momento, não houve retornos com os resultados dos exames, mesmo sendo solicitados, pois as usuárias relatam que estes já foram analisados em unidade que realizou exame, não havendo um cadastro específico para esses exames e nem monitorização destas usuárias.

Após diversas reuniões e conversas informais com a gestão de saúde pública do município relatando as dificuldades nas condições de trabalho, inclusive impossibilitando a assistência básica à saúde, houve promessas de solução breve sobre ausência de água e energia elétrica na unidade.

O rastreio do câncer de mama é realizado na unidade através da orientação sobre os fatores de risco, o autoexame e o exame físico realizado por médico durante consultas médicas diversas e o exame de mamografia. Desde o início das minhas atividades em unidade não observei em prontuário qualquer anotação referente ao rastreio do câncer de mama ou registro específico, sendo realizado por mim o exame clínico das mamas e solicitação de mamografias para população de risco, segundo recomendações do MS, estando em todos os casos aguardando resultados de mamografias. Como os exames de mamografias são realizados apenas na capital do estado, atualmente, após informar a secretaria de saúde da necessidade destes exames, ela ficou responsável pelo agendamento e informação a população da data de execução do exame, facilitando o seguimento da usuária, pois irá se deslocar somente na data de realização.

Assim como no rastreio de câncer do colo do útero, no de câncer de mama também não disponibilizamos de um cadastro específico na unidade, ficando as anotações somente em prontuários clínicos.

Continuaremos com nossas orientações sobre a importância da prevenção e rastreio dos cânceres ginecológicos e a necessidade de incluir a unidade neste seguimento, solicitando que as usuárias retornem para avaliar resultados de exames e obter devidas orientações em sua unidade de referência, para que a unidade não

perca o contato com a população assistida. É importante ressaltar que a medida inicial para o acompanhamento destes rastreios é acordar com as unidades de saúde, as quais realizam esses exames, que disponibilizem os resultados diretamente e façam contra referência à UBS para uma assistência adequada à saúde na área de abrangência.

Na unidade há acompanhamento clínico frequente dos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, com registro somente em prontuários, porém sem seguir todos os critérios recomendados pelo manual do MS, não havendo uma organização e planejamento de ações específicas por toda a equipe e com baixa adesão dos usuários ao acompanhamento clínico. Os números estimados e cadastrados de portadores destas doenças foram realizados pelos ACS conforme suas visitas domiciliares.

As consultas periódicas de acompanhamento são realizadas no período de 3 meses, tempo, às vezes, encurtado em casos de problemas agudos, término da medicação e retorno com exames complementares, os quais o prazo de entrega é de aproximadamente de 2 a 3 meses. Além desse retorno ambulatorial, é realizada a orientação por parte do médico sobre as complicações acarretadas pela hipertensão e diabetes, promovendo educação em saúde. Os ACS trabalham como uma ponte de informações sobre eventos na saúde destes usuários, orientado também sobre a importância do seguimento da prescrição e orientação médica. Como a área geográfica da unidade é abrangente, com distâncias de até 20 quilômetros e sem transporte público, há dificuldade no acesso dos usuários a unidade, aumentando a importância das visitas domiciliares dos ACS mantendo essa ponte entre UBS e população.

No diagnóstico de hipertensão e diabetes descompensados ou em uso irregular das medicações é realizado, além das condutas terapêuticas cabíveis, um acompanhamento quase que diário do controle pressórico e de glicemia, ambulatoriamente, tendo somente alta ambulatorial após metas atingidas.

Referente ao rastreamento do risco cardiovascular, encontramos dificuldade no prazo de entrega dos exames complementares, prejudicando a confirmação diagnóstica, havendo muitas vezes condutas empíricas baseadas somente no quadro clínico. Não há equipe de saúde bucal na UBS, logo a avaliação bucal da população, inclusive dos hipertensos e diabéticos não é oferecida. Os exames de sensibilidade em membros inferiores não são realizados frequentemente, portanto

precisam ser incorporados na rotina para os usuários diabéticos. Esses fatores comprometem os indicadores de qualidade de assistência à saúde destes, sendo pontos plausíveis de melhoria da equipe em conjunto com a gestão pública.

A estimativa do número de hipertensos e diabéticos superou de forma significativa a quantidade de usuários acompanhados na unidade. Estes com diagnóstico, na maioria, já confirmados previamente ao início do PROVAB, havendo um número de usuários que neste momento estão em investigação diagnóstica, inclusive com consultas de rotina com intervalo menor que 7 dias para confirmação diagnóstica. Porém, mesmo assim, a diferença numérica entre o número estimado, conforme perfil demográfico brasileiro, e o de usuários acompanhados na UBS é significativa, logo devemos aumentar as medidas de rastreamento clínico para hipertensão e diabetes na população geral assistida e incentivar a adesão ao acompanhamento na UBS.

Acredito que a criação na unidade dos grupos de hipertensos e diabéticos com ações programadas em educação em saúde referente às doenças cardiovasculares e o seguimento criterioso dos manuais de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, poderão não só melhorar os indicadores em saúde, mas também acrescentar no prognóstico das doenças cardiovasculares de forma significativa.

Na UBS não há programa de atenção ao idoso incorporado às atividades, havendo somente um cadastro do número de idosos pelos ACS. Não há um registro específico na unidade para o número de idosos e patologias específicas.

Segundo informações do prontuário, entre o número de idosos cadastrados na área, somente, aproximadamente, 50% procuram a UBS ou tiveram atendimento domiciliar, talvez devido as grandes distâncias físicas da zona rural. Em todas as oportunidades de atendimento médico houve uma avaliação multidimensional da saúde, com tratamentos para agravos agudos e crônicos à saúde, educação em saúde, orientação nutricional e de atividade física regular, avaliação de comorbidades e rastreamento de doenças comuns da idade, assim como as neoplasias.

Todos os usuários até o momento encontram-se em acompanhamento ambulatorial sem abstenções às consultas. Infelizmente não dispomos de acesso à saúde bucal. Até o momento, não consegui avaliações e tratamentos bucais para nenhum usuário referenciado.

Iniciamos os registros, cadastros e acompanhamentos, conforme protocolos do MS dos programas de saúde da mulher, do idoso e dos hipertensos e diabéticos, estando ainda em adaptação para toda a equipe e sem muitas informações. Até o momento as informações sobre todos os grupos populacionais citados são obtidas pelo prontuário clínico, exceto o pré-natal, dificultando o acesso rápido e prático a tais informações. Espero que haja, gradualmente, uma adaptação positiva e produtiva de toda a equipe em manter os registros e, principalmente, no surgimento das ações planejadas, como o acompanhamento clínico, prevenção e promoção de saúde, interdisciplinaridade e continuidade, com adequada execução e monitorização dos programas preconizados pelo MS para uma assistência de qualidade a população.

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

Nas primeiras semanas de exercício médico na UBS, somente alguns pontos foram enfatizados devido ao pouco tempo de trabalho na unidade. Em primeiro momento, me surpreendi com a imensa falta de estrutura física na UBS e com o contato com uma população carente de assistência médica, receptiva e amistosa com toda equipe. Após alguns meses, pelo maior contato com a rotina, outras questões positivas e negativas na UBS foram observadas, sempre propondo soluções aos problemas e mantendo os pontos positivos, e a participação popular foi crescendo, havendo uma construção de um serviço de saúde com união entre a equipe de profissionais, gestão municipal de saúde e comunidade.

2- Análise estratégica – Projeto de intervenção

2.1. Justificativa

O Ministério da Saúde vem priorizando ações básicas de saúde que possuem eficácia na redução da morbimortalidade infantil: a atenção ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarréicas e das infecções respiratórias agudas, visando melhorar os serviços na atenção à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A puericultura é

imprescindível para detectar situações de risco, como quadros de desnutrição ou atraso no desenvolvimento, podendo ter resolubilidade do quadro conforme diagnóstico e tratamento precoce.

Na unidade que exerço minhas atividades não há o programa de saúde da criança incorporado a rotina da equipe, conforme recomendações do MS. A população estimada de 0 a 9 anos de idade é de 189 crianças que, atualmente, encontram-se sem acompanhamento periódico em desenvolvimento físico, nutricional, imunológico, e desprovida de educação em saúde. Situação que reflete em indicadores ruins na assistência a saúde dessa população, com inclusive desconhecimento da qualidade da saúde das crianças.

O despertar e interesse pessoal em intervir na saúde infantil vieram desta ausência e por observar a baixa condição socioeconômica da população assistida, estando as crianças em maior risco de desenvolvimento sem qualquer acompanhamento periódico pela UBS.

Devido tal inexistência, importância do acompanhamento e por ser uma ação que possuo governabilidade, decidi por implementar na UBS este programa como projeto de intervenção. Visando a melhoria da qualidade de assistência à saúde da população e com a ajuda e compreensão da equipe sobre a necessidade de tal programa, espero obter bons frutos.

2.2. Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, Capixaba/Acre.

2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.
- Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.
- Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

- Melhorar os registros das informações.
- Mapear as crianças em situações de risco pertencentes à área de abrangência.
- Promover a saúde.

2.2.3. Metas

Relativas ao 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 80%.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

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

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

Meta 4: Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

Meta 5: Monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com déficit de peso.

Meta 6: Monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com excesso de peso.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

Meta 8: Vacinar 100% das crianças cadastradas no programa de acordo com a idade.

Meta 9: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças cadastradas no programa.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida

Meta 11: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças cadastradas no programa.

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

Meta 13: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde.

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

Meta 15: Colocar 100% das crianças, em idade da amamentação, para mamar durante a primeira consulta.

Meta 16: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas no programa.

Meta 17: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 19: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3. Metodologia

2.3.1. Ações

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças de 0 a 72 meses da unidade de saúde para 80%.

No eixo de “Monitoração e avaliação” será monitorado o número de crianças cadastradas no programa semanalmente em UBS, em um dia da semana, realizado pelo médico e enfermeiro, através dos registros (fichas espelhos, prontuários e registro próprio da unidade). No eixo “Organização e gestão do serviço” serão realizados o cadastramento, pelo médico, da população de zero a 72 meses de idade da área de abrangência na UBS, durante consulta, ou nos grupos escolares, o agendamento e/ou realização da primeira consulta em UBS em livre demanda, assim como organização da agenda em UBS para atendimento a este público. No eixo “Engajamento público” será feito, pela a equipe, a orientação da população sobre o

programa de saúde da criança e seus benefícios diariamente em UBS, durante grupos e em reuniões na comunidade. No eixo “Qualificação da prática clínica” ocorrerá a capacitação da equipe no acolhimento da criança, nas políticas de humanização, sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e a comunidade sobre este programa de saúde, com adoção de protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS.

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

No eixo “Monitoramento e avaliação” será monitorado o percentual de crianças que ingressarem no programa de puericultura na primeira semana de vida semanalmente realizado por pelo médico e enfermeiro. No eixo “Organização e gestão do serviço” serão realizadas buscas ativas de crianças que não compareceram no serviço na primeira semana após data provável do parto, sendo essa informação obtida pelo serviço de pré-natal e pelos ACS, realizando visitas domiciliares e atendimento domiciliar às crianças nos primeiros 7 dias de vida. Haverá também o atendimento diário em livre demanda ou agendamento da consulta na UBS para essas crianças. No eixo “Engajamento público” informaremos às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e orientaremos as grávidas da UBS sobre o programa de saúde desde o 3º trimestre gestacional e a importância deste serviço. No eixo “Qualificação da prática clínica” ocorrerá a capacitação da equipe no acolhimento da criança, nas políticas de humanização, sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e a comunidade sobre este programa de saúde, com adoção de protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas de puericultura.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar, semanalmente, o cumprimento da periodicidade das consultas observando se a criança está com atendimentos regulares conforme protocolo do MS, o número médio de consultas realizadas pelas crianças e as buscas às crianças faltosas, através dos prontuários, fichas espelhos e registro próprio da unidade. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” iremos organizar as visitas domiciliares para as crianças faltosas, as quais serão realizadas semanalmente e realizar o agendamento de consultas, em todos os dias da semana, conforme necessidade, na UBS para acolher as crianças

provenientes das buscas de acordo com disponibilidade dos responsáveis e calendário da data de retorno ambulatorial para puericultura. No eixo “Engajamento público” iremos informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular das crianças. No eixo “Qualificação da Prática Clínica” faremos treinamento de toda equipe, principalmente os ACS, na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e fichas espelhos.

Meta 4: Monitorar o crescimento de 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento realizada em consultas na UBS e grupos escolares. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público” compartilharemos com os pais ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informaremos aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, assim como informaremos o atual desenvolvimento da criança, e estimularemos os pais ou responsáveis para presença em todas as consultas de puericultura e em grupos de atenção à saúde infantil. No eixo da “Qualificação da prática clínica” faremos o treinamento de toda a equipe das técnicas adequadas para realização das medidas e para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando estas técnicas na equipe.

Meta 5: Monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com déficit de peso.

No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos as crianças com déficit de peso, com consultas periódicas e agendadas em UBS, através dos prontuários, registros próprios da unidade e fichas espelhos. No eixo “Organização e gestão dos serviços” iremos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) para acompanhamento periódico, com diagnóstico e tratamento adequados, inclusive com visitas domiciliares, caso necessário. Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público” compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam

exercer o controle social. Informaremos aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, assim como informaremos o atual desenvolvimento da criança e as condutas para o tratamento do déficit de peso, e estimularemos os pais ou responsáveis para presença em todas as consultas de puericultura e em grupos de atenção à saúde infantil. No eixo “Qualificação da prática clínica”, faremos o treinamento de toda a equipe das técnicas adequadas para realização das medidas e para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando estas técnicas na equipe. Orientaremos um acompanhamento periódico dessas crianças, principalmente pelos ACS, através das visitas domiciliares, identificando situações de risco social.

Meta 6: Monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com excesso de peso.

No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos semanalmente as crianças com déficit de peso, com consultas periódicas e agendadas em UBS, através dos prontuários, fichas espelhos e registro próprio da unidade. No eixo “Organização e gestão dos serviços” iremos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) para acompanhamento periódico, com diagnóstico e tratamento adequados, inclusive com visitas domiciliares, caso necessário. Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público” compartilharemos com os pais ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informaremos aos pais ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, assim como informaremos o atual desenvolvimento da criança e as condutas para o tratamento do excesso de peso, e estimularemos os pais ou responsáveis para presença em todas as consultas de puericultura e em grupos de atenção à saúde infantil. No eixo “Qualificação da prática clínica”, faremos o treinamento de toda a equipe das técnicas adequadas para realização das medidas e para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando estas técnicas na equipe. Orientaremos um acompanhamento periódico dessas crianças, principalmente pelos ACS, através das visitas domiciliares, identificando situações de risco social.

Meta 7: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. No eixo “Organização e gestão do serviço”, garantiremos encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. No eixo do “Engajamento público” compartilharemos com os pais ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, informando-os as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. No eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Meta 8: Vacinar 100% das crianças cadastradas no programa de acordo com a idade.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente o percentual de crianças com vacinas atrasadas e o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação e o atendimento imediato às crianças que precisam ser vacinadas, através do envio das vacinas pela SMS para zona rural, agendando vacinação para o dia da semana de vacinação na UBS ou em grupos de crianças ou, ainda, realizando a busca ativa em domicílio para administrar as vacinas em menor tempo possível, visto que não dispomos na UBS o serviço de vacinação. Em caso de crianças previamente cadastradas em programa, com ficha espelho, haverá agendamento prévio com a gestão municipal do envio das vacinas necessárias na data programada para administração. No eixo “Engajamento público” orientaremos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. No eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Meta 9: Realizar suplementação em 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos a dispensação do medicamento (suplemento), prescritos durante consultas de puericultura na UBS. No eixo “Engajamento público”

orientaremos os pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. No eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo do MS.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças em até 7 dias de vida.

No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos semanalmente o percentual de crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. No eixo “Organização e gestão do serviço”, tentaremos garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho, através da capacitação de profissional na UBS e disponibilização de material necessário para coleta do teste, visto que a unidade não dispõe deste serviço no momento. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. No eixo da “Qualificação da prática clínica” tentaremos realizar a capacitação do profissional de enfermagem da UBS para realizar o teste do pezinho e orientaremos toda equipe sobre a importância do teste.

Meta 11: Realizar escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 e 72 meses frequentadores de escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança realizadas durante grupos de crianças nas escolas. No eixo “Organização e gestão do serviço” disponibilizaremos os materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades e pactuaremos com as escolas as atividades programadas em cronograma de grupos para realização de ações coletivas de saúde bucal. Elaboraremos listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança. No eixo “Engajamento público”, iremos informar e sensibilizar a comunidade sobre as atividades nas escolas da área de abrangência da UBS, sensibilizando cuidadores e funcionários escolares sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Meta 12: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente os registros de todos os acompanhamentos das crianças na unidade de saúde. No eixo “Organização e gestão do serviço”, preencheremos a SIAB/folha de acompanhamento e implantaremos a ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuaremos com a equipe o registro das informações e definiremos a médica e o enfermeiro como responsáveis pelo monitoramento dos registros. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. No eixo da “Qualificação da prática clínica”, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Meta 13: Realizar a avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar semanalmente o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. No eixo “Organização e gestão do serviço” avaliaremos situações de risco durante consultas na UBS e visitas domiciliares, daremos prioridade no atendimento das crianças de alto risco, identificando-as na ficha espelho, com consultas periódicas agendadas na unidade ou sendo realizado visitas domiciliares para o acompanhamento, caso necessário. No eixo “Engajamento público” forneceremos orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. No eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos toda equipe na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, principalmente os ACS, identificando situações de risco à criança durante visitas domiciliares.

Meta 14: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas em saúde da criança.

No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos semanalmente o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuários ou fichas espelhos. No eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. Essas orientações serão fornecidas durante contato dos pais ou responsáveis com a equipe na UBS e durante visitas domiciliares pelo ACS, médico e/ou enfermeiro. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade sobre formas de prevenção de

acidentes na infância, principalmente sobre os acidentes domésticos. No eixo “Qualificação da prática clínica” informaremos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Meta 15: Colocar 100% das crianças, em idade de amamentação, para mamar durante a primeira consulta.

No eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos semanalmente as atividades de educação em saúde sobre o assunto, o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. No eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno, principalmente dos ACS durante visitas domiciliares, e os lactentes serão colocados para mamar durante consultas de puericultura avaliando a “técnica da pega” na amamentação e a frequência de mamadas oferecida à criança. As gestantes em serviço de pré-natal da UBS serão orientadas sobre a importância e benefícios do aleitamento materno. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. No eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Meta 16: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas no programa.

No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos semanalmente o registro das orientações em prontuários ou fichas espelhos. No eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional e essas orientações serão fornecidas durante contato dos pais ou responsáveis com a equipe na UBS e durante visitas domiciliares pelo ACS, médico e/ou enfermeiro. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças em todas as consultas do infante. No eixo “Qualificação da prática clínica”, faremos a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Meta 17: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da carie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores de escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No eixo “Monitoramento e avaliação”, iremos monitorar as atividades educativas coletivas. No eixo “Organização e gestão do serviço”, pactuaremos com as escolas para realizar atividades educativas durante grupos escolares programados no cronograma, durante o período da manhã, com identificação e organização dos conteúdos a serem trabalhados e dos materiais necessários nas atividades educativas. Faremos uma lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem das atividades. No eixo “Engajamento público” divulgaremos as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado da saúde do escolar, promoveremos a participação de membros da comunidade e das escolas na organização, planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações em saúde e esclareceremos a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. No eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, somando-se os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Meta 18: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

No eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos semanalmente as atividades educativas individuais. No eixo “Organização e gestão do serviço”, organizaremos o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual e essas orientações serão fornecidas durante contato dos pais ou responsáveis com a equipe na UBS e durante visitas domiciliares pelo ACS, médico e/ou enfermeiro. No eixo do “Engajamento público”, orientaremos familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção e esclareceremos a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Meta 19: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

No eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos as atividades educativas coletivas. No eixo “Organização e gestão do serviço”, pactuaremos com as escolas

para realizar atividades educativas durante grupos escolares programados no cronograma, durante o período da manhã, com identificação e organização dos conteúdos a serem trabalhados e dos materiais necessários nas atividades educativas. Faremos uma lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem das atividades. No eixo “Engajamento público”, divulgaremos as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado da saúde do escolar, promoveremos a participação de membros da comunidade e das escolas na organização, planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações em saúde e esclareceremos a comunidade sobre a necessidade do cuidado com a nutrição infantil. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade.

2.3.2. Indicadores

Meta1: ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

Indicador 1: Proporção de crianças entre 0 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.

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.

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

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

Meta 3: fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3: 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.

Meta 4: monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 4: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento com peso e comprimento/altura avaliados.

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

Meta 5: monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com déficit de peso.

Indicador 5: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

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

Meta 6: monitorar 100% das crianças cadastradas no programa com excesso de peso.

Indicador 6: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

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

Meta 7: monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 7: 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.

Meta 8: vacinar 100% das crianças cadastradas no programa de acordo com a idade.

Indicador 8: 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 no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: realizar suplementação de ferro em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 9: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador: número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 10: realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 10: 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.

Meta 11: realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 11: Proporção de crianças frequentadoras de creches que realizaram escovação supervisionada

Numerador: número de crianças que realizaram escovação supervisionada em creche.

Denominador: número de crianças frequentadoras de escolas.

Meta 12: manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 12: 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.

Meta 13: realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 13: 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.

Meta 14: dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 14: 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.

Meta 15: colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 15: Proporção 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.

Meta 16: fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 16: 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.

Meta 17: fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 17: 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 das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 18: Proporção de crianças frequentadoras de creches que 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.

Meta 19: fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 19: Proporção de crianças de frequentadores das escolas focos da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais

Numerador: número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: número de crianças frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Após discussão com a equipe sobre a análise situacional e consenso que o foco da intervenção deveria ser a melhoria da saúde da criança, adotamos para orientação e capacitação de toda a equipe, o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde de 2002, como fonte de conhecimento para implementação do programa de saúde infantil na unidade de saúde. Essa capacitação será realizada em primeira semana da intervenção, composta por todos os funcionários, inclusive a recepcionista, pois a mesma, muitas vezes, atua no acolhimento e informações a população, sendo disponibilizada uma cópia do protocolo e, diariamente em UBS após atendimento ao público, haverá reuniões para discussão de dúvidas sobre o manual.

Adotaremos a ficha espelho de saúde da criança, planilha de coleta de dados e caderno de registro próprio da unidade de saúde, os quais serão fornecidos por mim, sendo utilizadas diariamente em consultas de puericultura na UBS e em atividades de grupos com crianças em escolas, com preenchimento destes registros pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente na UBS em conjunto, por enfermeiro e médico, através das fichas espelho, prontuários e do caderno de registro próprio da unidade, e, posteriormente, as informações

pertinentes serão repassadas para toda equipe em reuniões semanais na UBS. Por exemplo, as crianças faltosas ao programa, quadro vacinal atrasado ou em situações de risco ao desenvolvimento infantil, serão informadas aos agentes comunitários para ser realizado busca ativa da criança em risco com visita domiciliar pelo médico, enfermeiro e ACS.

As consultas de puericultura e para agravos agudos a saúde do infante e a educação em saúde individual serão realizados diariamente na unidade de saúde em livre demanda ou em consultas agendadas para o acompanhamento periódico, com aferições e coletas de informações pertinentes ao protocolo de saúde infantil, através do uso de balança, antrômetro, fita métrica e caderneta da criança, sendo realizados durante consulta pelo médico.

As atividades em grupos de crianças serão realizadas em escolas e creches na área de abrangência da unidade durante a segunda e terceira semanas de intervenção, sendo realizadas consultas de puericultura e ações de educação em saúde em coletivo, com organização, planejamento e execução realizados pela equipe de saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários e médico), professor e funcionários da instituição educativa.

As buscas ativas em puericultura serão realizadas semanalmente, quando existirem crianças faltosas, em alto risco de desenvolvimento ou com quadro vacinal incompleto para idade, pelos agentes comunitários semanalmente em área de abrangência da unidade, e caso não haja uma regularização do acompanhamento em UBS após busca, haverá visitas domiciliares compostas pelo médico, enfermeiro e ACS com avaliação e condutas em domicilio em adequação ao serviço de saúde infantil.

As ações de educação em saúde coletivas (nutrição, prevenção de acidentes, amamentação e saúde bucal) ocorrerão em escolas durante as atividades em grupos, com disponibilização de materiais necessários (escovas de dente, creme dental e material didático) por mim, sendo executadas pela equipe de saúde presente e funcionários da instituição escolar. Assim como, as ações de educação em saúde individual, as mesmas acima citadas, ocorrerão em unidade de saúde diariamente, durante consultas de puericultura e agravos agudos a saúde, pelo médico e enfermeiro.

Como não dispomos do serviço de vacinação diariamente em unidade de saúde, devido à instabilidade do fornecimento de energia elétrica em zona rural, a

3- Relatório de intervenção

3.1. Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldade encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Na UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, em zona rural de Capixaba- Acre, a implementação do programa de saúde da criança, através do projeto de intervenção, proporcionou situações de fácil e difícil execução das ações, principalmente no quesito de qualidade da assistência à saúde oferecida à população.

Os cadastramentos e atendimentos clínicos às crianças ocorreram de forma satisfatória, diariamente na UBS em livre demanda ou em consultas periódicas agendadas, com eficácia no rastreio, diagnóstico e tratamento das crianças em risco e acompanhamento adequado de todas as crianças participantes do programa.

O engajamento da população, na minha análise, foi o maior ponto positivo da intervenção, pois participaram e ainda colaboraram com todas as ações, seja na simples atitude de divulgar o programa para seus vizinhos ou em grandes atitudes como caminhar quilômetros com seu filho para somente realizar uma consulta de puericultura na UBS. Todos os pais, uns mais e outros menos, de acordo com sua realidade, executaram as orientações fornecidas com resultados satisfatórios, porém ainda em construção.

O acompanhamento clínico com as consultas de retorno ocorreu adequadamente com poucos casos necessitando de buscas ativas, tanto para consultas de rotina, conforme calendário do MS, quanto para acompanhamento de situações de risco. Observei que houve mais faltosos às consultas de rotina, provavelmente pela dificuldade de acesso físico à UBS associado à criança com bom desenvolvimento. Todas as consultas de retorno foram agendadas previamente, sendo informado também ao ACS, durante a manhã, e priorizado o dia da semana com maior disponibilidade de tempo dos pais, sem dificuldades.

Todos os faltosos às consultas receberam busca ativa sem maiores dificuldades, realizadas por mim e ACS, sendo importantes as visitas domiciliares para compreensão, de alguns casos, da realidade socioeconômica familiar e dos motivos de falta à consulta, influenciando muitas vezes na conduta clínica para seguimento destes pacientes. Sem dúvidas, foram enriquecedoras pra mim,

profissional e pessoalmente, pois pude observar realidades de vida nunca presenciadas e aprender que alguns dos “motivos e causas” do diagnóstico no consultório serão compreendidos na visita domiciliar.

O engajamento de toda equipe foi imprescindível para intervenção, em destaque aos agentes comunitários, que incansavelmente informaram a respeito do programa e mobilizaram a população, assim como a imensa colaboração do enfermeiro em todas as ações, realizando integralmente suas funções. Os funcionários das escolas onde ocorreram os grupos também colaboraram de forma importante na concretização dos grupos.

O contato com as lideranças comunitárias, no início da intervenção, ocorreu sem intercorrências e com entusiasmo, pois, desde a fundação da UBS, nunca houve um programa destinado a saúde infantil. Obtive a confirmação de participação e divulgação do programa sem qualquer hesitação, com a concretização desta parceria, no decorrer da intervenção, através do excelente engajamento da população.

Os dois grupos ocorreram, conforme cronograma, em escolas municipais de educação, com as crianças frequentadoras das escolas acima de 4 anos de idade, não havendo a realização da vacinação, pois a SMS não enviou as vacinas. Houve participação da maioria das crianças, dos pais e a colaboração imprescindível dos funcionários da escola, enfermeiro e ACS. Foram realizadas as ações de atendimento clínico e cadastramento, prevenção de acidentes, educação em nutrição e saúde bucal, individual e coletivamente, assim como a escovação supervisionada, citada acima, sem dificuldades. As palestras em educação em saúde e escovação supervisionada foram prazerosas e sem empecilhos, e motivos de aprendizagem com descontração das crianças, sendo realizadas e com fornecimento de todo material por mim, inclusive os vídeos e cartazes didáticos. Além das crianças frequentadoras das escolas, houve também a participação em todas as ações de outras crianças, irmãos dos escolares e que ainda não estavam em idade escolar, trazidas pelos pais.

A capacitação e estabelecimento do papel de toda a equipe ocorreu sem intercorrências, conforme cronograma, devido engajamento de todos.

Ainda referente aos grupos, cadastros e capacitação, não obtivemos impressos (fichas espelho e protocolos do MS) e insumos utilizados nos grupos (escova de dentes, creme dental, material didático para palestras, transporte para

equipe e lanches) pela SMS, sendo tudo disponibilizado por mim e, com empenho da equipe, essas ações foram cumpridas totalmente.

As monitorizações ocorreram semanalmente, conforme cronograma, realizadas por mim e enfermeiro, e depois repassadas as informações a equipe e responsável pela atenção básica na SMS, bem como atualização dos cadastros em UBS. Não houve intercorrência na monitorização.

A primeira dificuldade enfrentada foi o início da intervenção em 09 de dezembro de 2013. Esse atraso foi devido à dificuldade de acesso à internet no município, isolamento geográfico da comunidade e ausência de telefone em UBS, impossibilitando o acesso às atividades semanais, pois precisei me deslocar, aproximadamente 60 quilômetros, para capital do estado, Rio Branco, sem ajuda de custos para ter acesso a internet frequente. Essa dificuldade foi relatada desde março de 2013 ao orientador da pós-graduação e ao supervisor do PROVAB.

Devido a indisponibilidade de equipe bucal na UBS, somente as ações de educação em saúde bucal foram realizadas, como prevenção de cáries e escovação supervisionada, devido ter governabilidade para executá-las, sendo realizadas sem intercorrências e com cumprimento integral. Todas as crianças tiveram orientações em prevenção de cáries, seja individualmente na UBS ou em grupos nas escolas. A escovação supervisionada foi realizada somente em grupos nas escolas, conforme exigência na planilha de coleta de dados, portanto, todas as crianças que participaram dos grupos receberam escova de dente e creme dental, doadas por mim, e realizaram a escovação. Algumas crianças frequentadoras das escolas, mas que faltaram a atividade de grupo, não tiveram escovação. Entretanto, outras crianças que não frequentavam creches/escolas, mas foram trazidas pelos pais para participar do grupo, realizaram a escovação supervisionada em grupo.

Apesar da pactuação com a SMS para enviar as vacinas durante os grupos escolares e em um dia da semana para UBS, não conseguimos realizar a vacinação, pois não houve o envio das vacinas.

Julgo que desde o início do meu trabalho na UBS, desde março de 2013, minha felicidade e realização como médica da UBS foi o contato com uma população amistosa e humilde, carente de assistência médica e inteiramente participativa e ouvinte de todas as orientações e ações da unidade. Em toda intervenção, acredito que essas características da população tornaram os indicadores de participação como destaque do programa. Diferentemente da difícil e,

praticamente, inexistente participação da gestão pública, durante a intervenção, o que influenciou negativamente nos indicadores de qualidade a saúde.

A UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, atualmente, apresenta o serviço de puericultura incorporado na rotina da UBS e nas atribuições de cada profissional de saúde, ofertando atendimento longitudinal e em constante melhoria para as crianças da comunidade.

3.2. Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Dado o início da intervenção, nem todas as atividades previstas em objetivos e metas foram realizadas.

Há mais de dois anos a UBS não dispunha de energia elétrica, água e telefone, havendo o reestabelecimento da energia no mês de agosto de 2013. Mesmo após o retorno da energia elétrica, não dispomos de vacinas armazenadas em unidade, nem foco de luz para preventivos de colo do útero e nebulização, pois a região apresenta frequentes quedas de energia levando dias para a solução do problema, havendo grande possibilidade de perda ou uso inadequado das vacinas pelo ambiente mal refrigerado. Então, durante a logística, com confirmação de participação da SMS, ficou estabelecido que a meta de vacinação seria realizada durante grupos em escolas e em um dia por semana na UBS, pois a secretaria enviaria as vacinas. Porém, tentamos realizar a vacinação através desse envio durante os dois grupos, sem sucesso, devido a falta de transporte para levar as vacinas para zona rural. Fato que infelizmente ocorreu, acredito que por falta de organização e planejamento das ações pela secretaria, pois foi avisado ao responsável pela atenção básica com antecedência as datas, horários e locais dos grupos, com inclusive confirmação que estariam enviando. Outro episódio, foi a programação de um dia de vacinação na UBS, porém novamente não enviaram as vacinas. Situações frustrantes pra mim e, principalmente, para população, pois pais se deslocaram em uma região de grandes distâncias, de difícil acesso por ruas de barro e sem transporte público, muitas vezes andando vários quilômetros com as crianças para realizar vacinação, conforme informado, e não a fizeram. Alguns pais ficaram chateados, com razão, e percebi que alguns mencionaram a “falta de

compromisso” de toda a equipe, mesmo após informado que a falta de vacinas era pelo não envio das vacinas pela secretaria, ocasionando uma situação de frustração, impotência e constrangimento em toda a equipe. Portanto, durante as monitorizações semanais analisamos o número de crianças com atraso vacinal e informamos aos responsáveis da atenção básica, enfatizamos a importância da atualização do quadro vacinal aos pais e orientamos quais unidades de saúde oferecem vacinação diária. Apesar dessa dificuldade, algumas crianças retornaram a UBS com quadro vacinal atualizado. Outro ponto importante é mencionar que a SMS realiza, esporadicamente, ações de vacinação em zona rural com aviso prévio à comunidade, e que informei aos pais e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os dias e locais dessas ações. Concluo que a UBS realmente não dispõe de estrutura física mínima para ter vacinas armazenadas e que a SMS tem ações individualizadas para atingir suas metas de vacinação do município, portanto, talvez, não julgaram importante a colaboração com nossa intervenção frente às outras dificuldades da secretaria.

Desde o início de minhas atividades em 2013, fui informada que não havia equipe de saúde bucal disponível na UBS e que consultas odontológicas somente ocorriam em zona urbana, aproximadamente, 20 a 30 quilômetros da região abrangente. Após conversa com odontólogos, os quais atendem na atenção básica, e com responsável da SMS, fui informada que o município tem uma demanda grande destes atendimentos com dificuldade de acolher todos esses usuários, porém, em todo município, há somente dois odontólogos para todas as ações de saúde bucal. Diante do exposto, ainda tentei obter a participação destes na intervenção, porém toda a equipe encontrava-se sobrecarregada com indisponibilidade de tempo para palestras e com difícil agendamento de novos pacientes. Devido observar a péssima saúde bucal da população que assisto, conversei pessoalmente com odontólogo, o qual disponibilizou agendamentos de casos graves encaminhados por mim, mas enfatizou que não conseguiriam atender toda a demanda do município, não havendo possibilidade de encaminhamentos para as consultas de rotina ou de rastreio para agravos bucais. Portanto, em nosso Programa de Saúde da Criança, não disponibilizamos algumas metas de saúde bucal que necessitavam da execução por um profissional odontólogo.

Todo o município não disponibiliza a realização do teste auditivo (orelhinha), devido à falta de profissional fonoaudiólogo em quadro municipal e aparelho

necessário para realização do mesmo. Durante projeto foi questionado a gestão municipal de saúde a possível realização deste exame, sem qualquer perspectiva de disponibilização, e se havia possibilidade de encaminhamento das crianças em puericultura para um centro em capital do estado que realiza esse teste, porém sem êxito também, pois foi informado que não há fluxo de pacientes para exames de rastreio em puericultura nestes centros, somente disponíveis encaminhamentos para crianças com risco de perda auditiva congênita.

Na UBS não é realizado a coleta de teste do pezinho. Muitos pacientes, devido o parto ter sido em maternidade referenciada na capital do estado, retornam para zona rural com coleta já realizada no pós-parto e outras realizam a coleta em UBS da zona urbana no próprio município de Capixaba, porém foram identificadas algumas crianças que não realizaram o teste em área de abrangência. Questionado à gestão municipal a possibilidade de oferta deste exame em UBS, foi informado que necessitava haver capacitação de um profissional em UBS para posteriormente ter a coleta e que, pelo curto prazo de poucos meses, não seria possível, mas comprometeram-se, em breve, de implementar a coleta do teste do pezinho na UBS.

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

A coleta de dados e a sistematização de dados ocorreram de forma satisfatória e sem intercorrências.

A dificuldade encontrada na planilha de coleta de dados foi a ausência de disponibilização do acesso aos gráficos obtidos em indicadores, para confecção de texto dos resultados. Após algumas tentativas e identificação dos erros em planilha, conseguimos solucionar estas intercorrências sem qualquer prejuízo ao trabalho.

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

O acompanhamento regular com atendimentos clínicos, a manutenção e o monitoramento dos registros e as ações de educação em saúde entre a população

infantil da área de abrangência da UBS estão bem estabelecidas e incorporadas a rotina de toda equipe de saúde, com engajamento público satisfatório. Será mantido o programa de puericultura na rotina da UBS, pois a equipe e comunidade estão engajadas em manter esse serviço na unidade.

Durante todo planejamento e execução da intervenção foi dialogado com o Secretário Municipal de Saúde sobre a necessidade do estabelecimento da vacinação em UBS. Visto que trata-se de uma ação primordial na promoção da saúde infantil. Apesar das tentativas frustradas, durante esses 3 meses, houve compreensão pela SMS dessa necessidade e compromisso de priorizar o envio das vacinas à UBS. A vacinação será feita em dias específicos na semana e entrará na rotina de funcionamento da unidade, com identificação das crianças em atraso vacinal durante consultas, grupos e visitas domiciliares, sendo feito o agendamento da vacinação nestes dias específicos na UBS. Essa será uma ação em conjunto do médico, enfermeiro, ACS e SMS.

Houve também o compromisso firmado com a equipe, pela SMS, de realizar a capacitação profissional para coleta do teste do pezinho, já que devido ao curto do planejamento e execução da intervenção, não teve tempo hábil para SMS realizar tal capacitação. Devido isolamento geográfico da região e o desejo constante de melhoria da saúde local, acredito que, após capacitação profissional e disponibilização pela gestão do material necessário e transporte das coletas, essa será uma ação de fácil execução na UBS, proporcionando um avanço na assistência à saúde infantil.

Infelizmente o teste auditivo (“teste da orelhinha”) em puericultura não tem previsão de disponibilização para comunidade. A SMS argumenta que não há possibilidade, neste momento, de aquisição de equipamento utilizado e fonoaudiólogo para execução do teste. A viabilidade deste serviço para a comunidade seria possível se houvesse um serviço de referência disponível pela SMS, mesmo em outro município, no qual as crianças pudessem ser encaminhadas para realização do teste auditivo em puericultura. Essa estratégia foi questionada à gestão municipal e está sendo avaliada pela SMS.

As ações coletivas durante grupos escolares, como escovação supervisionada e orientações em saúde bucal e nutricional, devem ter uma nova estratégia de execução. Essa estratégia seria ter grupos escolares mensais ou quinzenais, inseridos na rotina escolar, atingindo um maior número de crianças

frequentadoras das escolas, com monitorização regular e manutenção da lista de frequência dos participantes em cada ação. Acredito que a execução dos grupos na UBS não atingiria um número satisfatório de crianças, pois a região é de difícil acesso para os moradores com dificuldade de meios de transportes, portanto irmos ao encontro das crianças e pais nas escolas, conforme rotina escolar, torna a ação mais viável e eficaz na cobertura da população infantil.

O incentivo à amamentação infantil deve ser orientado desde as consultas de pré-natal e enfatizado durante as consultas e palestras em puericultura. O objetivo de melhoria deste indicador, a capacitação da “técnica da pega” na amamentação e as orientações da importância do leite materno foram repassadas para toda equipe, principalmente aos ACS, para que essa ação não seja feita somente durante consultas e grupos, mas também em domicílios. Um maior engajamento da equipe nesta ação proporcionaria uma maior adesão ao aleitamento materno exclusivo e isso foi destacado durante as reuniões de monitoramento da intervenção, tornando-se um compromisso de todos da equipe.

A saúde bucal, apesar de respostas negativas da participação da equipe bucal na intervenção, acredito que poderia haver assistência bucal à população local, caso houvesse disponibilização, pela gestão municipal, de dias específicos de atendimento bucal na zona urbana para a população rural. Os usuários seriam atendidos em zona urbana com agendamento prévio da consulta, enquanto não há equipe bucal na zona rural. Essa estratégia foi repassada a SMS, durante planejamento e execução da intervenção, sem respostas favoráveis, porém a gestão iria avaliar a forma de viabilizar tal serviço em zona rural.

4- Avaliação da intervenção

4.1. Resultados

Após a implementação de 12 semanas do projeto de intervenção na Saúde da Criança, chegamos a uma cobertura de 88,2% (82) do total das crianças entre zero a 72 meses de idade pertencentes a área de abrangência desta UBS. A população total da área adscrita é em torno de 1245 pessoas e destas 93 fazem parte da população alvo da intervenção. Ao longo de 3 meses de intervenção,

observou-se ascensão do número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança, sendo que no 1º mês tínhamos 75 (80,6%) crianças inscritas, ao 2º mês 83 (89,2%) e ao 3º mês 82 (88,2%) (**Figura 2**). O percentual decrescente entre o 2º e 3º mês foi devido a exclusão de crianças maiores de 72 meses de idade da planilha de coleta de dados, neste período. A meta para este indicador era o de ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%, portanto foi atingida.

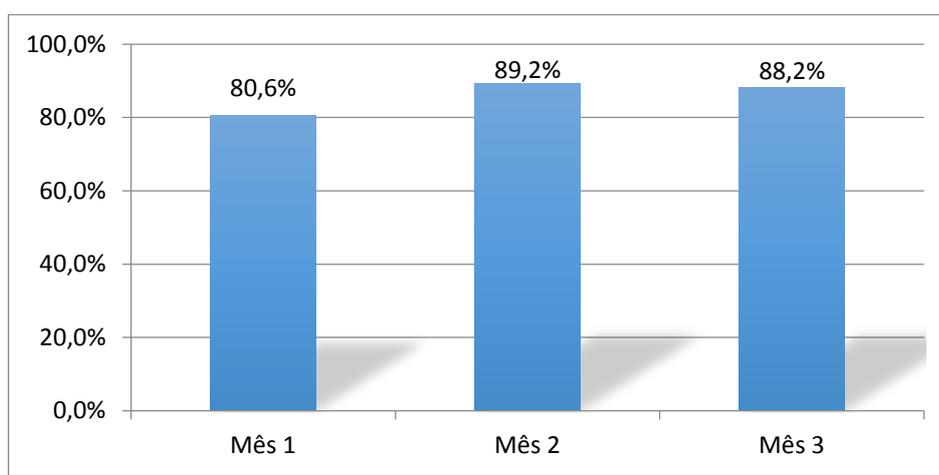


Figura 2: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Em relação a primeira consulta de puericultura, tivemos 82 crianças com relato de realização de primeira consulta em menos de 7 dias de vida, o equivalente a 100% do número total de crianças cadastradas no final da intervenção. No 1º mês de intervenção, tivemos 75 (100%) das crianças cadastradas com consulta nos primeiros 7 dias de vida, no 2º mês 83 (100%) e no 3º mês 82 (100%). A meta, para este indicador, seria realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas da área de abrangência da UBS, portanto foi atingida. O município de Capixaba não dispõe de maternidade ou serviço hospitalar de assistência ao parto, logo as gestantes com data próxima a data provável do parto ou em início de trabalho de parto são encaminhadas para maternidade de referência em capital do estado (Maternidade Bárbara Heliodora) e após alta hospitalar as puérperas e recém-nascidos geralmente realizam a primeira consulta de puericultura em Atenção Básica ou Hospital da Criança na capital, pois muitas vezes não conseguem se deslocar até o município neste período de 7 dias. Durante toda intervenção, as gestantes acompanhadas na UBS não entraram em trabalho de

parto e não houve informação pelos ACS de recém-nascidos em suas áreas. Após o início do ambulatório de puericultura, os recém-nascidos estão sendo acompanhados globalmente em caráter curativo e preventivo, com busca das grávidas desde o pré-natal e orientação as mesmas a respeito da importância do acompanhamento precoce de seus recém-nascidos e a possibilidade de realização da primeira consulta em puericultura na UBS próximo a sua casa. Com a concretização do ambulatório de puericultura na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de recém-nascidos com realização de primeira consulta na UBS antes dos 7 dias de vida aumente com o acompanhamento periódico do programa da saúde da criança.

Devido à ausência de equipe de saúde bucal na UBS (zona rural) e indisponibilidade da única equipe de saúde bucal do município em zona urbana, não houve ações coletivas e individuais de exame bucal para a população alvo. Infelizmente a ausência deste serviço resulta em uma assistência à saúde insatisfatória para toda população, e não somente à saúde infantil, culminando em alguns indicadores inexistentes de assistência à saúde bucal em puericultura. Com a continuidade do projeto nesta UBS e compreensão da gestão pública da importância do serviço de saúde bucal para a população, espera-se disponibilização de equipe de saúde bucal para área de abrangência e um maior diálogo com a equipe clínica, com projetos e sugestões planejados bilateralmente.

As metas de ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco), realizar a primeira consulta odontológica em população alvo, ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais e fazer busca ativa das crianças de 6 a 72 meses da área com primeira consulta odontológicas faltosas às consultas ficaram determinadas, em projeto, que seriam discutidas em conjunto com a gestão pública e equipe de saúde bucal a possível disponibilização do serviço de saúde bucal na intervenção. Após tentativas frustradas de discussão com a gestão municipal e equipe bucal, durante toda intervenção, para obter participação da equipe de saúde bucal, não conseguimos realizar estas ações de puericultura por ausência de equipe disponível.

Entre o total de crianças cadastradas no programa de puericultura, 7 delas faltaram as consultas de retorno na UBS, sendo realizadas buscas ativas com êxito em 7 crianças faltosas, o equivalente a 100% das buscas. No 1º mês houve 1 faltoso e 1 busca (100%), no 2º mês, 6 faltosos e 6 buscas (100%) e no 3º mês, 7 faltosos e 7 buscas (100%). A meta para este indicador era o de fazer busca ativa em 80% das crianças faltosas às consultas, portanto foi atingida. Apesar do número pequeno de faltosos às consultas, mas crescente nos meses, observamos que as faltas ocorreram principalmente nas crianças híginas com bom crescimento e desenvolvimento, com poucas faltas nos retornos em situações de risco ao desenvolvimento infantil. Compreendemos a dificuldade de acesso físico à UBS enfrentada pela comunidade e, talvez, este tenha sido o maior fator para tal aumento no número e, principalmente, entre as crianças sabidamente com adequado desenvolvimento. Apesar disto, a equipe considerou o resultado satisfatório, acreditando que a continuidade do programa ampliará ainda mais os convites e busca ativa desta população alvo.

Em toda intervenção, o monitoramento do crescimento foi avaliado em 100% das crianças, o que equivale aos 82 infantes cadastrados no programa no final da intervenção. No 1º mês foram avaliadas 75 crianças com dados de peso, comprimento/altura, no 2º mês 83 crianças e no 3º mês 82 crianças. Todos os meses com 100% das crianças avaliadas. A meta para este indicador foi monitorar o crescimento em 100% das crianças, logo foi atingida. Após a intervenção, toda a equipe ficou com perspectivas extremamente positivas de manter o indicador com a continuidade do programa.

Ao monitoramento do peso, 5 crianças foram identificadas com déficit de peso durante os 3 meses de intervenção e todas (100%) estão em avaliação mais criteriosa pela equipe de saúde. No 1º mês foram identificadas 3 crianças com déficit ponderal, no 2º mês 4 crianças e ao 3º mês 5 crianças. A meta para este indicador foi monitorar 100% das crianças com déficit de peso, logo foi atingida com êxito. A equipe continuará monitorando essas crianças e todas encontram-se em acompanhamento conjunto com a pediatria.

Em relação ao excesso de peso, foram identificadas 5 crianças durante os 3 meses de intervenção e todas (100%) estão também sob avaliação mais rigorosa pela equipe. No 1º mês foram identificadas 3 crianças com excesso de peso, no 2º mês 4 crianças e ao 3º mês 5 crianças. A meta para este indicador foi monitorar 100% das crianças com excesso de peso, portanto foi atingida com êxito. Todas estas crianças foram encaminhadas à nutricionista e algumas para pediatria, conforme julgamento clínico, para acompanhamento em conjunto, além dos mesmos e seus responsáveis serem prioridade ao convite para às consultas de retorno. Esses dados relativos a avaliação nutricional refletem a tendência atual da obesidade infantil e/ou sobrepeso como epidemia mundial, doença marcante outrora de países desenvolvidos, demonstrando ainda que o Brasil convive com o presente e o passado de mazelas nutricionais na figura da desnutrição infantil e atualmente a obesidade.

Ao monitoramento do desenvolvimento foram avaliadas 82 crianças durante toda a intervenção, o que equivale a 100% das crianças acompanhadas no programa pertencentes à área de abrangência no final da intervenção. No 1º mês foram avaliadas 75 (100%) crianças, no 2º mês 83 (100%) crianças e ao 3º mês 82 (100%) crianças. A meta para este indicador foi monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, portanto foi atingida com êxito. Com a continuidade do programa, a expectativa é de manutenção do monitoramento do desenvolvimento infantil de forma satisfatória e construtiva para o programa.

Em relação ao calendário vacinal atualizado, 71 crianças o têm, no final da intervenção, o que equivale a 86,6% do total de crianças participantes da intervenção. No 1º mês foram identificadas 64 crianças com calendário vacinal atualizado (85,3%), no 2º mês 71 crianças com total de 85,5% das crianças vacinadas e ao 3º mês 71 crianças com total de 86,6% das crianças inscritas vacinadas (**Figura 3**). A meta para este indicador foi identificar a atualização do calendário vacinal em 100% das crianças, portanto não foi atingida. Onze crianças estão em atraso do calendário vacinal, no 3º mês, e em todas foi detectado atraso de uma ou mais vacinas. Acreditamos que a meta não foi atingida, principalmente, pela falta de vacinação na UBS e ausência dos dias de vacinação em UBS e grupos, devido ao não envio das vacinas pela gestão municipal. Esperamos que em breve

seja estabelecida a vacinação em UBS para uma adequada assistência de puericultura a essa população.

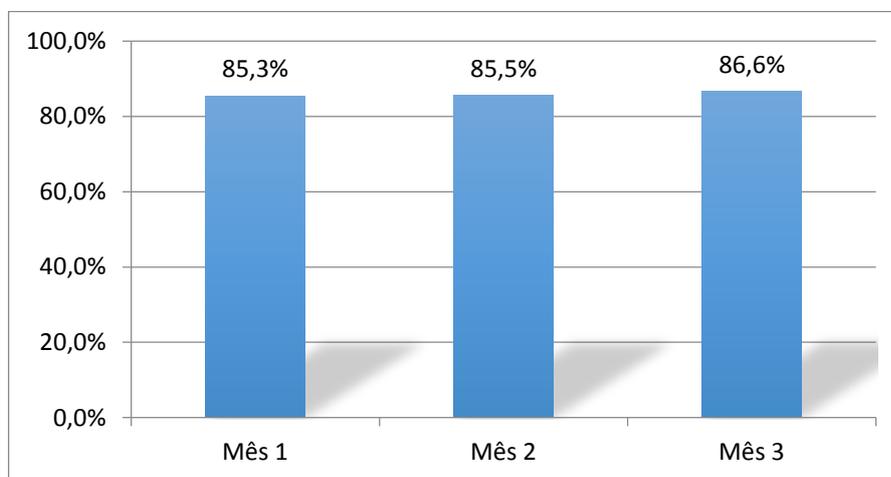


Figura 3: Proporção de crianças com vacinação em dia para idade.

Em relação a suplementação de ferro, 100% das crianças entre 6 e 18 meses estão em suplementação. No 1º mês foram identificadas 15 (100%) crianças em suplementação de ferro, no 2º mês também 16 (100%) crianças e ao 3º mês 18 (100%) crianças. A meta para este indicador foi realizar a suplementação de ferro em 100% das crianças, portanto foi atingida satisfatoriamente. Essa situação favorável se deve a suplementação profilática realizada nas crianças da área de abrangência anteriormente ao início do projeto de puericultura, durante o atendimento em livre demanda anteriormente realizado a estas crianças. Vale ressaltar que a suplementação de ferro também é realizada em bebês menores de 6 meses em que as mães não mantiveram o aleitamento materno e sofreram desmame precoce ou nos prematuros mesmo sob aleitamento materno exclusivo. Entretanto, estas crianças não entraram nos dados dos indicadores por não pertencerem a faixa etária de 6-72 meses, apesar de estarem sendo suplementados com sal de ferro.

Nenhuma criança da área de abrangência foi submetida ao teste do ouvidinho (triagem auditiva) durante toda a intervenção, pois este teste é realizado somente na capital do Estado do Acre e não foi disponibilizado exame pela gestão municipal. A ausência deste serviço no município foi relatada no projeto de intervenção e seria discutida com a gestão pública, logo não houve valor de meta

estimada para o indicador de crianças com triagem auditiva. Após tentativas frustradas de obtenção deste exame, não houve realização desta ação de puericultura. Essa avaliação só é realizada na capital do Estado e, segundo informações da gestão, não há fluxograma definido de encaminhamento das crianças para exame de rastreio em capital do estado. Durante discussão com a gestão pública também foi informado que o município não dispõe de profissional fonoaudiólogo e sem previsão de contratação deste ou aquisição do aparelho para realização da avaliação neonatal. As mães que fazem acompanhamento pré-natal em nossa UBS estão sendo informadas da existência desta avaliação como sendo rotineira a todo recém-nascido e aconselhando-as a exigir a realização do mesmo a seus filhos na maternidade referência e/ou nos locais de nascimento do bebê. Esperamos que após informações clínicas da importância desse exame para uma puericultura satisfatória, a gestão municipal proporcione esta avaliação para sua população infantil.

Em relação ao teste do pezinho, 75 crianças, durante toda intervenção, o realizaram antes dos 7 dias de vida (91,5% das crianças cadastradas em programa). No 1º mês foram identificadas 67 crianças que realizaram o teste antes dos 7 dias de vida (89,3%), no 2º mês 75 crianças com total de 90,4% das crianças inscritas e acompanhadas em programa e ao 3º mês 75 crianças com total de 91,5% das crianças participantes do programa que realizaram esse teste (**Figura 4**). A meta para este indicador foi realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, portanto não foi atingida. A UBS não realiza coleta de teste de pezinho e durante intervenção foi discutido com a gestão pública a possibilidade de obtenção da coleta destes exames em UBS, porém sem êxito. Provavelmente, a meta não atingida deve-se a ausência deste exame em UBS, principalmente, pela região ser de difícil locomoção, dificultando o acesso da população a esses exames.

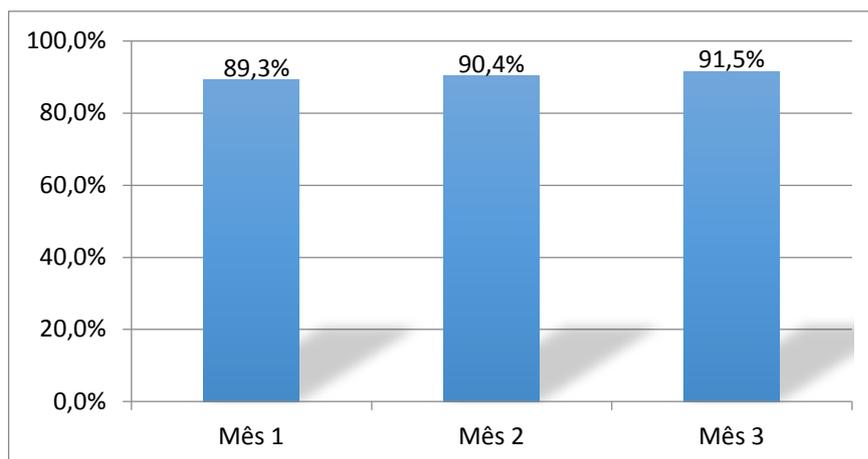


Figura 4: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Em relação a escovação supervisionada em crianças frequentadoras de creches, 25 crianças realizaram escovação supervisionada com creme dental, equivalendo 86,2% do número total de crianças frequentadoras de escolas que foi de 29 crianças no final da intervenção. A escovação foi realizada somente em grupos, os quais ocorreram somente no primeiro mês, conforme cronograma. Obtendo 34 crianças (97,1%) no 1º mês, 30 crianças (88,2%) no 2º mês e 25 crianças (86,2%) no 3º mês de escovação entre este grupo de crianças (**Figura 5**). O percentual decrescente obtido em cada mês foi devido aos novos cadastros no programa na UBS, no 2º e 3º meses, de crianças frequentadoras de escolas e que não participaram dos grupos escolares realizados somente no 1º mês, logo não realizaram escovação supervisionada em grupo. Outra explicação para o percentual decrescente é a exclusão de algumas crianças maiores de 72 meses de idade da planilha de coleta de dados no 2º e/ou 3º mês. Vale salientar que outras crianças também realizaram escovação por estarem presentes durante os grupos nas escolas, mas não eram frequentadoras destas, logo sem valor estatístico para o indicador. A meta de realizar escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 e 72 meses frequentadores de escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde não foi atingida, por que algumas crianças frequentadoras de creches não compareceram à escola nos dias programados para os grupos, mas todas as crianças presentes nos grupos realizaram a escovação. Apesar de não ter atingido a meta estimada, a equipe conseguiu uma significativa cobertura, visto que antes do programa de saúde da criança a maioria destas crianças jamais teve contato com a monitorização ou

educação em escovação dos dentes. Inclusive algumas não possuíam escovas de dentes em seu domicílio para o uso, sem qualquer conhecimento da forma correta da escovação, sendo doados todo o material necessário. Após esse primeiro contato com a escovação supervisionada e conscientização da equipe de saúde da UBS e dos profissionais escolares da carência dessas ações de educação em saúde bucal e sua importância, esperamos que essa atividade seja continuada na puericultura em UBS, durante as visitas domiciliares pelos ACS e em ambiente escolar, como foi demonstrado preocupação e interesse em implementar essa ação no calendário de atividades escolares.

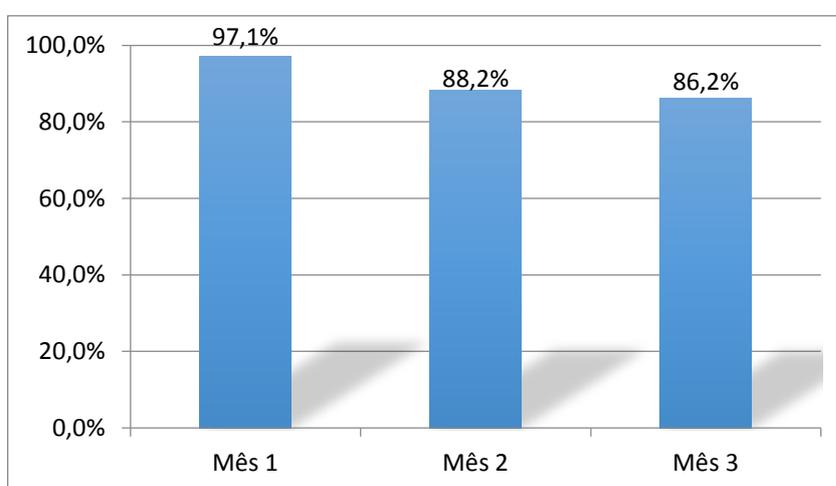


Figura 5: Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental.

A meta para o indicador de concluir o tratamento odontológico das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática e orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para os responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde ficaram determinadas em projeto, que seriam discutidas em conjunto com a gestão pública e equipe de saúde bucal a possível disponibilização do serviço de saúde bucal na intervenção. Após tentativas frustradas de discussão com a gestão municipal e equipe bucal, durante toda intervenção, de obter participação da equipe de saúde bucal, não conseguimos realizar esta ação de puericultura, por ausência de equipe disponível.

No registro das crianças estão atualizados proporcionalmente 100% dos registros, o que equivale a 82 crianças cadastradas no programa no final da intervenção. No 1º mês foram identificadas 75 crianças com registro adequado em fichas-espelho, no 2º mês 83 crianças e ao 3º mês 82 crianças. Todos os meses atingindo 100% das crianças cadastradas. A meta para este indicador foi manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço, logo foi atingida com adequado acompanhamento.

Em relação as crianças com avaliação de risco, este foi realizado em 100% dos infantes, o equivalente a 82 crianças acompanhadas no programa no final da intervenção. No 1º mês foram feitas avaliações de situações de riscos em 75 crianças, no 2º mês 83 crianças e ao 3º mês 82 crianças, logo, todos os meses, 100% das crianças cadastradas foram avaliadas. A meta para este indicador foi realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, portanto foi atingida. Com a continuidade do programa, a expectativa é de manutenção da avaliação de risco de forma satisfatória e construtiva para o programa.

As mães das crianças consultadas, no final da intervenção, (82) receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, o que equivale a 100% dos responsáveis. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância foi 75 (100%), no 2º mês 83 (100%) e ao 3º mês 82 (100%). A meta para este indicador foi dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, logo foi atingida. Essa meta foi considerada positiva pela equipe e como estímulo para prosseguir realizando prevenção e educação em saúde com a continuidade do programa.

No final da intervenção, o número de crianças que foram colocadas para mamar em sua primeira consulta de puericultura, foi o equivalente a 95,1% de todas as crianças cadastradas no programa, o que representa 82 crianças. No 1º mês o número de crianças foi 71 (94,7%), no 2º mês 79 (95,2%) e ao 3º mês 78 (95,1%) (**Figura 6**). O percentual decrescente entre o 2º e 3º mês foi devido a exclusão de crianças maiores de 72 meses de idade da planilha de coleta de dados. A meta para este indicador foi colocar 100% das crianças cadastradas no programa para mamar

durante a primeira consulta, logo não foi atingida. Durante toda intervenção, não houveram recém-nascidos na comunidade e a maioria das crianças tiveram sua primeira consulta em puericultura em outros serviços de atenção básica, principalmente na capital do estado, onde os partos são realizados. Logo, esses resultados foram obtidos através do questionamento às mães/responsáveis, durante consulta, se a criança foi colocada para amamentar na primeira consulta de puericultura. Infelizmente o desmame precoce ainda é fato observado nesta população alvo e todos os esforços de orientação a esta comunidade serão revistos e amplificados para continuidade do aleitamento materno de nossos infantes.

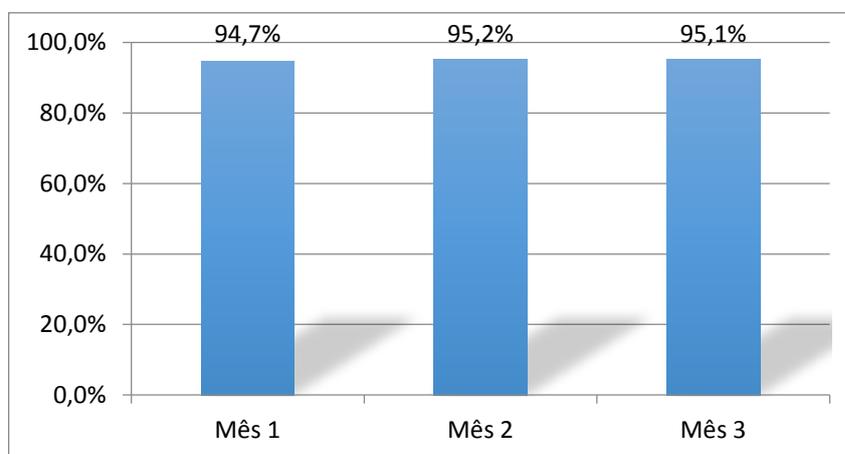


Figura 6: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Em relação as mães que receberam orientação individual sobre nutrição para faixa etária, 82 responsáveis (100% das crianças cadastradas no programa) receberam essa informação durante consulta em UBS ou em grupos nos atendimentos individuais. No 1º mês 75 responsáveis receberam essas informações, no 2º mês foram 83 e no 3º mês 82, logo em todos os meses atingiu 100% da população alvo. A meta para este indicador foi fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, logo foi atingida. Esperamos que com a continuidade do programa o embasamento maior do ACS para orientações nas visitas domiciliares à comunidade, aos responsáveis da população alvo e a continuidade das palestras somem a qualidade das orientações nutricionais a nossa população da área de abrangência em foco.

Ao que tange sobre as orientações coletivas de higiene bucal e etiologia para prevenção de cáries, 25 responsáveis (86,2% das crianças frequentadoras de escolas) receberam essa informação no 3º mês de intervenção. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam, em coletivo, estas orientações foi de 34 (97,1%), no 2º mês 30 (88,2%) e ao 3º mês 25 (86,2%) (**Figura 7**). O percentual decrescente obtido em cada mês foi devido aos novos cadastros no programa na UBS, no 2º e 3º meses, de crianças frequentadoras de escolas e que não participaram dos grupos escolares realizados somente no 1º mês, logo não receberam orientações coletivas sobre saúde bucal. Outra explicação para o percentual decrescente é a exclusão de algumas crianças maiores de 72 meses de idade da planilha de coleta de dados no 2º e/ou 3º mês. A meta para este indicador foi fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da carie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores de escolas focos da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde, portanto não foi atingida. Ressalta-se que essa orientação às mães ou responsáveis de forma coletiva ocorreu durante os grupos de crianças nas escolas municipais em forma de palestras e que a meta não foi atingida, devido o não comparecimento ao grupo de algumas crianças frequentadoras de escolas.

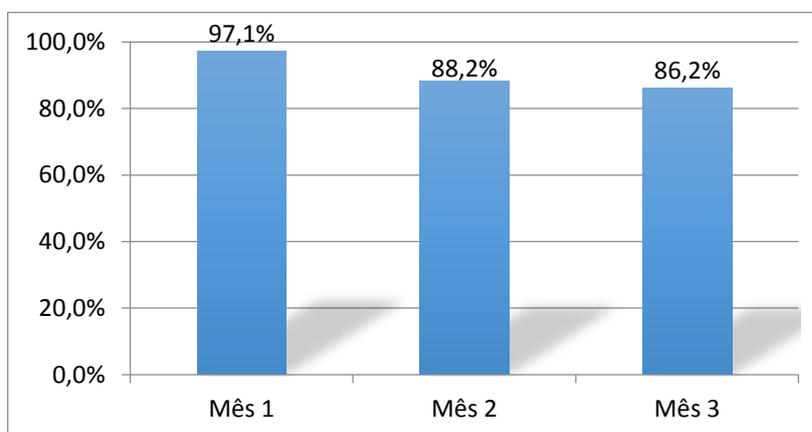


Figura 7: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Em relação à orientação individual de higiene bucal e etiologia para prevenção de cáries, 82 mães/ responsáveis receberam essa informação, logo atingiu 100% das crianças cadastradas em programa no final da intervenção. No 1º mês 75 responsáveis receberam as informações, no 2º mês 83 responsáveis e no 3º mês 82 responsáveis. Todos os meses 100% dos responsáveis pelas crianças

cadastradas receberam essas informações. A meta para este indicador foi orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, portanto foi atingida. Essas informações foram fornecidas na UBS, durante consulta, e na avaliação individual da criança nos grupos.

Em relação as mães que receberam orientação coletiva sobre nutrição para faixa etária, 25 responsáveis (86,2% das crianças frequentadoras de creches) receberam essa informação durante palestras nos grupos. No 1º, 2º e 3º meses os números de crianças cujas mães receberam orientações coletivas nutricionais foram, respectivamente, 34 (97,1%), 30 (88,2%) e 25 (86,2%) (**Figura 8**). O percentual decrescente obtido em cada mês foi devido aos novos cadastros no programa na UBS, no 2º e 3º meses, de crianças frequentadoras de escolas e que não participaram dos grupos escolares realizados somente no 1º mês, logo não receberam orientações coletivas sobre nutrição na infância. Outra explicação para o percentual decrescente é a exclusão de algumas crianças maiores de 72 meses de idade da planilha de coleta de dados no 2º e/ou 3º mês. A meta para este indicador foi fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, portanto não foi atingida. Ressalta-se que essa orientação as mães ou responsáveis de forma coletiva ocorreu durante os grupos de crianças nas escolas municipais em forma de palestras e que a meta não foi atingida, devido o não comparecimento ao grupo de algumas crianças frequentadoras de creches.

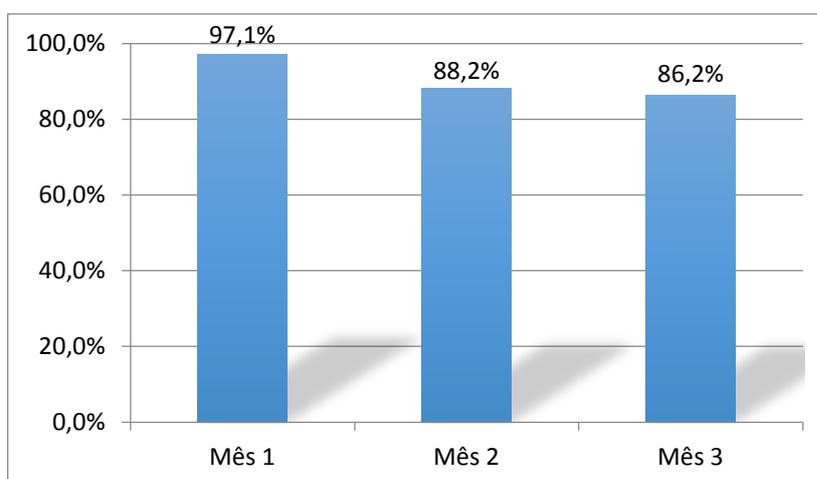


Figura 8: Proporção de crianças frequentadoras da(s) creche(s) foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

4.2. Discussão

Ao final do terceiro mês de intervenção, obtivemos indicadores satisfatórios da população alvo, todavia, algumas metas não foram atingidas. A participação da população foi o fator primordial para alcançarmos nossas metas, são elas: cadastramento e acompanhamento eficaz, poucas crianças faltosas às consultas de retorno, participação dos grupos com a realização das ações de educação em saúde coletivas, realização do teste do pezinho e primeira consulta de puericultura, execução das orientações de amamentação, nutrição e saúde bucal e administração de sulfato ferroso conforme prescrição. Enfim, apesar de algumas metas não terem sido passíveis de realização, como as que tinham exame bucal, o projeto de melhoria da saúde da criança na UBS, proporcionou um grande avanço e melhoria na assistência à saúde desta população, visto que, anteriormente, as crianças não eram acompanhadas ou se quer identificadas na UBS para um adequado acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, pois nunca houve consultas de puericultura na UBS.

No início da intervenção, somente o enfermeiro tinha conhecimento da necessidade do acompanhamento das crianças e da existência de programa com protocolo definido pelo MS para o serviço de puericultura. Durante capacitação dos profissionais da equipe, os ACS e técnico de enfermagem, apesar de ter sido o primeiro contato com puericultura, ficaram entusiasmados, abraçaram a ideia e trabalharam sempre colaborando com as ações, por entenderem a importância destes acompanhamentos para saúde da população assistida. Esse primeiro passo foi um período de aprendizagem, experiências novas, conquistas e estímulo para melhoria de suas atividades laborativas, principalmente aos ACS, pois houve uma maior integração destes com a UBS, capacitação, novos conhecimentos e, conseqüentemente, maior representação da importância de suas visitas domiciliares e informações para a população. O engajamento da equipe, assim como o da população, foram os pontos primordiais para execução do projeto e obtenção de indicadores satisfatórios.

A implementação da Saúde da Criança na UBS foi o marco zero referente a saúde infantil da atenção básica de saúde do município de Capixaba, principalmente na região rural. Serviço antes nunca ofertado a população, atualmente, não somente é realizado, como proporcionou motivação e conhecimento da equipe e da

população sobre as possibilidades existentes de melhorias na assistência a saúde local. Observo, hoje, que os usuários e equipe da UBS apresentam uma postura mais segura e consciente dos seus direitos e deveres em saúde pública, conforme diretrizes do SUS.

Para a comunidade, na qual a maioria é de baixa renda socioeconômica sem acesso a outros serviços de saúde, o Programa de Saúde da Criança foi uma conquista para a saúde local. O compromisso de divulgação, adesão e colaboração da população com o programa de saúde infantil demonstrou a satisfação de todos, pois houve engajamento não somente dos pais ou familiares das crianças, mas também de outros que divulgaram constantemente a importância do novo serviço ofertado na UBS. Acredito que o Programa de Saúde da Criança, com o maior apoio da gestão pública, proporcionará excelentes resultados e melhoria da saúde das crianças.

As metas não alcançadas e/ou não realizadas devem-se primordialmente à inexistência de equipe de saúde bucal em UBS e o escasso apoio da gestão municipal de saúde. Iniciando hoje a intervenção, procuraria ser mais enfática e menos passiva com o posicionamento da gestão municipal. Após dificuldades enfrentadas em todo meu trabalho na UBS, observei que o município apresenta dificuldades de gestão pública com a saúde e compreendo a impossibilidade da única equipe de saúde bucal municipal participar da intervenção na UBS. Sendo assim, diante do exposto, algumas metas não atingidas, acredito que foram devido a gestão não ter priorizado a colaboração com a intervenção. Um fato que exemplifica isso foi o não envio pela secretaria das vacinas para UBS e grupos. Apesar de ter enfatizado a importância da participação da gestão para o sucesso da intervenção, não obtivemos colaboração suficiente para um bom desempenho nos indicadores.

Com as dificuldades da gestão e precária estrutura física da UBS, hoje procuraria não somente exigir a colaboração, mas exigir a solução do problema em menor tempo de espera para a oferta dos serviços básicos de saúde na UBS e, caso não solucionado, informar a gestão estadual de atenção básica a saúde sobre as dificuldades da UBS, representada na região pela Diretoria de Saúde do Estado, pois desde o início do meu trabalho a equipe apresentou propostas e compromissos de melhoria da UBS, e com isso esperávamos obter a colaboração da gestão.

Referente a falta de equipe bucal na UBS, poderia ter tentado obter colaboração dos estudantes de odontologia da faculdade na capital do estado, que

mesmo não estando diariamente na comunidade, poderiam ter colaborado nas ações de exame bucal durante os grupos de crianças. Ideia que infelizmente surgiu no final da intervenção, mas que foi repassada para toda equipe e gestão municipal como um estímulo de solução futura para falta de primeira consulta odontológica e de rastreio de agravos bucais na comunidade.

O conceito de puericultura, atualmente, encontra-se disseminado na equipe da UBS e na população. No momento, os pais já procuram a UBS para realizar consulta de puericultura, o que antes acontecia somente nos agravos agudos a saúde do infante. O Programa de Saúde da Criança está incorporado à rotina da UBS, pois há frequente informação na UBS sobre este, capacitação da equipe para o acolhimento e identificação das crianças, rotina de consultas de puericultura em livre demanda, acompanhamento em retornos agendados, assim como a realização de ações coletivas periódicas para as crianças frequentadoras de creches/escolas e a importância das buscas ativas aos faltosos do programa. Todas essas ações de puericultura permanecerão vinculadas ao trabalho de todos os profissionais da UBS, devido a capacitação e experiência prática destes com o programa durante intervenção.

Outra UBS, também localizada na zona rural e próxima a UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, através do engajamento da população adscrita e da equipe de saúde, após obterem informações e conhecimento da intervenção e programa de saúde da criança, mostraram também interesse e preocupação em implementar programa em unidade.

Atualmente a UBS apresenta também os programas de hipertensão e diabetes, pré-natal, saúde do idoso, saúde da mulher com prevenção do câncer de mama e saúde da criança. Esperamos que estes programas sejam mantidos na UBS e haja melhoria na participação da população e nos indicadores de qualidade a assistência à saúde prestada a essas populações alvos, de forma longitudinal e com constante construção. Os programas de saúde bucal e saúde da mulher com prevenção do câncer de colo do útero ainda não foram implementados na UBS devido a falta de equipe de saúde bucal vinculada e falta de foco de luz móvel na UBS para possível exame ginecológico e de PCCU. Apesar do compromisso firmado há bastante tempo pela gestão municipal em solucionar estes problemas, até o momento não temos previsão da aquisição de equipe bucal e material necessário para essas ações. Esperamos que haja uma maior compreensão e participação da

gestão municipal em saúde em manter e melhorar o serviço de atenção básica da população rural do município.

4.3. Relatório da intervenção para os gestores

Durante três meses a Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Rodrigues Lustosa, localizada na zona rural da Alcoobras no município de Capixaba- Acre, implementou o Programa de Saúde da Criança, obtendo melhoria de vários indicadores de saúde e uma excelente participação desta população. Período este, que foi o marco zero na saúde infantil local, pois nunca havia tido um serviço de puericultura com identificação e localização das crianças abrangentes, tão pouco o acompanhamento regular e periódico destes infantes pela UBS.

Foram meses de aprendizado de toda equipe e adaptação da comunidade com o nosso serviço e, atualmente, este programa encontra-se inserido na rotina de trabalho na UBS, com capacitação adequada de todos os profissionais e engajamento de toda população, para manutenção do Programa de Saúde da Criança.

O programa abrange crianças de zero a 72 meses de idade moradoras na área de abrangência da UBS. A identificação, cadastramento, atendimentos clínicos de primeira consulta e retornos, as visitas domiciliares aos faltosos às consultas de retorno e a monitorização semanal do programa se deram de forma satisfatória, com o trabalho conjunto do enfermeiro, agentes comunitários de saúde e médico, obtendo excelentes indicadores de participação e acompanhamento da população. Por exemplo, a nossa meta em projeto era de identificar e cadastrar 80% das crianças e conseguimos 88,2% (**Figura 2**), a meta de acompanhamento do crescimento era de 100% e foi atingida (**Figura 9**), assim como a meta de busca ativa aos faltosos no programa que também foi atingida com 100% (**Figura 10**), entre outras metas atingidas e com indicadores de saúde satisfatórios.

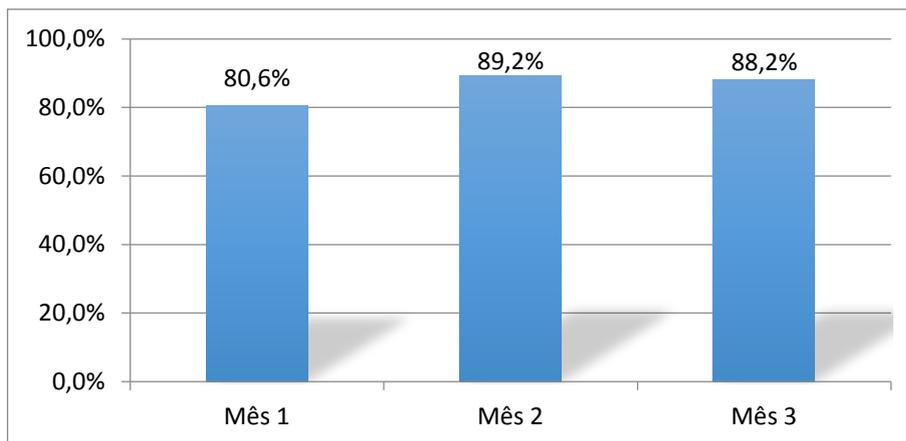


Figura 2: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

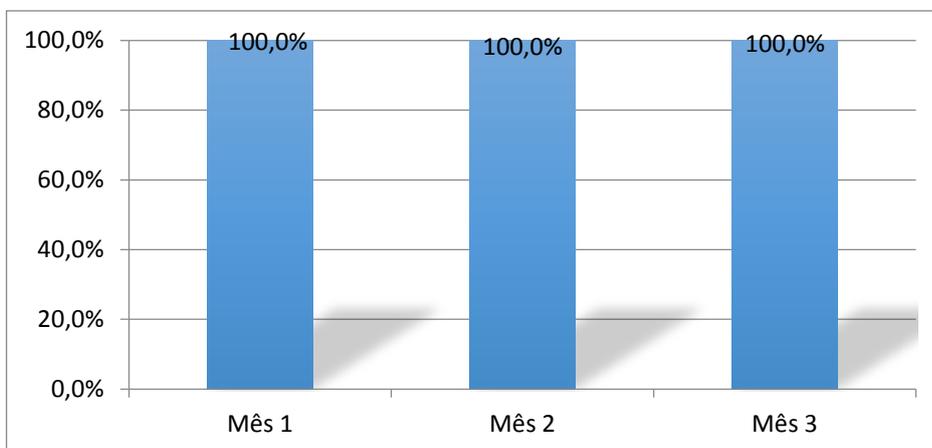


Figura 9: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

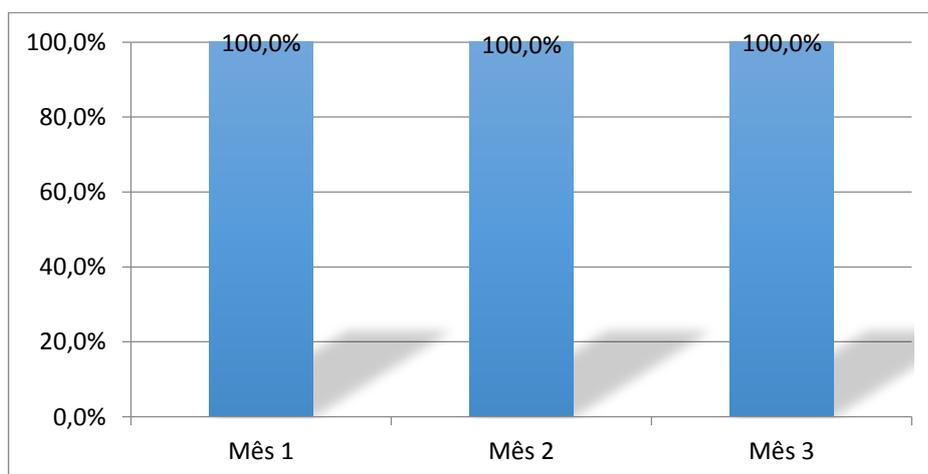


Figura 10: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

Foi de extrema importância o engajamento de toda equipe de saúde e a disponibilização destes profissionais, pela SMS, para as ações de puericultura. Além dos profissionais da equipe de saúde, a colaboração dos funcionários da educação municipal (professores, zeladores e diretores) proporcionou bons resultados durante os grupos escolares de crianças.

Dificuldades ocorreram, muitas de conhecimento da gestão municipal de saúde, algumas contornadas e solucionadas e outras ainda com expectativa de solução. Primeiramente, a falta do armazenamento de vacinas na UBS, devido, primeiro, a inexistência de energia elétrica e, posteriormente após o reestabelecimento da energia, o relato da gestão de possíveis interrupções de energia pela localização rural, logo não foi realizada vacinação na UBS e em grupos, pelo não armazenamento e não envio destas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) à UBS. A meta estimada para quadro vacinal atualizado das crianças não foi atingida pelo motivo acima, mas pelo excelente engajamento da população em realizar as orientações e, talvez, por alguns “mutirões” de vacinação em zona rural pela SMS, obtivemos números razoáveis de quadros vacinais incompletos, visto que as UBS locais não dispõem de vacinação. Acreditamos que melhorias na infraestrutura da UBS e/ou planejamento de dias regulares e frequentes de vacinação na UBS poderão melhorar a assistência a vacinação local.

Outra dificuldade foi a ausência de equipe de saúde bucal na região para realizar educação em saúde, rastreio e tratamento de agravos bucais na população. Referente a educação em higiene e prevenção de cáries e escovação supervisionada, os quais possuímos governabilidade, foram realizados satisfatoriamente, obtendo bons indicadores de saúde bucal em educação na saúde bucal. Compreendemos as dificuldades enfrentadas durante gestão municipal de saúde e a escassez de profissionais odontólogos no município, mas temos que enfatizar e propor possíveis soluções para a falta de assistência à saúde bucal local, como a contratação de novos odontólogos e, conseqüentemente, a implantação de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) em zona rural e/ou a aquisição de Unidade Odontológica Móvel (UOM) que beneficie regiões afastadas como a zona rural, garantindo o direito da comunidade, vigente desde 2003 no SUS, de ter acesso a saúde bucal pela Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente.

É imprescindível para uma assistência de puericultura adequada à população a existência de testes auditivos (“orelhinha”) em unidade de saúde do município e a disponibilização da coleta do “teste do pezinho” na UBS na zona rural, visto que em muitos locais é difícil o acesso físico e locomoção dos moradores. As metas destes indicadores de saúde também não foram atingidas por tal deficiência local destes exames.

Acreditamos que esses primeiros três meses foram o início de uma nova saúde infantil local, com maior acessibilidade, participação e, principalmente, assistência à saúde de qualidade. Como todo início os passos são lentos e de adaptação para todos, porém é o começo de uma nova caminhada, história e futuro da saúde local a serem construídos. Nós da equipe de saúde da UBS Raimundo Rodrigues Lustosa apostamos no desejo e engajamento da comunidade em melhorar sua unidade de saúde e no anseio e compromisso da gestão municipal de saúde em ofertar uma saúde de qualidade a toda população.

O Programa de Saúde da Criança, conforme protocolo do Ministério da Saúde, hoje está inserido na UBS e na comunidade, no qual todas as crianças locais e suas famílias poderão ter um serviço adequado de puericultura, com resultados positivos a curto e longo prazo, promovendo melhoria na assistência à saúde para toda população.

Toda equipe de saúde e comunidade, ambos engajados e entusiasmados com os resultados iniciais obtidos, compreendem que mesmo com as dificuldades da gestão pública, é possível haver um olhar diferente e um maior apoio ao programa pela Secretaria Municipal de Saúde e por isso solicitamos um maior engajamento da gestão no Programa de Saúde da Criança.

4.4. Relatório de intervenção para comunidade

A Unidade de Saúde Básica (UBS) Raimundo Rodrigues Lustosa, posto de saúde próximo a sua casa, durante três meses passou por uma nova experiência, tanto para equipe de saúde quanto para toda a comunidade, que foi a implantação de um programa de acompanhamento de suas crianças, melhorando a assistência oferecida a toda sua família e comunidade.

Período de três meses de aprendizado constante e gradual para seu enfermeiro, médico e agente comunitário de saúde, no qual proporcionou, hoje, o

Programa de Saúde da Criança na rotina da unidade e que, felizmente, seus filhos, netos e quem dirá bisnetos, poderão ser beneficiados com uma assistência à saúde de qualidade.

Dificuldades foram muitas, como a inexistência de vacinação na unidade de saúde e nos grupos de crianças, falta de coleta do teste do pezinho na unidade, ausência de dentistas para cuidar da saúde bucal de seus pequenos e inexistência de teste auditivo ou da orelhinha no município. Acreditamos que, assim como conseguimos construir do zero um programa de acompanhamento infantil na unidade, poderemos também conquistar e vencer essas dificuldades, mantendo a participação excelente da comunidade, a vontade, que presenciamos, de cada morador em melhorar sua comunidade e seu postinho de saúde e a incansável e frequente cobrança aos responsáveis pela saúde local para melhoria da saúde onde moram.

Para toda equipe de saúde da UBS, essa foi uma experiência única, com algumas frustrações, devido as dificuldades lembradas acima, e com muitas realizações, profissional e pessoalmente, pois pudemos nos aproximar afetivamente e tornarmos quase integrantes de algumas famílias, observar que as crianças antes em mau desenvolvimento, agora estão saudáveis ou em adequado acompanhamento e presenciar a luta e vontade diária de todos os moradores em tentar melhorar sua comunidade. Essas experiências são histórias de vidas que levaremos sempre em qualquer comunidade e para nossas vidas.

Agradecemos fortemente a população, devido cada ida ao posto, seja para primeira consulta ou para consulta de retorno, o seguimento correto das orientações sempre, a ajuda na divulgação do programa, a ida a outras unidades de saúde para realizar vacinação e exames não ofertados no posto, o acolhimento carinhoso a cada visita domiciliar nas buscas ativas, a participação nos grupos, e, principalmente, a compreensão diária das dificuldades enfrentadas pela equipe. Sabemos das dificuldades que tiveram para participar do programa, seja nos quilômetros que caminharam ou nos dias que largaram seus compromissos com o trabalho pra levar seus filhos ao postinho, e somos extremamente gratos por essa confiança dada a toda equipe. Atualmente, o Programa de Saúde da Criança existe e isso foi uma conquista de vocês. Parabéns!

A luta de todos ainda não terminou e muito precisa melhorar no programa, mas toda criança da comunidade de assentados rurais no projeto Alcoobras, que

utiliza o “posto de saúde Lustosa”, hoje, pode usufruir do Programa de Saúde da Criança, construído com muito zelo e lutas, com um adequado acompanhamento e cuidado ao seu desenvolvimento/crescimento.

5- Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Acredito que todos os profissionais de saúde no Brasil tenham tido na sua formação acadêmica ensinamentos referente às diretrizes e princípios do SUS, assim como sobre os programas com protocolos de assistência à saúde estabelecida pelo MS, porém há diferenças entre ser um ouvinte e espectador e ser um modificador e pôr em prática os conceitos e aprendizagem obtida em graduação.

Minhas expectativas referentes ao curso de pós-graduação em saúde da família foram sanadas e, durante todo curso, pude ter colaboração e ajuda permanente em como pôr em prática todos os ensinamentos do SUS em fase acadêmica. Acredito que esse é o grande diferencial do curso, pois existe uma diferença importante entre ter o conhecimento e saber aplicá-lo na prática, logo toda essa orientação e acompanhamento com informações e experiências passadas aos alunos, modifica sem dúvidas a atuação profissional e de toda sua equipe na UBS, com melhorias importantes na assistência à saúde oferecida à comunidade.

Há três anos atuo na atenção básica à saúde e a experiência adquirida em implementar um programa do MS na rotina da UBS com a colaboração do curso foi um aprendizado pessoal e profissional de como me relacionar e engajar toda equipe, como ter contato com a população e motivá-los a participarem do seu sistema de saúde e como relacionar e engajar a gestão em saúde para melhorias. Essas lições não encontramos nos livros de medicina, enfermagem e outros, nem aprendemos com o relato de outros profissionais, pois conquistamos com a vivência com cada vitória e dificuldade na UBS e comunidade. Essas experiências, no meu ponto de vista, foram os principais conhecimentos obtidos com a pós-graduação em saúde de família.

6- Bibliografia

BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert; JENSON, Hal B. **Tratado de Pediatria 18º edição**, editora Elsevier, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento**; Caderno de Atenção Básica, nº 33, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2. Ed, Brasília. 2008.

CARDOSO, Leticia O. et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, vol. 84, n 2, mar/abr. 2008.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 8, n 1, jan/mar. 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Populacional 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov/home/estatistica/população/censo>> Acesso em dezembro de 2013.

LOPEZ, Fábio Ancona; JÚNIOR, Dioclécio Campos, **Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2ª edição, editora Manole, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.2, n 2, mai/Ago. 2002

PICCINI, Roberto Xavier. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 7, n 1, jan/mar. 2007.

SANTOS, Carmina Silva dos; LIMA, Luciane Soares; JAVORSKI, Marly. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 7, n 4, out/dez. 2007.

SOARES, Micheli Dantas; COELHO, Thereza Cristina Bahia. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 8, n 4, out/dez. 2008.

Anexo B – 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 Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C – Ficha espelho do Programa de Saúde da Criança



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/____

Endereço: _____ Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias

Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ___/___/____

Fenilcetonúria () normal () alterado / Hipotireoidismo () normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado / Observações: _____

_____, Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ___/___/____ Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

Apêndices

Apêndice A – Carta à comunidade

Aos pais e responsáveis;

Aluno (a):

A equipe do POSTINHO DE SAÚDE LUSTOSA convida você e seus filhos para uma ação de saúde coletiva na escola no dia _____ (data: _____) às _____.

Essa ação faz parte do programa de puericultura (acompanhamento das nossas crianças) do posto de saúde Lustosa, na qual haverá atendimento médico e de enfermagem, vacinação, recreação, orientação sobre a escovação dos dentes e palestras em saúde, inclusive saúde bucal.

Solicitamos a presença de todos, junto com seus filhos, trazendo suas carteirinhas de vacinação (Caderneta da Criança), e caso tenha alguma criança em casa que ainda não estuda, ela também é convidada a participar da nossa ação.

Aguardamos vocês!

Apêndice B – Fotos



