

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses, na UBS/ESF Dr.
Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM**

Ediceldo Rodríguez Sánchez

Pelotas, 2016

Ediceldo Rodríguez Sánchez

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses, na UBS/ESF Dr.
Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Vanessa Tavares de Gois Santos

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S211m Sánchez, Ediceldo Rodríguez

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de Zero a 72 Meses, na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM / Ediceldo Rodríguez Sánchez; Vanessa Tavares de Gois Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

110 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Santos, Vanessa Tavares de Gois, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa e meus filhos por ser a fonte de inspiração de tudo o que faço. A meus pais, por seu exemplo e dedicação.

Agradecimentos

A todos os que fizeram possível a realização deste trabalho. A Universidade Federal de Pelotas por permitir a realização da especialização em Saúde da Família. Especialmente para minha orientadora Vanessa por sua ajuda no desenvolvimento ao longo do curso e apoio nos momentos difíceis que enfrentamos.

Resumo

SÁNCHEZ, Ediceldo Rodriguez. **Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de zero a 72 meses, na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM.** 2016. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A saúde da criança foi a primeira ação programática implementada no Brasil e logo com o surgimento das demais ações programáticas e a redução da mortalidade infantil diminuiu a preocupação pela saúde da criança. Com o objetivo de melhorar a saúde das crianças na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira pertencente ao município São Gabriel da Cachoeira/AM, foi desenvolvido uma intervenção envolvendo as crianças compreendidas entre zero e 72 de idade. As ações realizadas incluíram os eixos de monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e a qualificação da prática clínica. A duração da intervenção foi de 12 semanas contadas a partir do dia 5 de janeiro até o dia 27 de março do ano de 2015. A participação de toda a equipe foi de vital importância para alcançar os resultados e as relações entre os membros da equipe foram fortalecidas. A qualidade do atendimento em consultas de puericultura teve notável melhoria a partir da implementação das ações utilizando como base o protocolo de atenção a saúde da criança disponibilizado no caderno de atenção básica nº 33 do Ministério da Saúde (2012), correspondente a essa ação programática. Alguns indicadores foram influenciados pela forma de coletar os dados, tal é o caso das crianças com consulta nos primeiros sete dias, as colocadas para mamar na primeira consulta e aquelas que tinham teste do pezinho realizado nos primeiros sete dias após do nascimento. Ações dependentes do trabalho da equipe foram desenvolvidas com a totalidade das crianças atendidas. A intervenção incorporou 145 crianças ao longo das semanas de ações, totalizando 56,2% das crianças na faixa etária, residentes na área de abrangência. Além de ações protocolizadas que hoje formam parte da rotina do atendimento da unidade, a intervenção trouxe como resultado melhoria no registro das ações com a incorporação da ficha espelho inexistente na unidade antes da intervenção e a utilização sistemática da caderneta da saúde da criança. A participação comunitária, considerada de extrema importância na atenção básica, teve melhoria significativa, mas é um aspecto que deve continuar sendo trabalhado pela equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

Lista de Figuras

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança da UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015..... | 77 |
| Figura 2 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015..... | 79 |
| Figura 3 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015..... | 83 |
| Figura 4 | Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015..... | 84 |
| Figura 5 | Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015..... | 88 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|----------|---|
| ACS | Agente comunitário da Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AM | Amazonas |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEO | Centro Especialidades Odontológicas |
| CREAM | Centro de Referência de Especialidades Ambulatoriais Médicas |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| EAD | Educação à Distância |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HIPERDIA | Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PSA | Antígeno Prostático Específico |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIAB | Sistema de informação da Atenção Básica |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

Sumário

| | |
|--|-----|
| Apresentação | 9 |
| 1 Análise Situacional | 10 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 25 |
| 2 Análise Estratégica | 28 |
| 2.1 Justificativa | 28 |
| 2.2 Objetivos e metas | 32 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 32 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 32 |
| 2.3 Metodologia | 33 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 34 |
| 2.3.2 Indicadores | 56 |
| 2.3.3 Logística | 61 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 66 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 68 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas..... | 68 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas..... | 72 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 74 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 74 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 76 |
| 4.1 Resultados..... | 76 |
| 4.2 Discussão | 89 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores | 93 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade | 96 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 99 |
| Referências | 101 |
| Apêndice..... | 102 |
| Anexos | 106 |

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD (Educação à distância), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças na unidade básica de saúde da família, Dr. Geraldo Siqueira, no município de São Gabriel da Cachoeira - AM. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte tem-se a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta parte apresenta-se o relatório para gestores. Em seguida, sexta seção, temos o relatório da intervenção para a comunidade.

A sétima seção está conformada pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de maio de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS (Unidade Básica de Saúde) em que trabalho há dois meses fica no centro do município São Gabriel da Cachoeira/AM é um local adaptado que correspondia a uma residência e se tornou uma unidade de atenção básica por tempo limitado, pois ainda é propriedade privada, ela se chama “Geraldo Siqueira”. Atualmente o prefeito do município em parceria com a secretaria de saúde está desenhando estratégia para a construção da nova unidade de saúde.

A unidade atual está composta em sua estrutura por uma pequena sala de recepção, dois consultórios médicos, um local para triagem, uma sala de espera com cadeiras e bancos suficientes para a demanda de usuários que a unidade tem um consultório de enfermeira, sala de odontologia, uma farmácia, além de laboratório, sala de vacinas e cozinha que ficam em outro local fora da edificação principal. No acondicionamento da unidade foram consideradas as barreiras arquitetônicas, pois foi construído um acesso lateral sem escada para pessoas idosas e com limitações físicas.

O pessoal que trabalha na unidade está composto por duas equipes de saúde com dois médicos, dois enfermeiros, doze agentes comunitários de saúde, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral, um técnico de laboratório, uma farmacêutica, uma recepcionista e duas odontólogas acompanhadas de dois auxiliares e dois técnicos de saúde bucal, todos eles para garantir atendimento a uma população de 4.715 usuários que moram na área de abrangência, a maioria da população adstrita à UBS, é composta de moradores da cidade, mas a cidade tem deficientes condições de saneamento básico e a água é de má qualidade.

Diversos procedimentos são feitos no centro assistencial, entre eles a coleta de amostras para exame histopatológico do colo de útero, as vacinas, coleta de

amostras e análise da gota espessa, injeções, nebulizações, além de procedimentos odontológicos são os mais importantes.

Atendemos sob o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho é organizado para cada equipe de forma individual e por semanas para garantir a presença do médico na unidade todos os dias de segunda a sexta pela manhã das sete às onze horas e pela tarde das treze às dezessete horas. Atendemos a demanda espontânea diária e reserva-se o quinto dia para usuários agendados com doenças crônicas.

Os usuários que precisam de atendimento de urgência são avaliados e, se for o caso, encaminhados para o hospital da guarnição militar em transporte que a secretaria de saúde disponibiliza via coordenação do gestor da unidade, pois município não tem unidade de pronto socorro, nem serviço móvel de urgência (SAMU).

O atendimento pré-natal é feito terça e sexta-feira e a consulta de puericultura às segundas-feiras. A visita domiciliar é feita semanalmente às quartas-feiras com transporte disponibilizado pela secretaria de saúde do município dando prioridade a aqueles usuários acamados e com sequelas, estamos organizando o trabalho com os grupos de riscos que também precisam de atendimento de forma prioritária. Participamos de campanhas de luta contra AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e pela saúde do homem em parceria com a secretaria de saúde municipal. As relações de trabalho entre os membros das equipes de saúde são muito favoráveis permitindo a discussão em grupos e o trabalho em equipe.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Gabriel da Cachoeira está situado no noroeste do estado do Amazonas (AM), na região denominada “Cabeça do Cachorro”, devido a seu formato territorial. O território é cortado pela linha do equador e faz fronteira com a Colômbia e Venezuela. Estima-se que existam aproximadamente 17 mil habitantes na área urbana, além de 12 a 19 mil nas comunidades indígenas. Não se tem um levantamento preciso, porque, possivelmente, existam várias comunidades ainda não identificadas. Ressalta-se também que há um considerável fluxo de pessoas.

Dados do censo de 2013 mostram um aumento populacional de 5,93%, representando um salto de 39.097 para 41.575 habitantes (IBGE, 2013).

A população é 90% de origem indígena (representando 10% da população indígena brasileira), constituindo ao total 23 etnias, as quais pertencem principalmente aos grupos linguísticos tukano, aruak, maku, e yanomami e que formam um sistema complexo de pluralismo étnico, distribuídos tanto na zona rural quanto na urbana. As etnias indígenas estão organizadas em suas áreas tradicionais, sendo que na área rural se distribuem em cerca de 600 comunidades indígenas, em sua maioria localizada nas margens dos principais rios da região. A extensão territorial é de 109.183,434 km², ocupando assim o posto de 2º maior município do Brasil; ocupa aproximadamente 7% do território do Estado do Amazonas (FOIRN / ISA, 2009).

A densidade demográfica é uma das menores do Brasil, com 0,35 habitantes por Km². A principal planta cultivada é a mandioca, com suas numerosas variedades. Os produtos da roça são destinados ao consumo familiar ou à venda em pequena escala (EMPERAIRE, 2000).

Para a assistência sanitária o município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (Estruturas físicas), o que representa aproximadamente uma UBS para aproximadamente 10.393,75 habitantes e em relação à Estratégia Saúde da Família-ESF, a Secretaria Municipal tem implantado sete cujas equipes oferecem assistência nas quatro unidades disponíveis, tendo, portanto uma cobertura de aproximadamente 90% da população da área urbana.

No Centro de Referência de Especialidades Ambulatoriais Médicas (CREAM) são feitos os exames laboratoriais solicitados pelos profissionais da atenção básica, e também acolhe os programas de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), Tuberculose Pulmonar e Hanseníase. Dentro das instalações do CREAM existe uma farmácia, um centro de especialidades odontológicas, e um laboratório de próteses odontológicas. Para completar a assistência odontológica cada UBS tem um consultório. Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) integral que não tem especialista de psiquiatria, uma farmácia popular, um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) com fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista, e um hospital administrado pelo exército completam as instituições de saúde disponíveis.

Dos exames laboratoriais só são feitos nas unidades a glicemia capilar, os testes rápidos para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Sífilis e a gota

espessa. O laboratório de referência municipal não faz hemoglobina glicosilada, microalbuminúria, PSA (Antígeno Prostático Específico) e transaminase. O resultado do exame citopatológico de colo uterino demora em média mais de 30 dias e às vezes não chega.

Os usuários que precisam de estudos mais complexos como colposcopia, colonoscopia, eletrocardiograma de esforço, endoscopia digestiva alta, espirometria, radiografia contrastada, tomografia computadorizada e ultrassonografia de qualquer tipo, têm que ser encaminhados para Manaus. Existem usuários que precisam desses exames e de cirurgias de baixa complexidade que podem ficar com incapacidade ou sequelas e não concordam com o encaminhamento, pois é um processo muito devagar e às vezes quando tem vaga, o paciente não tem apoio familiar ou condições econômicas para viajar.

Em relação ao atendimento especializado e a retaguarda hospitalar os usuários da UBS dispõem de consulta só de fonoaudiologia, ginecologia, obstetrícia, ortopedia e fisioterapia. O hospital municipal tem especialista de cirurgia, mas só para atendimento das urgências, não fazem operações cirúrgicas eletivas. Os usuários que precisam avaliação por outras especialidades têm que ser encaminhados para Manaus mesmo em casos de urgência.

A UBS onde se desenvolve nosso trabalho se chama “Geraldo Siqueira” e fica localizada no centro do município São Gabriel da Cachoeira/AM, região urbana, é um local adaptado que correspondia a uma residência e se tornou uma unidade de atenção básica por tempo limitado. O modelo de atenção nesta UBS é o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem território adstrito para cada equipe, permitindo o planejamento e a programação de ações de forma descentralizada sempre em consonância com as necessidades de saúde.

A unidade dispõe de duas equipes de saúde compostas por dois médicos, dois enfermeiros, doze agentes comunitários de saúde, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral, um técnico de laboratório, uma farmacêutica, uma recepcionista e duas odontólogas acompanhadas de dois auxiliares e dois técnicos de saúde bucal, todos para garantir atendimento a uma população de 4.715 usuários que moram na área de abrangência. A maioria da população adstrita à UBS é composta de moradores da cidade, mas ela tem deficientes condições de saneamento básico. Existe vínculo com instituições de ensino através do curso de especialização em saúde da família.

A unidade atual está composta em sua estrutura por uma pequena sala de recepção sem grades, mas também sem privacidade para o usuário, pois não tem um espaço físico bem delimitado e alguns usuários a usam também como sala de espera. Esta tem capacidade para quinze pessoas sentadas o que não está em correspondência com a demanda.

Além disso, tem dois consultórios médicos com um espaço físico inferior a 9m² cada um e nenhum tem lavatório com torneiras nem água disponível, eles tem condições para fazer atendimento em mesa de escritório com o usuário e o acompanhante sentados, e atendimento em mesa de exame clínico adequada ao exame ginecológico. No entanto a sala não tem condições para fazer este exame, pois não têm sanitário privativo anexo, as consultas são compartilhadas pelos profissionais da equipe obedecendo a uma programação previamente estabelecida.

O local para curativo e procedimento é compartilhado também para nebulização, têm dimensões pequenas, escassa iluminação natural e ventilação assim como equipamento insuficiente. Para o trabalho das enfermeiras o posto de saúde conta com apenas uma sala, sendo que cada equipe tem uma enfermeira, ainda assim elas têm uma programação que permite o uso por ambas do local disponível, este a diferença das consultas médicas tem dimensões ideais e consta de sanitário privativo anexo e é utilizado também pela especialista em ginecologia uma vez por semana.

A maioria dos remédios prescritos na unidade se entrega gratuitamente na farmácia do posto, a estrutura física do local é muito pequena e carece de armários com chaves e refrigerador, por isso os medicamentos que precisam de condições especiais de armazenamento não podem ser dispensados, as condições de ventilação e iluminação natural são adequadas. A sala dos agentes comunitários de saúde é utilizada também como sala de reuniões, tem boas condições de ventilação, iluminação e dispõe de mesas e arquivos suficientes.

Os medicamentos são disponibilizados com periodicidade regular, mas não em quantidades suficientes, geralmente existe disponibilidade de antibióticos de 1^a ou 2^a escolha, assim como analgésicos e anti-inflamatórios, os colírios oftalmológicos e otológicos nunca são disponibilizados. Os medicamentos do HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) às vezes são escassos, acontece também com os medicamentos para hiperuricemia e escabiose e esteroides orais e inalados. Não existe disponibilidade

de medicamentos fitoterápicos nem homeopáticos no município. As vacinas do programa do calendário nacional de imunizações são realizadas rotineiramente na unidade e existe uma sala de vacinas com condições estruturais aceitáveis com geladeira exclusiva para vacinas.

Para o atendimento odontológico o posto consta de um consultório com duas cadeiras odontológicas e para o funcionamento dele existe um local pequeno para descontaminação, lavagem e esterilização do material em estufa. Além disso, tem lavatório com torneiras com fechamento que não dispensa o uso das mãos (não tem sensor), vitrine, caixa sifonada com tampa e aço inoxidável, uma mesa tipo escritório com gavetas, três cadeiras e lixeira com tampa e pedal. Não tem aparelho de raios-x odontológico intra-oral, nem espaço dimensionado para receber instalação de lavatórios com espelhos, também não tem escovódromo. O compressor fica fora sem um local especialmente disponibilizado para ele.

As salas de laboratório, vacinas e cozinha ficam em outro local fora da edificação principal. No laboratório só se realiza exame de gota espessa e não tem sala de coleta. A sala de vacinas tem tamanho ideal e sua localização possibilita que o usuário não transite nas demais dependências da unidade.

Na unidade foi construído um acesso lateral sem escada para pessoas idosas e com limitações físicas só que não foram colocados corrimões, além disso, os sanitários não permitem que pessoas com deficiência possam fazer uso dele e não é possível acessar com cadeiras de rodas.

Por ser um local adaptado que se transformou em uma UBS a estrutura física de nossa unidade difere muito da estrutura ideal e muitos locais não existem, ainda assim todas as salas estão sinalizadas e muitas informações que o usuário precisa conhecer estão disponibilizadas.

Em relação às atribuições das equipes, o trabalho é organizado para cada uma de forma individual e por semanas para garantir a presença do médico na unidade todos os dias de segunda a sexta pela manhã, das sete às onze horas e pela tarde, das treze às dezessete horas. Todos os profissionais sabem de suas atribuições, pois foi debatido esse tema em reuniões de equipe onde sempre é discutido o papel individual e de todos em conjunto para garantir um adequado estado de saúde a nossa população adstrita.

Não existem disponibilizados protocolos de atendimento no posto, embora sejam conhecidos pelos profissionais. Nem sempre são relatados todos os dados no

prontuário, o que dificulta a obtenção dos mesmos para retroalimentar o sistema e compromete a qualidade à ação programática e ao atendimento em sentido geral.

Frente a situações de urgência e emergência é disponibilizada ambulância pela secretaria de saúde e o paciente é removido para o hospital acompanhado por uma das enfermeiras, a ambulância do hospital presta serviço somente nos casos de acidentes automobilísticos, não contamos com serviço de pronto socorro no município. Os usuários não têm garantia de internação hospitalar no próprio município através de agendamento pela equipe das UBS.

Os usuários que precisam de atendimento em outros níveis do sistema sejam estes de urgência ou não, são encaminhados respeitando os fluxos de referência, mas as contra referências quase nunca são enviadas. Acompanhar o plano terapêutico proposto ao usuário quando é internado resulta em dificuldades, pois o hospital municipal tem possibilidades de acesso restritas, acompanhamos o plano terapêutico após a alta hospitalar ou após avaliação especializada.

Em situações de internação domiciliar os usuários são acompanhados por vários membros da equipe de saúde. Os profissionais da equipe realizam busca ativa de doenças e por ser a Malária uma doença frequente em nosso meio, tomamos mostra de gota espessa no domicílio, sendo que qualquer dos membros da equipe, incluindo o biólogo, faz notificação compulsória de doenças.

As atividades em grupo são planejadas e executadas por vários membros da equipe aproveitando o espaço da reunião da equipe. Para escolher a data, a população alvo e tema se consideram as datas comemorativas tais como: dia das mães, jornada de saúde do homem, dia mundial sem fumar, dentre outras. A unidade não tem formado grupo de idosos, de gestantes, de hipertensão, de crianças e as atividades de educação em saúde ocorrem aproveitando as oportunidades que oferece o acolhimento e datas relevantes que favorecem a participação social e o apoio dos demais setores da sociedade. Resulta difícil conseguir um auditório suficiente para uma atividade de educação em saúde sem um incentivo material.

Trabalha-se de forma multidisciplinar, interdisciplinar e em equipe, mas temos dificuldades com as redes, pois só contamos no município com um NASF que tem fonoaudiólogo e fisioterapeuta e um CAPS que não tem psiquiatra, nem psicólogo.

Em relação à população da área adstrita da unidade, possuímos cerca de 4.715 usuários fazendo parte desta cobertura de atuação. A população total

atendida por minha equipe é 2387 de acordo com os dados da UBS. O perfil demográfico não tem diferenças significativas entre ambos os sexos, sendo predominantes pessoas na faixa etária entre 20 e 39 anos. As crianças menores de 5 anos predominam sobre os idosos maiores de 60. O número total de usuários atendidos por cada equipe da UBS está abaixo de 3000 que é a média estabelecida para cada equipe de saúde no país, isto permite trabalhar melhor com as ações programáticas e com a demanda espontânea, pois não é muito elevada.

Em relação à demanda espontânea no início agendavam o atendimento dependendo da ordem de chegada e distribuindo fichas, porém o acolhimento não existia para todos os usuários que procuravam o serviço de saúde e muitas vezes eles tinham que acordar muito cedo para conseguir ser atendidos. Na atualidade os usuários são recepcionados por vários membros da equipe e classificados por prioridades de atendimento e em dependência da demanda avaliados pelo médico, por pessoal de enfermagem ou por outro membro da equipe. Atendemos a demanda espontânea diariamente e só agendamos consultas para ações programáticas específicas dentre elas a puericultura, atenção pré-natal, programa Hipertensão e coleta de amostra para prevenção do câncer do colo de útero.

A agenda programada sempre será necessária, pois aqueles grupos específicos que recebem atendimento devem sair da unidade conhecendo a data da próxima consulta agendada seja esta para o médico/a ou enfermeiro/a, o qual não quer dizer que se o paciente tem um problema agudo de saúde não vai receber atendimento na unidade, pois dentro da agenda do trabalho sempre fica espaço disponível para atendimento aos casos agudos e até o momento isso não constitui um problema, já que nunca supera a oferta dos serviços da unidade. Os casos com doenças agravadas quase sempre são os provenientes das comunidades indígenas que não correspondem a nossa área de abrangência, mais ainda assim são avaliados, tratados e/ou encaminhados em dependência da gravidade do quadro.

Apesar de a população estar cadastrada e cada equipe ter sua área de abrangência bem delimitada, o fato de ficarem duas equipes numa mesma unidade de saúde trouxe algumas dificuldades no início, pois o pessoal da recepção e triagem acreditava que o usuário podia ser avaliado por qualquer dos médicos que prestam assistência na unidade e demorou um tempo para entenderem a importância de que os usuários recebam atendimento sempre com o profissional responsável a fim de garantir a continuidade das ações de saúde e a

longitudinalidade do cuidado, possibilitando por sua vez a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde e, além disso, ajustar condutas quando necessário.

Em relação ao programa de saúde da criança, a unidade de saúde não adota um protocolo ou manual técnico para efetuar a consulta de puericultura dificultando a coleta dos dados e avaliação de alguns indicadores como a vacinação e a saúde bucal, aspectos muito importantes para o bom desenvolvimento das crianças. Além disso, não existe um registro específico para o monitoramento regular destas ações, dificultando avaliar as ações e recuperar o acompanhamento das crianças faltosas com a participação dos agentes comunitários. Para a consulta de puericultura é destinada a segunda-feira pela manhã e a tarde, ainda assim as crianças com doenças agudas são avaliadas qualquer dia da semana.

Nossa área de abrangência temos cadastrados 52 menores de um ano e deles 16 recebem acompanhamento no posto o que representa 32% do total de cadastrado, sendo a ação programática com indicador de cobertura mais baixo. Os indicadores de qualidade demonstram que só 13% das crianças tiveram consulta em dia e, o teste de pezinho, a consulta nos primeiros sete dias de vida e a triagem auditiva só foram feitos em 6% do total de crianças acompanhadas. Quando avaliamos outros indicadores como a avaliação do desenvolvimento e o crescimento na última consulta, o percentual ascende a 19% e 44% respectivamente. Crianças com atraso de consulta agendada em mais de sete dias representam 88% e, não possuímos dados sobre as vacinas em dia e avaliação em saúde bucal das crianças.

Na atenção primária o comprometimento do profissional da saúde com o trabalho que realiza é muito importante e a melhoria de uma ação programática repercute sobre outra, no caso da puericultura o fato de que a gestante receber orientação sobre aleitamento materno e sobre cuidados do recém-nascido na consulta de pré-natal (puericultura pré-natal) traz consigo que a mãe leve com mais frequência o filho à consulta e mais rápido, neste sentido as gestantes com partos recentes tem os filhos com consulta em dia, com teste de pezinho feito e com vacinas em dia.

A caderneta da criança está muito bem estruturada, mas ainda assim é muito pouco utilizada pelas mães e até pelos próprios profissionais, sem dúvidas ensinar para as mães como avaliar o crescimento e desenvolvimento do filho diante deste instrumento ajudará a melhorar a qualidade do atendimento e os indicadores de

saúde deste grupo, pois a mãe estará treinada e com capacidade para definir quando o filho não está dentro da norma esperada para sua idade e sexo e procurará atendimento especializado. Muitas mães mostram algum interesse e executam as ações propostas, porém falta ainda melhorar a qualidade do atendimento e iniciar a puericultura desde a própria consulta pré-natal incentivando as mães para trazer os filhos para consulta.

Em nossa UBS o atendimento à gestante não é regulado por protocolo, pois não está disponibilizado este e os demais protocolos para as ações programáticas. O índice de cobertura do pré-natal é de 87%, sendo que de uma estimativa de 35, a unidade faz acompanhamento pré-natal de 31 gestantes, o qual poderia ser considerado adequado, mas quando analisamos os indicadores de qualidade apenas 14 iniciaram acompanhamento no primeiro trimestre (45%), e só duas com avaliação de exame ginecológico, o que representa apenas 6% das gestantes acompanhadas. Com relação ao aleitamento materno exclusivo só receberam orientações duas das 31 gestantes (6%), durante as consultas pré-natais efetuadas.

Os melhores indicadores obtidos no atendimento pré-natal guardam relação com a solicitação dos exames na primeira consulta em 90% das gestantes, a vacinação antitetânica e contra hepatites B em 30 das 31 gestantes avaliadas no período (97%) e a administração de Sulfato Ferroso em 94% das gestantes de acordo com protocolos estabelecidos. Além destes, as gestantes com consultas em dia representam 77%.

Acredito que algumas ações como a educação sanitária sobre aleitamento materno exclusivo às vezes não são comentadas no prontuário ainda sendo realizadas, outras como a avaliação odontológica não foi possível avaliar, pois não constam dados relativos a essa ação no prontuário da gestante embora conhecessem pela anamneses que muitas delas receberam atendimento.

Depois de avaliar os indicadores de cobertura e de qualidade da atenção pré-natal podemos apreciar que ainda falta controle sobre esses aspectos do processo de trabalho, falta ainda cadastrar os 100% das gestantes, acompanhar com atenção pré-natal na consulta e/ou na visita domiciliar, procurando realizar o primeiro atendimento precoce no primeiro trimestre. Além disso, esclarecer para a gestante a importância de se receber atendimento durante o puerpério, do aleitamento materno exclusivo e do planejamento familiar.

A busca das usuárias faltosas é outra ação a ser feita, pois percebemos que muitas abandonam a atenção ao pré-natal durante a gestação e não é feita a busca ativa rapidamente, outras vezes o abandono acontece após o parto, esquecendo a importância do acompanhamento durante o puerpério. É necessário ainda o devido registro no prontuário de todas as ações feitas com as gestantes, pois algumas delas são feitas, mas nem sempre registradas.

Com relação aos dados da atenção ao puerpério, temos uma cobertura de 48% para esta ação. As consultas antes de 42 dias pós-parto, a consulta puerperal registrada e o exame de abdome, representam 21% de indicador de qualidade cada um. Os demais indicadores tem valores mais baixos de acordo com dados do Caderno de Ações, são eles: 13% das puérperas receberam orientações sobre cuidados básicos com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. O exame das mamas e o exame ginecológico tiveram apenas 4% como valor de indicador. Dados sobre a avaliação do estado psíquico e sobre intercorrências com a puérpera não foram encontrados.

Para a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama o serviço não adota um protocolo ou manual técnico, e só tem um registro específico para o câncer de colo de útero e não se realiza monitoramento regular destas ações. A equipe acompanha 218 mulheres para exame preventivo tendo um índice de cobertura de 43%, sendo que só 40% delas tem o exame citopatológico em dia, e para o câncer de mamas acompanhamos 65 para um índice de 55% e delas, só tem mamografia em dia 11 que representam 17% do total acompanhadas.

As amostras citológicas satisfatórias representaram 39%, mas não existe um percentual muito significativo das amostras não úteis, pois sucede que o resultado demora muito em chegar e às vezes nem chega, motivo este pelo qual muitas mulheres preferem não fazer preventivo no posto de saúde e aproveitam outras oportunidades, por exemplo, quando vão por outro motivo à capital do estado, dando lugar a indicadores mais baixos para o posto de saúde. Por outro lado existem muitas mulheres que ainda sem precisar optam por fazer o exame anual.

Sobre os indicadores encontrados no Caderno de Ações para o câncer de colo de útero, 32% das mulheres foram avaliadas quanto ao risco para tal doença, 28% receberam orientações sobre sua prevenção e 27% receberam orientações sobre DST. Valores que representam 6% foram encontrados para o indicador de exame citopatológico para câncer de colo com mais de 6 meses de atraso e para

exames alterados. Exames coletados com células representativas de junção escamocolunar não puderam ser contabilizados pela falta de registro.

Indicadores que precisam de atenção quanto à prevenção do câncer de mama são: 80% das mulheres com mamografia com mais de 3 meses de atraso; 43% apenas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama e, 52% receberam orientações sobre prevenção da doença.

Aproveitando cada espaço de atendimento das mulheres nas idades compreendidas dentro dos programas de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama para avaliação dos riscos para estes cânceres e para promover educação em saúde, solicitam-se os exames correspondentes com agendamento para eles à saída da consulta, com isso temos melhorado os indicadores destas ações programáticas.

Como parte das ações coletivas no mês de maio, aproveitando o dia das mães, reunimos as mulheres para mostrar como fazer o autoexame da mama, os fatores de risco, reconhecer sinais e sintomas do câncer e estimular a realização do exame preventivo.

A impossibilidade de processar as amostras no mesmo município no caso do exame preventivo do colo de útero e a ausência de tomógrafo (até há pouco tempo) no caso do câncer de mamas se constitui em limitações para obter melhores indicadores destas ações programáticas, pois limitam as possibilidades diagnósticas e desestimulam as usuárias em procurar acompanhamento. Em data recente se anunciou o início da pesquisa de câncer de mama com mamografias no município e já muitas mulheres estão procurando o posto de saúde para acompanhamento.

As ações programadas para acompanhamento de Hipertensão Arterial e Diabetes são feitas nas sextas-feiras todas as semanas no posto de saúde, além do acompanhamento em visita domiciliar programada e dos atendimentos a demandas espontâneas por estas doenças. A equipe de saúde acompanha 161 pessoas com hipertensão representando 43% dos usuários estimados para esta doença na área de abrangência e no caso daqueles que possuem diabetes o indicador de cobertura alcança 56%.

Nos cuidados destas doenças participa de uma forma direta ou indireta a maioria dos membros da equipe e aproveitamos o espaço da visita domiciliar para instruir a doentes e familiares sobre a doença além de fortalecer atividade prática

dos agentes comunitários de saúde e sua capacidade para avaliar riscos e vulnerabilidades.

A unidade não adota um protocolo ou manual técnico para acompanhamento desta doença e nem sempre todas as ações feitas com os usuários são relatadas nos prontuários dificultando avaliação dos indicadores de qualidade, mas conta com um arquivo para os prontuários, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e um registro de atendimento.

A estratificação do risco cardiovascular nestes usuários é muito importante e quase sempre são solicitados os exames laboratoriais pertinentes, mas nem sempre o laboratório do município está em condições de responder à demanda por falta de reativos para determinados exames e a maioria das vezes o agendamento é para uma data prolongada.

É de ressaltar que a demanda de exames aumentou muito a partir da chegada de vários médicos ao município que agora tem 100% de cobertura nas unidades de saúde, com aumento nas ações de prevenção e incremento substancial de solicitação de exames para diagnosticar de forma precoce, possíveis complicações, além de estratificar riscos.

A estratificação de risco cardiovascular foi feita em 52% dos usuários com hipertensos e 56% dos que apresentam diabetes. A demora em fazer os exames, a falta de recursos e às vezes despreocupação do próprio doente terminam afetando o indicador de exames periódicos em dia, ainda assim mais da metade dos usuários hipertensos e diabéticos tem exames periódicos em dia (67% para os hipertensos e 59% os diabéticos).

A orientação sobre alimentação saudável e prática do exercício físico alcançou para hipertensos e diabéticos, valores próximos a 80% e já está incorporada à rotina, a avaliação do índice de massa corporal com orientações para reduzir o peso corporal naqueles usuários com sobrepeso ou obesidade e, além disso, avaliação por nutricionista do NASF que atende os previamente os encaminhados todas as segundas-feiras à tarde. Falta ainda aproveitar espaços disponíveis como a sala de espera para fazer ações de educação em saúde com maior frequência.

Os piores indicadores de qualidade para usuários acompanhados por diabetes correspondem por ordem decrescente ao atraso na consulta agendada, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial e pedioso, e avaliação da

sensibilidade nos membros inferiores; demonstrando que falta ainda consolidar as ações de prevenção, neste caso a prevenção de complicações e o diagnóstico precoce delas. A maioria das pessoas com diabetes não tem tratamento com vitaminas do complexo B que melhora o metabolismo dos carboidratos e previne polineuropatia, o que reforça a ideia anterior. Não foram encontrados registros sobre avaliação em saúde bucal de hipertensos e diabéticos.

A saúde de 124 idosos é acompanhada pela equipe, representando 86% da população estimada, mas de acordo com os dados do cadastramento dos agentes comunitários a equipe tem 224 usuários com 60 anos ou mais. Não existe um dia específico para atendimento dos idosos no posto de saúde nem existem protocolos, nem se conta com um registro específico para realizar monitoramento de forma regular das ações. Com esta ação programática acontece algo particular, é que muitos deles recebem acompanhamento por determinadas patologias crônicas incluindo diabetes e hipertensão arterial que conduz a melhores indicadores de cobertura, 19% deles são hipertensos e 11% diabéticos de acordo com os indicadores de qualidade. Com acompanhamento em dia na unidade estão 66% dos idosos. Recentemente se disponibilizou a caderneta do idoso e iniciamos a entrega aos acompanhados.

Ao analisar os indicadores de qualidade é possível perceber as dificuldades, pois a avaliação do risco de morbimortalidade, investigação de fragilidade na velhice e avaliação multidimensional rápida não foi realizada com nenhum idoso ou não foi relatada no prontuário. Em tanto outras ações como as orientações nutricionais e orientações de atividade física foram oferecidas para aproximadamente 70% deles. É válido ressaltar que embora as orientações nutricionais sejam oferecidas, às vezes resulta difícil cumpri-las pelo paciente ter pouca disponibilidade de verduras frescas no município ou por preço alto dos peixes, por exemplo.

Dentro desta faixa etária é comum encontrar usuários com doenças crônicas e com sequelas de doenças que não conseguem ir ao posto de saúde, porém todos foram cadastrados e eles são visitados no domicílio e quando precisam realizar os exames laboratoriais no domicílio mesmo, o agente comunitário é encarregado de coordenar estas ações com assistente social. Muitas vezes os usuários precisam de intervenções cirúrgicas por doenças como hérnias e cataratas dentre outras e não conseguem ser avaliados por especialista, serviço só disponível na capital do estado a mil quilômetros de distância.

Aproveitamos o espaço da visita domiciliar para orientar os familiares sobre cuidado e manejos do paciente idoso em relação à alimentação, sono, exercícios, risco de quedas, tratamento das doenças crônicas, dentre outros aspectos que consideramos necessário, existindo boa adesão dos usuários e familiares com as ações propostas.

Manter a saúde da população sempre será um desafio difícil a se enfrentar e na medida em que os indicadores vão sendo melhorados, as ações tem que ser mais específicas, muito melhor planejadas e com avaliação contínua para manter a tendência decrescente, por exemplo, numa etapa inicial a administração de soro oral nas doenças diarreicas diminuiu a mortalidade infantil, para continuar essa tendência será necessário melhorar a qualidade da consulta de puericultura, assim como serviços de neonatologia e de pediatria nas redes de atenção secundária, dentre outras ações.

Considero como os maiores desafios a enfrentar a instabilidade dos trabalhadores nos postos de saúde, pois muitos agentes de saúde, sobretudo mudam muito de emprego. Conseguir o engajamento de todos os trabalhadores com a implementação das mudanças e da população com as ações, fortalecendo por sua vez o controle social que garanta a continuidade das ações, será outro desafio a superar.

Como terceiro desafio, podemos citar a limitação de recursos como equipamentos e utensílios, pois alguns deles têm quebrado como, por exemplo, a impressora sem existir a substituição dela, as balanças continuam sem calibrar e assim por diante.

Como recursos positivos para atingir o objetivo de melhorar a saúde de nossa população, contamos com nossa experiência de muitos anos de trabalho na atenção primária em saúde, além de contar com uma equipe completa na unidade, que estamos engajando na medida em que avançamos com nosso curso e com as mudanças que ele propõe, nesse sentido podemos dizer que nosso principal recurso é nosso curso de especialização.

Os questionários e o caderno de ações programáticas permitiu avaliar de forma integral a estrutura da unidade e o processo de atenção à saúde deixando descobertos muitos problemas da estrutura e do processo de atendimento que

terminam afetando o resultado final que é conseguir a melhoria do estado de saúde de nossa população.

Chamou minha atenção o baixo índice de cobertura da consulta de puericultura além de que em muitos casos acompanhados não se avaliava os parâmetros de crescimento e desenvolvimento das crianças que abarca as mensurações e desenvolvimento psicomotor, e a vacinação não foi possível avaliar por falta de dados nos prontuários e na sala de vacinação, ações que são de suma importância para conseguir diminuir a mortalidade infantil e melhorar o estado de saúde com conseguinte melhor desenvolvimento das crianças.

No caso das gestantes chamo a atenção que menos da metade delas iniciaram a consulta pré-natal no primeiro trimestre (45%) e que só 6% delas receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e exame ginecológico feito, além de que muito poucas receberam atendimento logo durante o puerpério. No caso das pessoas com diabetes os dados possibilitaram conhecer as dificuldades que existem em relação com o exame físico dos pés, a avaliação da sensibilidade e a palpação dos pulsos periféricos. Há falta de registros na unidade em relação a indicadores de acompanhamento dos idosos tais como, investigação da fragilidade, avaliação multidisciplinar rápida e avaliação do risco de morbimortalidade.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar o texto do relatório com o texto relatado na segunda semana é possível perceber quanto mudou nossa percepção da estrutura da unidade e do processo de trabalho, a partir dos elementos de análise aportados pelo curso de especialização e quantos problemas de saúde conseguimos identificar.

Na estrutura física da unidade poucas coisas mudaram em relação com o descrito no texto inicial, mas o que mudou e muito foi nossa percepção de tudo o que precisamos para melhorar a qualidade do processo de atendimento em condições ideais, por isso as condições estruturais foram descritas no relatório de uma forma mais detalhada. Alguns problemas estruturais tiveram solução, por exemplo, se colocaram fechaduras e lâmpadas nas consultas para melhorar a

privacidade e a iluminação, se delimitou bem o espaço da recepção e com melhores condições, por sua vez a disponibilidade de remédios na farmácia do posto melhorou muito também. Limita um pouco as possibilidades de melhoria das condições estruturais da unidade a curto prazo, o fato de que o posto é um local adaptado alugado e já se iniciou a construção do novo posto de saúde.

No processo de trabalho até a presente data muitas coisas mudaram também, por exemplo, o processo de acolhimento que no início era agendando fichas e no momento atual é de forma espontânea e com dias específicos para algumas ações programáticas como a saúde da criança, atenção pré-natal e os programas de diabetes e hipertensão, sem deixar de oferecer atendimento para estes quando visitam a unidade de forma espontânea.

Ao analisar agora as tendências em saúde é possível perceber que existe uma notável redução dos atendimentos de urgências e, sobretudo, das crianças com pneumonia e diarreias em estado grave com necessidade de encaminhamento e de internação hospitalar e isto obedece às mudanças feitas no processo de acolhimento com a maioria das consultas oferecidas no dia.

Outra coisa que mudou foi a visão dos profissionais sobre a importância dos registros, já que perceberam a importância deles para avaliar a qualidade do processo de atendimento assim como para planejar ações em saúde como por exemplo, a busca dos usuários faltosos. Melhorou também a relação entre os membros da equipe, percebendo a importância de cada um de forma individual e dentro do coletivo. Constitui uma fortaleza o fato de que a equipe mantém quase a mesma composição desde o início com mudanças só dos agentes comunitários com uma micro área sem cobertura deles no momento atual.

A oferta de exames também teve melhoria, pois o laboratório de referência ambulatorial já tem disponíveis os estudos de transaminase e lipídios fracionados, além de que exames que precisam mais recursos como os ultrassônicos e a mamografia já são feitos no município e os usuários que precisam deles já não tem que deslocar-se para fora do município. Os colegas do posto mostram interesse para ajudar com as atividades do curso e o engajamento público da comunidade teve alguma melhoria, mas ainda não todo o engajamento que precisamos para conseguirmos aumentar o controle social e adesão com as atividades educativas coletivas.

Falta agora atuar sobre os problemas detectados e tentar protocolizar todas as ações programáticas que sem dúvida conduzirá a um melhor atendimento, pois nos protocolos estão contidos os procedimentos que tem demonstrado melhores resultados para acompanhar usuários em risco, para prevenir, diagnosticar e tratar doenças, assim como para prevenir complicações e fazer diagnóstico precoce delas, fazendo uso adequado e racional de recursos baseados na experiência teórica e prática.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento da população associado à progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis acabou forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública no Brasil, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Isto precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e de atenção à saúde da criança, inclusive como condição para que se possam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

A atenção à saúde da criança foi a primeira ação programática implementada na atenção básica e logo com o surgimento das demais ações programáticas e a redução da mortalidade infantil diminuiu a preocupação pela saúde da criança e isto se evidencia nos indicadores de cobertura e de qualidade da consulta de puericultura. Sem dúvida a melhoria da atenção à saúde da criança por sua estreita relação com as demais ações da atenção básica, pode trazer benefícios para a saúde da comunidade a curto e longo prazo, pois além de garantir gerações saudáveis, conduzirá a melhorias na saúde sexual e reprodutiva e ao controle de doenças crônicas. É importante lembrar que as crianças são quase sempre acompanhadas pela mãe, o pai ou ambos (o qual seria ideal), tornando-se um espaço para agir sobre os problemas de saúde de cada um deles e da família em conjunto.

O planejamento familiar, a violência contra a mulher, se fosse o caso, as doenças crônicas e o papel da família na prevenção de doenças e agravos à saúde, podem ser avaliados aproveitando o espaço da consulta de puericultura. Problemas de saúde que são causas de mortes maternas como o aborto ilegal podem ser

evitados garantindo planejamento familiar à mãe da criança, outros como os acidentes e a mortalidade ou necessidade de internação das crianças por doenças diarreicas e respiratórias podem ter redução significativa com consultas de puericultura de qualidade e com ampla cobertura.

Por ser um local adaptado que se transformou em uma UBS a estrutura física de nossa unidade difere muito da estrutura ideal e está composta em sua estrutura por uma pequena sala de recepção, dois consultórios médicos com um espaço físico inferior a 9m² cada um e sem disponibilidade de água encanada, local para curativo e procedimento compartilhado também para nebulização, farmácia, sala dos agentes comunitários e consulta odontológica. As salas de laboratório, vacinas e cozinha ficam em outro local fora da edificação principal. Para o trabalho das enfermeiras o posto de saúde conta com apenas uma sala, sendo que cada equipe tem uma enfermeira.

Além delas, a unidade dispõe de dois médicos, 11 agentes comunitários de saúde, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral, um técnico de laboratório, uma farmacêutica, uma recepcionista e dois odontólogos acompanhados de dois auxiliares e dois técnicos de saúde bucal, todos para garantir atendimento a uma população de 4.715 usuários que moram na área de abrangência. Para a consulta de puericultura a unidade tem balança infantil, mas nunca tem sido calibrada, tem antropômetro para crianças, as vacinas existem em quantidades suficientes e a sala de vacinação tem condições físicas adequadas e possui geladeira exclusiva para vacinas. Os medicamentos que as crianças precisam para doenças agudas e para profilaxia estão geralmente disponíveis e medicamentos como o sulfato ferroso tem aumento progressivo da prescrição, mas em consonância com isso, já foi acordado com a farmacêutica da unidade e do município o aumento da disponibilidade. Existe consultório odontológico na unidade e existe disposição para melhorar a saúde bucal das crianças.

Em relação ao programa de saúde da criança nossa área de abrangência tem cadastrados 52 menores de um ano e deles 16 recebem acompanhamento no posto o que representa 32% do total de cadastrado, sendo a ação programática com indicador de cobertura mais baixo, o qual se pretende elevar para 75%. Os indicadores de qualidade demonstram que só 13% das crianças tiveram consulta em dia e, o teste de pezinho, a consulta nos primeiros sete dias de vida e a triagem auditiva só foram feitos em 6% do total de crianças acompanhadas. Quando

avaliamos outros indicadores como a avaliação do desenvolvimento e o crescimento na última consulta, o percentual ascende a 19% e 44% respectivamente. Crianças com atraso de consulta agendada em mais de sete dias representam 88% e, não possuímos dados sobre as vacinas em dia e avaliação em saúde bucal das crianças. Muitas mães mostram algum interesse e executam as ações propostas, porém falta ainda melhorar a qualidade do atendimento e iniciar a puericultura desde a própria consulta pré-natal incentivando as mães para trazer os filhos para consulta. Ações de promoção à saúde sobre aleitamento materno, alimentação saudável e acidentes na infância, dentre outras já são desenvolvidas nas consultas de puericultura e no acolhimento.

Existem na área de abrangência algumas crianças com doenças crônicas e congênitas que não recebiam atenção de saúde integral para crianças e as ações se limitavam a renovar os receituários para aquisição dos remédios controlados. Óbitos por doenças diarreicas associadas à desnutrição e parasitismo ainda ocorrem, embora sejam cada vez menos frequentes demonstrando a necessidade de ampliar a cobertura e a qualidade da puericultura.

A intervenção será muito importante no contexto de nossa UBS, pois a puericultura é a ação programática com indicador de cobertura mais baixo e pretendemos ampliar a cobertura até 75% das crianças da área de abrangência, aumentando o público atendido pelas ações. Além disso, através da melhoria dos indicadores de qualidade deste foco de atenção, a saúde das crianças acompanhadas na unidade poderá ser melhorada consideravelmente, trazendo consequências positivas para seu crescimento/desenvolvimento e também proporcionando aprendizado aos familiares e contato constante junto à equipe de saúde.

A ação programática está implementada na UBS e para a consulta de puericultura é destinada a segunda-feira pela manhã e à tarde, ainda assim as crianças com doenças agudas são avaliadas qualquer dia da semana. Embora a puericultura esteja implementada, a unidade de saúde não adota um protocolo ou manual técnico para efetuar as atividades dificultando a coleta dos dados e avaliação de alguns indicadores como a vacinação e a saúde bucal, aspectos muito importantes para o bom desenvolvimento das crianças.

Além disso, não existe um registro específico para o monitoramento regular destas ações, dificultando avaliar as ações e recuperar o acompanhamento das

crianças faltosas com a participação dos agentes comunitários, aspectos que podem ser melhorados com nossa intervenção. O teste auditivo não está disponibilizado no município.

Os demais indicadores de qualidade temos possibilidades de melhorá-los e atingir 100% para a maioria, sem dúvida todas estas ações contribuirão para um melhor crescimento e desenvolvimento das crianças e favorecerá estilos de vida saudáveis, evitando a aparição de doenças e condições de risco em idades posteriores. Entre os fatores que viabilizam a nossa intervenção temos o comprometimento da equipe e conhecimento do protocolo e da necessidade de sua implementação para melhorar a qualidade dos atendimentos, agentes comunitários engajados, que cumprem suas atribuições e sabem da sua importância para a execução das ações, pois receberam capacitação prévia para desenvolver as ações sempre valorizando seu trabalho.

Contamos com uma população interessada no sentido geral, embora nem sempre tenha boa adesão a todas às ações da unidade. A disponibilidade de espaço físico para realizar atividades educativas é restrita dentro da unidade, mas é possível utilizar espaço com teto localizado em frente à sala de vacinas e laboratórios e de fato já tem sido utilizado frequentemente. A maioria dos partos da comunidade ocorre no hospital e são oferecidas orientações verbais e impressas para a mãe incentivando a realização do teste de pezinho e retorno para atenção básica para acompanhamento na consulta de puericultura. Outro fator importante é que os gestores municipais mostram interesse por ajudar e já está conveniado com eles a impressão dos instrumentos necessários.

Como fatores que podem dificultar a execução das ações, temos o baixo nível cultural da população e as constantes migrações das famílias para as comunidades fora de nossa área de abrangência depois do parto. Outro aspecto a considerar é a ausência de um agente comunitário de saúde para uma microárea com as dificuldades que implicarão cumprir as ações para esta população e não existem possibilidades em curto prazo de superar essa dificuldade, com ajuda dos agentes das micro áreas próximas estamos atendendo essa micro área sem assistência.

A consulta pré-natal experimenta melhorias, mas ainda assim não é possível conhecer a data provável de parto de todas as gestantes, pois nem todas recebem acompanhamento na unidade, com ajuda dos agentes comunitários pretendemos conhecer o número total de gestantes e a data provável de parto para poder iniciar a

puericultura nos primeiros sete dias. Ações durante a consulta pré-natal, como as orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre os cuidados do recém-nascido e a importância dos testes, podem melhorar a qualidade do atendimento das crianças. O início nos primeiros sete dias e a adesão ao serviço de puericultura já foram conveniados com a enfermeira, para que haja inclusão destas ações dentro da consulta de pré-natal com ênfase no terceiro trimestre da gestação.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a saúde das crianças de zero a 72 meses da UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira no município de São Gabriel da Cachoeira/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Criança:

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

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

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

A meta 2.8 foi excluída uma vez que o exame para a realização da triagem auditiva não está disponível no município.

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

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

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área da UBS.

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas programáticas.

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

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

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Geraldo Siqueira, no município de São Gabriel da Cachoeira/AM.

Para a implementação de melhorias com relação à atenção à saúde da criança, serão realizadas ações direcionadas a este foco de atenção, visando atingir os objetivos anteriormente traçados. As ações serão monitoradas por meio de

registros que permitirão o cálculo de indicadores. Todas as ações englobam os quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Com base na análise situacional realizada na Unidade Dr. Geraldo Siqueira, em que o foco de atenção escolhido para as ações de intervenção foi a Saúde da Criança, seguem detalhadas as ações que serão realizadas com base nos quatro eixos pedagógicos que o curso indica: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ressalto que a triagem auditiva foi excluída das ações, pois o município não dispõe de condições para sua realização.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da UBS.

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento de Ações

Em cada consulta o médico ou enfermeira atualizará a ficha espelho da criança e logo as informações nela contidas serão repassadas para a planilha de coleta de dados pela enfermeira e o médico, ação que possibilitará monitorar o número de crianças cadastradas no programa semanalmente e ao final de cada mês.

Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita e Priorizar o atendimento das crianças.

Detalhamento de Ações

Será atualizado o cadastro das crianças compreendidas entre zero e 72 meses pelos agentes comunitários de saúde, para conhecer a população alvo e se atualizará de forma permanente dando entrada a criança a cada vez que aconteça um parto, e saída quando alcance os seis anos de idade ou deixe de morar de forma definitiva na área de abrangência.

As crianças que recorrerem à unidade com doenças agudas ou para vacinação serão incorporadas ao programa de saúde da criança de forma prioritária,

recebendo atendimento no mesmo dia e terão a data da próxima consulta marcada ou sair da consulta. A consulta de puericultura será na segunda feira pela enfermeira, e quinta feira pelo médico. Para cada criança acompanhada será preenchida a ficha espelho, as curvas de crescimento e serão anotados dados na ficha espelho, que não aparecem na mesma e que é necessário monitorar na intervenção. As fichas serão arquivadas ordenadas por dias de atendimento com separadores por dias e meses do ano permitindo identificar as crianças faltosas.

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

Detalhamento de ações.

Com relação ao engajamento público, orientaremos a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, esclarecendo por meio de ações de educação em saúde sobre a importância da realização da puericultura e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.

Além disso, serão feitas ações para esclarecer a comunidade sobre a necessidade de atenção prioritária às crianças na UBS, assim como a importância do acompanhamento regular. Estas ações serão feitas no início da intervenção e mensalmente, na mesma UBS, no processo de acolhimento e em atividades de educação em saúde programadas para esses fins.

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

Detalhamento de ações.

Para qualificação da prática clínica estão previstas ações de capacitação para a equipe no acolhimento da criança, com debate das Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção à saúde da criança, disponibilizado no caderno de atenção básica correspondente a esta ação programática, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS aproveitando a reunião da equipe.

Para a capacitação sobre acolhimento da criança e Políticas de Humanização, utilizaremos como base o caderno de acolhimento à demanda

espontânea (volume I) adaptado à realidade das crianças, definindo os responsáveis desta ação na UBS, embora sempre que seja possível será feito pela equipe.

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

Detalhamento de Ações.

Para isso, continuaremos aproveitando o espaço da visita domiciliar para capacitar de forma teórica e na prática a equipe sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e a comunidade sobre esse programa.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

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

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

A meta 2.8 foi excluída uma vez que o exame para a realização da triagem auditiva não está disponível no município.

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

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

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade

Ação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que ingressaram no programa de puericultura na

primeira semana de vida anotando o nome das crianças que não receberam a consulta nos primeiros sete dias para analisar as causas na reunião da equipe.

Ação: Fazer a busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Detalhamento de Ações.

Para isto é preciso conhecer a data provável do parto das gestantes da área de abrangência a qual será disponibilizada pela enfermeira que atende o pré-natal e pelos agentes comunitários no caso em que a gestante não receba acompanhamento na unidade. O agente receberá indicação de efetuar a visita domiciliar e determinar se o parto aconteceu ou não citando a criança para consulta ou programando a visita domiciliar acompanhado por médico, enfermeira ou ambos.

Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança

Detalhamento de Ações.

Iremos informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança. Será aproveitada a consulta pré-natal para dar essas informações às mães com ênfases no terceiro trimestre da gestação. Além disso, o tema será abordado nas atividades de educação em saúde com a comunidade em geral para que os familiares e a comunidade em geral incentivem às mães para trazer os filhos na primeira semana de vida para consulta, assim estaremos contemplando o eixo de engajamento público.

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

Detalhamento de Ações.

Para a qualificação da prática clínica iremos capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção a saúde da criança disponibilizado no caderno de atenção básica correspondente a esta ação programática, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS aproveitando a reunião da equipe. A

equipe também será capacitada sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança. Essa capacitação será realizada na própria reunião da equipe e terá atividade prática nas atividades de educação em saúde quando diferentes membros da equipe orientarão a comunidade em geral sobre este aspecto.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento de Ações.

Para esta ação contamos com as curvas de crescimento impressas na unidade e pretendemos reproduzir para que cada membro da equipe faça uso delas em cada consulta de puericultura. A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas em que não foi avaliada a curva de crescimento para analisar as causas na reunião da equipe. As curvas de crescimento serão arquivadas para cada criança junto com a ficha espelho.

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento de Ações.

Os materiais para a realização das medidas antropométricas estão disponibilizados na unidade e o gestor foi informado sobre a necessidade de calibração das balanças, sendo que o município não conta com serviço de metrologia. Continuaremos insistindo para que as balanças sejam calibradas. O material com que conta a unidade será priorizado para a consulta de puericultura.

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

Detalhamento de Ações.

O caderno de atenção básica 33 estará disponível no consultório ou na sala da gestora do posto para consulta caso exista necessidade, assim teremos a versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informar sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade

Detalhamento de Ações.

Os pais serão informados em cada consulta sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças e receberão aconselhamento antecipado nas consultas, além de orientar a leitura da caderneta de saúde da criança. Pretende-se utilizar a caderneta de saúde da criança para tais fins, pois nela estão contidas as curvas de crescimento e só precisa ser utilizada. Esta ação já está sendo executada na unidade e os pais mostram interesse por conhecer como interpretar as curvas de crescimento, isso melhora muito o engajamento deles.

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

Detalhamento de Ações.

Aproveitaremos o espaço da própria sala onde é feito este procedimento na unidade para realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança com as técnicas de enfermagem que participam deste processo de forma prática.

Ação: Padronizar a equipe na realização das medidas.

Detalhamento de Ações.

O treinamento em conjunto permitirá padronizar a equipe na realização das medidas permitindo avaliar de forma adequada o crescimento da criança com independência do profissional que realize as medidas.

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

Detalhamento de Ações.

Utilizando as cadernetas das crianças depois de realizar as medidas antropométricas a equipe passará a preencher as curvas de crescimento e interpretação das curvas.

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas em que na avaliação da curva de crescimento a criança teve déficit de peso, anotando os dados gerais para analisar o caso na reunião da equipe e procurar soluções conjuntas que devem incluir a participação do NASF (Nutricionista).

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit ou excesso de peso.

Detalhamento de Ações.

As fichas de crianças com déficit ou excesso de peso serão marcadas na borda superior anexando a informação de déficit/excesso de peso de forma que possa ser retirada ao desaparecer a condição de risco.

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

Detalhamento de Ações.

Os pais serão orientados quanto ao ganho de peso adequado esperado assim como do resto das medidas antropométricas, orientando por sua vez ações a desenvolver para obter os resultados esperados. Da mesma forma, serão orientados sobre a leitura da curva de crescimento, podendo identificar sinais de anormalidade.

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas em que na avaliação da curva de crescimento, teve excesso de peso anotando os dados gerais para analisar o caso na reunião da equipe e procurar soluções conjuntas que devem incluir a participação do NASF (Nutricionista).

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

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas em que não foi avaliado o desenvolvimento neuro-cognitivo anotando os dados gerais para analisar o motivo pelo qual não foi avaliado. Do número total de crianças acompanhadas, serão restados aqueles em que não foi avaliado o desenvolvimento neuro-cognitivo e logo se dividirá pelo total de crianças acompanhadas.

Ação: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Detalhamento de Ações.

Ao avaliar a esfera neuro-cognitiva, as crianças identificadas com atraso do desenvolvimento serão encaminhadas para o especialista para diagnóstico e tratamento. Será conveniado com o setor de encaminhamento da secretaria de saúde para dar prioridade para estes casos.

Ação: Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento de Ações.

As fichas de crianças com atraso no desenvolvimento serão marcadas na borda superior anexando a informação de forma que possa ser retirada a informação ao desaparecer a condição de risco.

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

Detalhamento de Ações.

Aproveitar o exame físico para demonstrar aos pais os aspectos relacionados com o desenvolvimento do seu filho.

Ação; Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Detalhamento de Ações.

Fazendo uso da caderneta da criança informar aos pais e responsáveis das crianças as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária e sua relação com lesões não intencionais, isto será realizado em cada consulta.

Ação: Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Detalhamento de Ações.

Utilizaremos o caderno de atenção básica numero 33 do ministério da saúde em seu capítulo 8 e aproveitaremos o espaço da mesma consulta avaliando, de forma prática, as crianças em um turno de trabalho.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento de Ações.

A capacitação para o preenchimento da ficha de desenvolvimento terá lugar no mesmo dia em que seja capacitada a equipe para avaliar esta ação.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento de Ações.

A enfermeira semanalmente examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que têm vacinas em atraso anotando os dados gerais para analisar o motivo pelo qual não foi vacinada. O número total de crianças com vacinas atrasadas será dividido pelo total de crianças acompanhadas para monitorar esse percentual.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento de Ações.

Quando a criança alcançar os seis anos de idade e for retirada da ação programática, será avaliada se tem vacinação completa ou não e naquelas que tiverem vacinação incompleta, as fichas espelhos serão agrupadas numa pasta para determinar de forma periódica e ao final da intervenção, o percentual de crianças que terminaram a puericultura com vacinação incompleta.

Ação: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

Detalhamento de Ações.

A disponibilidade das vacinas na sala assim como os materiais necessários para aplicação será monitorada duas vezes ao mês, ficando sob responsabilidade da chefe da sala informar a situação na reunião da equipe.

Ação: Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

Detalhamento de Ações.

As crianças que procurarem o serviço para serem vacinadas, serão vacinadas no momento, exceto no caso em que a vacina seja de múltiplas doses.

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento de Ações.

A responsável da sala de vacinas realizará controle diário da cadeia de frio, a temperatura será verificada ao início e no final da jornada e registrada no mapa de controle de temperatura. Todas as medidas para o controle da cadeia de frio ficam sob responsabilidade dela.

Ação: Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento de Ações.

O controle de estoque será feito pela responsável da sala de vacinas e será supervisionado pela gestora do posto para evitar a falta de vacinas. Se existir baixa cobertura de vacinas será priorizada as crianças da área de abrangência.

O controle das datas de vencimento será feito pela mesma profissional, que fiscalizará as vacinas com vencimento mais próximo para que sejam colocadas na frente da geladeira e utilizadas primeiras para evitar a perda de vacinas por vencimento.

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

Detalhamento de Ações.

Os pais e responsáveis serão orientados sobre o calendário vacinal das crianças na primeira consulta de puericultura e as vacinas colocadas serão anotadas pela responsável da sala de vacinas na caderneta de saúde das crianças, anotando as datas das próximas vacinas para evitar esquecimento.

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

Detalhamento de Ações.

A responsável da sala de vacinas realizará capacitação da equipe sobre leitura do cartão da criança, registro adequado inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, será utilizada a reunião da equipe para esta capacitação.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que não receberam suplementação de ferro anotando os dados gerais para analisar o motivo pelo qual não estão recebendo suplementação.

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento de Ações.

Com apoio do gestor do posto e os gestores municipais está sendo aumentada a disponibilidade do suplemento de ferro para garantir a dispensação do medicamento a todos os que precisarem.

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

Detalhamento de Ações.

Com base nos processos fisiológicos explicar aos pais e responsáveis das crianças sobre a importância da suplementação de ferro para crianças de 6 a 24 meses no momento em que a criança alcance os seis meses de idade.

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

Detalhamento de Ações.

Serão utilizadas as recomendações do ministério de saúde contidas no caderno de atenção básica de saúde da criança.

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

Detalhamento de Ações.

Na primeira consulta o integrante da equipe que execute a mesma, monitorará a realização do teste do pezinho indicando para a mãe levar a criança ao hospital para coletar amostra caso não fosse tomada previamente, ou para procurar o resultado, quando chegar o resultado será arquivado no prontuário da criança.

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento de Ações.

O teste do pezinho no município está centralizado no hospital, para a realização, as mães recebem orientações de forma oral e escrita no hospital no momento do parto indicando retorno para a coleta da amostra, para garantir à realização, a equipe tem que insistir para que as mães levem seus filhos, o que será possível fazendo a primeira consulta nos primeiros sete dias.

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

Detalhamento de Ações.

Na consulta pré-natal o médico ou a enfermeira orientarão as gestantes sobre a importância de realizar teste do pezinho até 7 dias de vida com data ideal para coleta entre os três e sete dias. As orientações serão enfatizadas no terceiro trimestre para evitar que a gestante esqueça, explicando as doenças que o teste pode diagnosticar e as vantagens do tratamento oportuno.

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

Detalhamento de Ações.

Independente de a coleta de amostra ser efetuada no hospital, na reunião da equipe será verificada se existe o conhecimento sobre a coleta da amostra e caso seja necessário, será providenciada a capacitação.

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

Detalhamento de Ações.

Incorporaremos à ficha espelho da saúde da criança os aspectos relacionados com a necessidade de atendimento odontológico para que a enfermeira e o médico semanalmente ao examinar as fichas-espelho, identifiquem aquelas que têm avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

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

Detalhamento de Ações.

As crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar serão acolhidos na unidade pelo grupo de atenção a saúde da criança e se avaliará sempre na consulta de puericultura, as necessidades de atendimento odontológico pelo médico ou enfermeira do posto, agendando ao menos uma vez a consulta para avaliação por odontologia em dependência das prioridades e das capacidades de atendimento odontológico.

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

Detalhamento de Ações.

As crianças de 6 a 72 receberão atendimento prioritário para avaliação das necessidades de atendimento odontológico na consulta de puericultura, garantindo ao menos uma avaliação especializada nesta faixa etária.

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

Detalhamento de Ações.

Para o atendimento de saúde bucal das crianças entre 6 e 72 meses serão destinadas as segundas feiras, coincidindo com a consulta de puericultura, o qual possibilitará que as crianças que precisem de atendimento odontológico recebam atendimento no mesmo dia. As crianças recorrerão à consulta odontológica com prontuário clínico e serão avaliadas por odontólogo, que relatará necessidade ou

não de retorno, por sua vez será preenchida a ficha de saúde bucal que será anexada à ficha espelho.

Ação: Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento de Ações.

As necessidades de atendimento odontológico serão avaliadas na consulta de puericultura e as crianças recorrerão à consulta odontológica conforme ordem de prioridade e com prontuário clínico sendo avaliado por odontólogo, o qual relatará no prontuário a consulta realizada e se a criança precisa retornar, por sua vez será preenchida a ficha de saúde bucal, que será anexada à ficha espelho.

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento de Ações.

Este tema já está sendo tratado em atividades de educação em saúde na comunidade e novas atividades deste tipo serão feitas com apoio do odontólogo do posto de saúde, a população alvo será a comunidade em sentido geral.

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento de Ações.

Com apoio do odontólogo do posto, em reunião de equipe, se capacitará a equipe para realização de avaliação da necessidade de tratamento odontológico, o qual permitirá dar prioridade para atendimento para as crianças que mais precisarem.

Ação: Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Detalhamento de Ações.

A ficha de atenção de saúde bucal da criança será anexada à ficha espelho, o qual possibilitará conhecer as crianças que foram avaliadas por odontólogo e aquelas que precisarem cuidados de saúde bucal continuados.

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

Detalhamento de Ações.

Crianças nesta faixa serão cadastradas no início da intervenção e se atualizará o cadastro mensalmente para dar entrada às crianças com seis meses e saída a aquelas com 6 anos completados.

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Detalhamento de Ações.

Nas atividades de educação em saúde a comunidade será informada sobre a necessidade de atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde em geral dando a conhecer as facilidades oferecidas na unidade, estas atividades serão feitas pela equipe com participação do odontólogo do posto e a nutricionista do NASF pela estreita relação da saúde bucal com aspectos relacionados com a nutrição.

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

Detalhamento de Ações.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção a saúde da criança disponibilizado no caderno de atenção básica correspondente a esta ação programática, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS aproveitando a reunião da equipe e abordará também acolhimento das crianças utilizando como base o caderno de acolhimento à demanda espontânea (volume I) adaptado à realidade das crianças.

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

Detalhamento de Ações.

A equipe será capacitada sobre a importância de realizar cadastramento das crianças de 6 a 72 meses e atualização mensal do cadastro, assim como do fluxograma a seguir com crianças nesta faixa etária, com incorporação a consulta de puericultura e posterior encaminhamento para consulta odontológica dependendo da ordem de prioridade. Esta capacitação acontecerá no marco da reunião da equipe.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento de Ações.

Os cirurgiões dentistas escolherão horários para sua preparação, o qual permitirá realizar a primeira consulta para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com maior qualidade e organização da prática clínica. O responsável por essa preparação será o mesmo responsável da sala de odontologia com a participação do médico da equipe, será definido nessa capacitação, o responsável pelo preenchimento de dados complementares que não aparecem na ficha espelho e que são necessários monitorar na intervenção. Não utilizaremos ficha específica, os dados serão completados na ficha espelho do curso.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

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

Detalhamento de Ações.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão as fichas-espelho das crianças identificando o número de consultas e se está em correspondência com a idade de acordo com as recomendações do Ministério, anotando os dados gerais das crianças faltosas e computando o total de crianças que receberam atendimento na data prevista.

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento de Ações.

As crianças ao saírem da consulta de puericultura terão a consulta de retorno agendada para a próxima consulta, isto permitirá conhecer ao final da cada jornada as crianças faltosas e agir em consequência com participação dos agentes comunitários.

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento de Ações.

O agente comunitário de saúde será informado ao final de cada jornada de atendimento de puericultura sobre as crianças pertencentes a sua área de abrangência que não receberam atendimento na consulta de puericultura na data

prevista, para que realizem busca ativa. Caso a criança não compareça à consulta, será programada visita domiciliar com médico e/ou enfermeira.

Ação: Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento de Ações.

As crianças provenientes de busca ativa serão acolhidas qualquer dia da semana preferencialmente pelo agente de saúde e terão prioridade de atendimento.

Ação: Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Detalhamento de Ações.

A educação em saúde com as mães será iniciada na consulta de pré-natal com ênfase no terceiro trimestre e será continuada em cada consulta de puericultura. Ações de educação em saúde com toda a comunidade também serão feitas aproveitando os espaços disponíveis.

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

Detalhamento de Ações.

Treinar os agentes comunitários sobre as informações contidas na caderneta da criança na reunião da equipe e na visita domiciliar, para que eles possam identificar as crianças em atraso através da caderneta da criança.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento de Ações.

Ao finalizar cada jornada laboral, o médico com a folha de acompanhamento, revisará se para cada criança atendida foi preenchida uma ficha espelho e se os dados de cada criança foram devidamente preenchidos nela.

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento e Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).

Detalhamento de Ações.

A folha de acompanhamento será preenchida em cada consulta pelo profissional atuante. Para cada criança acompanhada na unidade, existirá uma ficha espelho que será arquivada em dependência da data de retorno.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações e Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento de Ações.

Em reunião de equipe será pactuado o registro das informações para que aconteça de forma padronizada permitindo o monitoramento posterior das ações. O monitoramento das ações será feito pela enfermeira e o médico do posto com utilização das fichas espelhos das crianças avaliadas cada semana, o que permitirá avaliar os indicadores de cada criança avaliada no mês.

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

Detalhamento de Ações.

Em atividades de educação em saúde realizadas dentro e fora da unidade, será abordado este tema com a comunidade para que conheçam seus direitos.

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Detalhamento de Ações.

Será dada ao conhecimento de toda a equipe, os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade e receberão treinamento prático sobre a forma que deverá ser preenchido cada um deles.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área da UBS.

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento de Ações.

A partir dos dados obtidos na consulta e relatados no prontuário e na ficha espelho, será possível monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

O número de crianças com risco e acompanhamento de puericultura em atraso será obtido com revisão pela enfermeira e médico, da ficha espelho semanal, e ao final de cada jornada de trabalho, na consulta de puericultura, os agentes de saúde serão informados sobre as crianças nesta condição pertencentes a sua área de abrangência.

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento de Ações.

Crianças de alto risco terão consultas com maior frequência em correspondência com o risco específico e as necessidades de saúde. Elas serão identificadas na ficha espelho na borda superior anexando a informação que evidencie tal condição de forma que possa ser retirada quando desapareça a situação de risco.

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

Detalhamento de Ações.

Em atividades de educação em saúde, a comunidade será orientada sobre os fatores de risco para morbidades na infância e a forma de preveni-las.

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

Detalhamento de Ações.

Esta capacitação será feita na reunião da equipe e se complementar com atividades práticas na visita domiciliar.

Para a promoção da saúde das crianças, que consiste no objetivo nº 6 do nosso foco de intervenção, realizaremos as seguintes ações nos quatro eixos pedagógicos:

Ação: Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.

Detalhamento de Ações.

As orientações sobre prevenção de acidentes serão relatadas no prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho, a qual será revisada periodicamente para monitorar o registro das orientações.

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento de Ações.

Cada membro da equipe participará nas orientações sobre prevenção dos acidentes na infância incluindo o pessoal da farmácia que fornecerá informações sobre os cuidados que devem ter os pais com os medicamentos.

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

Detalhamento de Ações.

A comunidade será orientada sobre formas de prevenir acidentes na infância diante de atividades de educação em saúde com as famílias em visita domiciliar e a comunidade em sentido geral.

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

Detalhamento de Ações.

Na reunião da equipe será abordado este tema com participação de todos os membros, cada um escolherá uma faixa etária previamente.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas programáticas.

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

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

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

Detalhamento de Ações.

Durante a primeira consulta, a qual será oferecida de preferência no domicílio, o profissional colocará a criança na mama e fornecerá orientações para a mãe sobre a técnica correta de amamentação relatando todas as ações no prontuário clínico da criança.

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

Detalhamento de Ações.

Essas informações serão acrescentadas também na ficha espelho, o qual permitirá seu monitoramento.

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

Detalhamento de Ações.

Cada profissional que atenda uma criança em consulta de puericultura preencherá a ficha espelho e logo com revisão criteriosa dela será possível fazer este monitoramento.

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

Detalhamento de Ações.

Esse papel será definido na reunião da equipe, todos os membros da equipe estão em condições de promover o aleitamento materno.

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Também será orientada sobre a alimentação adequada para crianças.

Detalhamento de Ações.

Na consulta pré-natal os profissionais da unidade orientarão às mães sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Estas orientações continuarão na primeira consulta de puericultura que de preferência terá lugar na visita domiciliar com participação das redes de apoio da mãe se possível. Novas orientações serão fornecidas em todas as consultas até os dois anos de idade da criança, em que o aleitamento deve ser mantido. Sobre a alimentação adequada, estas orientações serão oferecidas pela equipe na visita domiciliar e, aproveitando esta última para influir sobre as redes de apoio da mãe.

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

Detalhamento de Ações.

Para essa ação será feita visita domiciliar em equipe a uma criança recém-nascida onde um membro da equipe fornecerá aconselhamento para a mãe que por sua vez colocará a criança para mamar.

Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento de Ações.

As orientações nutricionais de acordo com a faixa etária serão relatadas no prontuário e registradas na ficha espelho, o qual permitirá monitoramento semanal pela enfermeira e o médico.

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

Detalhamento de Ações.

Todos os membros da equipe participarão na orientação nutricional na visita domiciliar e na consulta. Será planejada uma consulta com nutricionista do NASF para todas as crianças em idades próximas ao sexto mês.

Ação: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento de Ações.

A nutricionista do NASF fornecerá capacitação sobre orientação nutricional adequada conforme a idade da criança na própria unidade básica de saúde, em horário ainda não definido.

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento de Ações.

As orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie serão fornecidas em cada consulta de puericultura. Para as atividades coletivas contaremos com apoio do odontólogo do posto e serão monitoradas mensalmente.

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

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

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento de Ações.

Com apoio do odontólogo e/ou técnicos de odontologia do posto e aproveitando o horário da visita domiciliar, planejaremos atividades educativas em grupo na escola. Os conteúdos a serem trabalhados estarão organizados em dependência da faixa etária e os principais problemas de saúde bucal detectados. O material necessário para essas atividades está disponível na consulta odontológica e eles serão os responsáveis por organizá-lo.

Ação: Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento de Ações.

Será utilizada a ficha de procedimentos coletivos para monitorar os escolares que participarem destas atividades coletivas.

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

Detalhamento de Ações.

Com apoio dos agentes comunitários de saúde será possível divulgar na própria unidade, na escola e na comunidade em geral as ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

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

Detalhamento de Ações.

Será conveniado com os representantes da escola para fazer outras atividades educativas na escola além das atividades de educação em saúde bucal como, por exemplo, alimentação saudável, acidentes, dentre outras.

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

Detalhamento de Ações.

Realizaremos atividades educativas na comunidade em geral e, sobretudo com responsáveis pelo cuidado das crianças em instituições como as creches.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos

Detalhamento de Ações.

Nas atividades de educação em saúde será abordada a necessidade do cuidado dos dentes decíduos e também serão fornecidas estas informações na consulta de puericultura.

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

Detalhamento de Ações.

As reuniões de equipe serão sempre aproveitadas para abordar todos os temas relacionados com a saúde da criança de forma que, quaisquer membros da

equipe, incluindo os agentes comunitários possam realizar ações de promoção em saúde. As visitas domiciliares se constituem em espaço ideal para esta ação.

Ação: Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento de Ações.

Os agentes comunitários previamente capacitados, o médico e a enfermeira podem fornecer esta capacitação. Será planejada visita domiciliar a cada um deles para tais fins.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são proporções que mostram a cada mês a situação da ação programática em relação a cada meta que está sendo monitorada. Para monitoramento das ações com o foco na saúde da criança, serão utilizados os seguintes indicadores:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador: 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Indicador: 2.1. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

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

Indicador: 2.2. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Meta: 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: 2.3. 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 com déficit de peso.

Meta: 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: 2.4. 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 com excesso de peso.

Meta: 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta: 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: 2.6. Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

Meta: 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador: 2.7. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

OBS.: A meta 2.8 foi excluída uma vez que o exame para a realização da triagem auditiva não está disponível no município.

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

Indicador: 2.9. 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: 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador: 2.10. Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador: 2.11. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta: 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador: 3.1. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador: 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

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

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

Indicador: 5.1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

Indicador: 6.1. 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: 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador: 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

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

Indicador: 6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

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

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

Meta: 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às crianças vamos adotar o Manual Técnico de Atenção à Criança do Ministério da Saúde, nº 33, 2012. Utilizaremos a ficha das crianças, e a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família (ANEXO C). A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, a busca ativa das crianças faltosas e a colocação das crianças para mamar na primeira consulta. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção vamos registrar esses dados também na própria ficha espelho. Estimamos alcançar com a intervenção 75 crianças. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 75 fichas-espelho necessárias, além das 150 curvas de crescimento. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B) fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, cada agente comunitário de saúde disponibilizará a pasta das crianças correspondente a sua micro área e com cada prontuário será preenchida a ficha espelho pela enfermeira ou pelo médico em conjunto com o agente comunitário. Ao mesmo tempo se realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e vacinas em atraso e se orientará para o agente comunitário a busca das crianças faltosas. Ao final com a ficha espelho será conformado o registro específico do programa dividindo as crianças em menores de um ano de idade, de um a dois anos e de três a cinco, facilitando estimar o número total de consultas a cumprir. Para a disposição dos arquivos temos previsto a utilização de um armário que fica disponível na recepção.

O monitoramento da ação programática será feito semanalmente pela enfermeira e o médico que examinarão as fichas-espelho, e a ficha de saúde bucal das crianças identificando aquelas que estão com consultas ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as crianças com consultas em atraso e daquelas que devem iniciar a consulta de acordo com a data provável de parto das gestantes assim como das crianças com vacinas atrasadas. Ao fazer a busca já agendará a criança para um horário de conveniência para a mãe. Além do monitoramento das consultas e vacinas será possível monitorar as crianças que não ingressaram ao programa nos primeiros 7 dias de vida e que não tiveram feito teste

do pezinho, aquelas em que não foi avaliada a curva de crescimento e desenvolvimento neuro-cognitivo e aquelas em que não foi avaliada a necessidade de tratamento odontológico ou não realizaram a primeira consulta odontológica; permitindo fazer ações oportunas para melhorar os indicadores de qualidade. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção à criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Para algumas ações de capacitação cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, outras serão fornecidas pelo médico, pela enfermeira, pela nutricionista ou pelo odontólogo. Estas capacitações ocorrerão na própria UBS aproveitando todos os espaços e na visita domiciliar e serão feitas na primeira semana da intervenção.

As ações de capacitação serão feitas na reunião de equipe, utilizando a sala de reuniões dos agentes comunitários de saúde contemplando as seguintes atividades:

1-Capacitação sobre acolhimento da criança e Políticas de Humanização e para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo: será fornecido pelo médico, definindo nesse momento os responsáveis desta ação na UBS, será utilizado material audiovisual. Prevê-se usar 20 minutos para esta ação.

2-Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança: O responsável será o médico, serão utilizados 10 minutos para sua execução.

3-Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento: A responsável da sala de vacinas utilizará cartões de crianças e fichas espelho previamente preenchidos para realizar esta capacitação de forma prática, previamente com utilização do material audiovisual será fornecida a capacitação teórica. Serão necessários 30 minutos para esta capacitação.

4-Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade e para realizar cadastramento,

identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico: O odontólogo do posto em conjunto com o médico capacitará a equipe nestes temas, será utilizada a ficha espelho e a ficha de saúde da criança. O cadastramento ficará sob responsabilidade dos agentes comunitários e o médico e a enfermeira serão os responsáveis por encaminhar as crianças para acompanhamento na consulta odontológica, de acordo com as prioridades e disponibilidades do serviço. Prevê-se a utilização de 15 minutos para esta atividade.

5- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde: O médico e a responsável das estatísticas do posto (a unidade tem essa profissional) serão os responsáveis de fazer esta atividade. Serão utilizados todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade básica para serem preenchidos de forma prática. Além disso, se utilizará material audiovisual de 14 minutos de duração. A atividade terá uma duração total de 20 minutos.

6-Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade: O responsável desta capacitação será o médico e abarcará todas as áreas da promoção, previamente será distribuída cada área de promoção para algum membro da equipe que exporá o tema para os demais membros da equipe. Estima-se uma duração de 25 minutos.

Estas ações de capacitação serão realizadas na sala de reunião dos agentes comunitários e precisaremos da utilização de computador, datashow, câmera fotográfica e o protocolo em versão eletrônica do programa de atenção à saúde da criança. Além de 40 folhas A4, canetas para o registro das evidências, caderno para as anotações. O tempo estimado para a execução será de duas horas.

Ações de capacitação a serem feitas na visita domiciliar:

1-Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega": Esta ação ficará sob responsabilidade do médico e enfermeira, se aproveitará para fazer a primeira atividade educativa para a mãe e por sua vez a equipe será capacitada. Acontecerá na primeira visita domiciliar durante a intervenção que será programada de preferência para um recém-nascido.

2-Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche: Os agentes comunitários previamente capacitados serão responsáveis pela primeira capacitação na primeira semana e logo em visita domiciliar a equipe priorizará a visita para eles.

Será programada visita domiciliar para estas capacitações com uma frequência aproximada de três semanas e acontecerá no mesmo espaço físico da creche.

Estas ações de capacitação na visita domiciliar precisam de poucos recursos materiais para ser executadas e permitem avaliar o nível de conhecimentos sobre o tema além da avaliação das condições estruturais, higiênicas e os riscos de acidentes. Permitem o uso racional do tempo que é um recurso importante, pois se capacita a equipe e também se educa a população alvo da intervenção. Utilizaremos câmera fotográfica para obter registro de imagens.

Ações de capacitação a serem feitas nas consultas:

1- Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento: O médico será o responsável desta atividade. Os integrantes da equipe previamente estudarão o tema de forma individual e em uma jornada de trabalho de forma escalonada acompanharão o médico na avaliação de duas ou mais crianças.

2- Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde: Serão utilizadas as recomendações do ministério de saúde contidas no caderno de atenção básica de saúde da criança e serão disponibilizadas duas horas ao final do expediente na primeira semana.

3- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência: O responsável por essa preparação será o mesmo responsável da sala de odontologia com a participação do médico da equipe, será definido nessa capacitação o responsável pelo preenchimento da ficha espelho de saúde da criança. O responsável da sala de odontologia utilizará duas horas ao final da jornada de trabalho para sua capacitação de forma individual, previamente o médico fornecerá para ele materiais fornecidos pelo curso, logo na mesma sala de odontologia, terá lugar a capacitação na primeira semana da intervenção.

4- Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde, fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, padronizando a equipe na realização das medidas. Estas ações serão executadas no início da intervenção na própria sala onde são feitas estas atividades na UBS e no decorrer da intervenção será verificado novamente o processo para garantir a avaliação adequada das crianças. Serão utilizados os materiais necessários tais

como fita métrica, balança e as cadernetas das crianças, pois as curvas de crescimento que serão anexadas na ficha espelho da saúde da criança serão preenchidas pelo médico ou a enfermeira na consulta. Serão destinados 30 minutos para a capacitação inicial na segunda feira no início da intervenção. A execução da atividade será responsabilidade da nutricionista do NASF e o médico.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade com ajuda dos agentes comunitários de saúde e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da puericultura. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de incentivar as mães para levar os filhos a consulta nos primeiros 7 dias após do parto e para retomara consulta de puericultura para aquelas crianças faltosas, além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Estas ações serão feitas mensalmente com participação de todos os membros da equipe previamente capacitados utilizando materiais audiovisuais e impressos. Utilizaremos espaços disponíveis na UBS como o local coberto por teto na frente da sala de vacinas que tem espaço físico suficiente para acolher a todos os participantes, além disso, serão feitas atividades na igreja e na escola. A lista dos participantes será preenchida na folha de atividades coletivas. As atividades terão uma frequência mensal e uma duração de 30 minutos.

A saúde bucal será avaliada pelo médico e pela enfermeira na própria consulta e os técnicos de saúde bucal, a unidade de saúde está sem odontólogo e para o primeiro atendimento odontológico será estabelecida parceria com o odontólogo do Centro de Especialidades Odontológicas. As orientações nutricionais também serão fornecidas pelo médico e enfermeira, além da nutricionista do NASF, que acompanhará as crianças com excesso e déficit de peso na própria unidade às segundas feiras, também será disponibilizada uma consulta próximo ao sexto mês de vida (alimentação complementar) para orientações nutricionais pela nutricionista, pois ela mora na região e conhece bem os alimentos típicos. Orientações nutricionais e sobre saúde bucal serão recebidas pelos responsáveis das crianças em atividades de educação em saúde coletiva e no espaço do acolhimento para essas atividades.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificação das crianças com excesso/déficit de peso, com atraso no desenvolvimento ou alguma condição de risco, garantindo encaminhamento caso seja necessário e dando prioridade de atendimento para crianças de alto risco. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Controlar disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, garantindo atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade e aos cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática | x | | | | | | | x | | | | | | | | |
| Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Preenchimento dos registros necessários para monitoramento da atenção à saúde da criança. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Atividades educativas coletivas. | | | | x | | | | x | | | | x | | | | |
| Capacitar os responsáveis pelo cuidado das crianças na creche. | | | x | | | | | | x | | | | | x | | |

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em decorrência do cronograma da especialização em saúde da família tivemos uma redução de 4 semanas nas ações, previstas inicialmente para 16 semanas, que foram reduzidas para 12 semanas. Esta redução dificultou a obtenção da meta de cobertura das ações, mas existiam possibilidades reais de alcançá-la.

O contato inicial com o gestor municipal para explicar nosso projeto foi muito proveitoso e foram disponibilizados todos os materiais impressos, tornando-se possível o início da intervenção. Já com os materiais impressos a primeira ação desenvolvida foi a capacitação dos profissionais, alguns integrantes da equipe receberam a capacitação na semana anterior ao início da intervenção e os demais integrantes foram capacitados na primeira semana da intervenção.

Tal como relatado no diário da intervenção da primeira semana esta ação foi dificultada devido ao fato de que estive trabalhando fora da unidade de saúde no mês anterior ao início da intervenção por necessidades de assistência do município, retornando na semana anterior ao início que por demais coincidiu com a última semana do ano. Para a semana sinalada muitos integrantes da equipe estavam de férias, os mesmos receberam a capacitação na semana inicial da intervenção. Para a capacitação utilizamos como referência o caderno de atenção básica nº 33 – Saúde da criança. Ao final da capacitação cada profissional percebeu o papel que desempenharia na intervenção, conseguindo-se o engajamento deles.

A intervenção foi iniciada com uma situação desfavorável de cobertura dos profissionais na unidade básica, pois não contávamos com dentista, recepcionista e, além disso, faltava uma enfermeira e um agente comunitário. Até a presente data foi incorporada uma enfermeira, um agente comunitário e um dentista (na semana 9),

sendo que agora as duas equipes têm estes profissionais, mas a organização do processo de trabalho se vê dificultada pela ausência de recepcionista, função ocupada por um profissional diferente cada dia.

Durante a execução da intervenção, que teve como foco a atenção à saúde das crianças, as ações planejadas no cronograma foram cumpridas, mas tivemos que fazer algumas adequações. A atividade de educação em saúde coletiva, planejada para a semana 4 foi desenvolvida na quinta semana com participação das lideranças comunitárias, sendo feitas as duas atividades de uma só vez, da mesma forma, aconteceu na semana 9 em que foi reprogramado o contato com lideranças comunitárias para a semana 10, tendo em consideração a presença das lideranças comunitárias na atividade de educação em saúde coletiva e aproveitando a comemoração do dia internacional da mulher. A participação das lideranças comunitárias nas atividades de educação em saúde coletiva permitiu melhorar o engajamento público.

Para o desenvolvimento destas atividades existiu apoio da secretaria de saúde e foram disponibilizados os recursos materiais mínimos necessários, embora nem sempre estivessem disponíveis no momento necessário. O trabalho em equipe com participação de todos os profissionais da UBS foi decisivo para enfrentarmos estas dificuldades. Particularmente difícil foi realizar a atividade de educação em saúde coletiva com a participação de todos os membros da equipe, o dentista e a nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que ocorreu na quinta semana e participaram também as lideranças comunitárias. Apesar de estar previamente planejada e informada para o gestor municipal, existiram dificuldades com os recursos que finalmente com ajuda de todos, conseguimos e a atividade foi desenvolvida de forma exitosa. Foram abordadas nesta atividade, temas relacionados com a higiene bucal, alimentação saudável, aleitamento materno, e prevenção de acidentes. Além disso, foi aproveitado o momento para informar à comunidade e as lideranças sobre o desenvolvimento de nossa intervenção e para solicitar apoio para conseguir a incorporação das crianças à consulta de puericultura nos primeiros sete dias após do nascimento e para fazer o teste do pezinho.

A ausência de dentista no serviço foi o aspecto que mais dificultou o desenvolvimento da intervenção. Para dar atendimento para as crianças na primeira consulta odontológica foi feita parceria com o dentista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência, e se definiu dar atendimento para oito crianças

por semana, a limitação do número de atendimentos esteve determinada pelas possibilidades do serviço e disposição do profissional. Este indicador não teve a melhoria esperada, pois, apesar das ações educativas, nem todos os pais levaram as crianças agendadas para receber atendimento. Com a incorporação do novo dentista na nona semana da intervenção também não foram alcançados os resultados esperados, pois os atendimentos continuaram sendo ofertados no centro de especialidades odontológicas com disponibilidade de uma cadeira odontológica e o serviço de odontologia só retornou para a UBS após concluída a intervenção, devido aos trabalhos de restauração da UBS.

Para ampliar a cobertura partimos da atualização do cadastro das crianças compreendidas entre zero e 72 meses para conhecer a população alvo e iniciamos a intervenção com busca ativa de todas as crianças que receberam atendimento no posto de saúde por alguma causa e estavam com consultas de puericultura desatualizadas, além de incorporar as crianças que procuravam a unidade com doenças agudas ou para vacinação. Não foi definido dia específico para a consulta médica de puericultura como planejado no detalhamento das ações dando atendimento em todas as frequências de trabalho de segunda a quinta-feira (6 frequências, excluindo a visita domiciliar e especialização), isto facilitou o atendimento das crianças e os demais usuários. A própria capacitação prévia permitiu o engajamento dos profissionais e conhecer como seria o processo de trabalho com as atribuições de cada um deles.

Os dados gerais na ficha espelho e a vacinação até a data de incorporação da criança na ação programática foram preenchidos pelos agentes comunitários uma vez que incorporavam a cada criança no programa em ações de visita domiciliar utilizando a caderneta da criança e logo o médico e a enfermeira na consulta preenchiam os dados referentes à consulta e foi atualizado também o calendário vacinal em cada controle. As consultas seguiram o preconizado pelo Ministério da Saúde e guardou relação com a vacinação favorecendo o controle das vacinas e o acesso aos serviços.

O preenchimento das fichas espelhos com as curvas de crescimento anexadas e seu arquivamento em pastas por meses do ano e dias do mês permitiu atualizar os cadastros, identificar as crianças faltosas, com excesso e déficit de peso e com alterações do desenvolvimento, além de monitorar as crianças com consultas na primeira semana de vida. Semanalmente às segundas feiras foram analisadas

as fichas para conhecer a marcha dos indicadores e analisar os resultados na reunião da equipe. Isto possibilitou também analisar as causas de incorporação tardia das crianças ao programa (Posterior à primeira semana de vida) e informar para os agentes as crianças com qualquer tipo de alteração detectada nas consultas. Em cada reunião da equipe foram informadas as gestantes com data provável de parto para essa data.

As crianças com excesso o déficit de peso foram avaliadas pela nutricionista do NASF na própria UBS e receberam as orientações nutricionais segundo o caso. Este fato permitiu a avaliação conjunta multiprofissional em alguns dos casos. Para o cumprimento desta ação não existirem dificuldades, pois o trabalho da nutricionista foi estável durante o período. As crianças que precisavam deste tipo de avaliação eram agendadas imediatamente ao sair da consulta médica ou de enfermagem.

Fazendo uso da caderneta os pais foram informados em cada consulta acerca da interpretação das curvas de crescimento, as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária e sua relação com as lesões não intencionais e o calendário vacinal ao mesmo tempo foram orientados para a leitura da caderneta das crianças por ser este um instrumento útil para a promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes.

Em relação a suplementação de ferro foi orientada a importância desta ação para os responsáveis das crianças compreendidas entre 6 e 24 meses baseado nos processos fisiológicos, se utilizou a caderneta da criança para o controle das entregas em farmácia e a ficha espelho para monitorar a proporção de crianças com suplementação. Existiu disponibilidade de ferro na farmácia o tempo todo demonstrando o comprometimento da farmacêutica e os gestores com a intervenção.

O treinamento das técnicas adequadas para mensurações, para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança padronizado à equipe e para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS foi feito na primeira e oitava semana como previsto no cronograma e repetido a cada vez que existiu mudança do profissional que desempenhou essa labor ou quando as falhas eram evidentes.

Conseguimos atender segundo o protocolo da intervenção, 145 crianças, das 258 residentes na área de abrangência da unidade (56,2%), pertencentes à faixa etária. Os responsáveis das crianças incorporadas ao programa mostraram boa

adesão às ações propostas, o que é evidenciado no fato de que a maioria das crianças com retorno marcado foram avaliadas na consulta sem precisar fazer busca ativa delas e todas as crianças com exames complementares solicitados, estão retornando à consulta para serem avaliadas novamente com resultado dos exames. Não existiram dificuldades com a disponibilidade de vacinas nem com o ferro para fazer a suplementação e, embora não faça parte de nossa intervenção, estamos acompanhando a suplementação de vitamina A para as crianças.

Tivemos ações com indicadores baixos, tal é o caso da primeira consulta nos primeiros sete dias, teste de pezinho entre três e sete dias e o indicador de crianças colocadas para mamar na primeira consulta, pois estas ações não foram feitas no passado quando as crianças nasceram e já não era possível recuperá-las no decorrer da intervenção. Estes indicadores em todo caso serão úteis para demonstrar a importância de nossa intervenção ao comparar as crianças nascidas durante a intervenção com o resto das crianças avaliadas.

Assim, conseguimos realizar dentro do período estabelecido as seguintes ações: Capacitação da equipe sobre o manual técnico de atenção à saúde da criança e sobre acolhimento da criança e Políticas de Humanização; atualização do cadastro das crianças compreendidas entre zero e 72 meses; palestras para a comunidade sobre o programa de saúde da criança, a importância da realização da puericultura e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS; orientações às mães; orientações nutricionais; atividades de educação em saúde individuais e coletivas; contato com a associação de moradores, com os representantes da comunidade e com a comunidade em geral; reorganização da agenda, do processo de trabalho e do registro das ações; monitoramento do crescimento e desenvolvimento; busca ativa; visitas domiciliares; treinamento dos ACS e da equipe como um todo. No apêndice A, no final deste volume, temos imagens de algumas ações realizadas durante a intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Além do déficit de profissionais ao longo da intervenção enfrentamos determinadas situações que dificultaram obter melhores resultados, por exemplo, os dias feriados decretados por causa do carnaval durante a semana 7, dificultaram os atendimentos na consulta e além disso, os atendimentos odontológicos, logo esse

atendimento teve dificuldades durante a semana 11 e 12, limitando ainda mais as possibilidades de melhorar o indicador. Os trabalhos de reforma do posto de saúde somados às condições climáticas desfavoráveis para a visita domiciliar, foram fatores que dificultaram a obtenção de melhores resultados na semana 11 da intervenção.

O teste de pezinho, pelas características do município, é feito no hospital e mostra um indicador baixo para os primeiros sete dias e existem crianças que nunca fizeram, mas o fato de que seja feito no hospital não cria obstáculo para sua realização, mais bem faltava estimulação dos profissionais das UBS para que os pais levassem os filhos nos primeiros sete dias para fazer o teste. Isso se demonstra no fato de que depois de informar para os pais sobre as doenças que o teste diagnostica e as possibilidades de evitar complicações com o diagnóstico precoce, os pais falam que levarão o próximo filho para fazer o teste nos primeiros sete dias. Desde o ponto de vista dos indicadores estas ações não têm muita repercussão no momento, pois são crianças que já não tem como recuperar esta ação, mas favorecerá a realização oportuna do teste no futuro, além de que esses pais incentivaram a familiares e vizinhos para levar os filhos para fazer o teste nos primeiros sete dias.

As ações previstas para o encaminhamento das crianças com atraso do desenvolvimento neuro-cognitivo não foram necessárias por não ser identificados casos ao longo da intervenção. O atendimento odontológico das crianças não aconteceu como programado na mesma unidade de saúde por não contarmos com o profissional no início da intervenção e também por reformas da unidade. Antes de iniciar a intervenção um dos dentistas disponível terminou o período no município e o outro foi transferido para o centro de especialidades odontológicas. Frente a esta situação foi necessário fazer reajustes. Prévia avaliação das necessidades de atendimento odontológico nas consultas médicas e de enfermagem foi estabelecido ordem de prioridades e encaminhada prontuário clínico e ficha espelho para o CEO e com posterioridade à consulta odontológica eram analisados os resultados e encaminhados para os agentes as crianças faltosas a consulta odontológicas e aquelas com reconsulta programada para a busca ativa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para a coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção não existiram dificuldades e os dados obtidos nas consultas diárias foram preenchidos na planilha eletrônica evitando desta forma o acúmulo de dados que implicaria maior volume de trabalho, ajudou muito para isto o preenchimento da ficha espelho no mesmo momento da consulta pelo profissional atuante.

Os dados gerais e o calendário vacinal das crianças na ficha espelho foram preenchidos pelos agentes comunitários de saúde e anexados ao prontuário da criança para o atendimento e preenchimento da ficha na própria consulta. As fichas estão sendo arquivadas dependendo da data de retorno em uma pasta com 12 separadores, por meses do ano, para o ano atual e por ordem alfabética dos nomes para o ano próximo (2016) e se realiza a busca ativa das crianças faltosas. A consulta de puericultura pela enfermeira continua sendo as segundas-feiras à tarde e é aproveitado esse momento para fazer atividades educativo-coletivas com participação dos agentes comunitários de saúde.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa intervenção esta sendo incorporada à rotina de trabalho e foram incorporadas as metas para cada agente de saúde a cumprir por semanas. A avaliação das crianças em consulta médica acontece em todas as frequências de trabalho de segunda a quinta (6 frequências, excluindo a visita domiciliar e especialização), sendo que cada agente tem a meta de enviar três crianças na frequência que corresponde atendimento para sua micro área, até incluir 100% das crianças. Isto permite que cada agente tenha igual participação na intervenção e faça o acolhimento das crianças, e, além disso, não existe um dia definido para a puericultura pelo médico, facilitando o atendimento dos demais. Para cada criança estão sendo feitas todas as ações do protocolo, exceto a triagem auditiva por não estar disponível no município.

Acredito que existem condições na unidade para que as ações implementadas sejam mantidas ainda depois de concluída a intervenção, pois a equipe já incorporou as ações como rotina da UBS, porém um dos objetivos da intervenção já foi cumprido. Continuamos trabalhando para melhorar os demais

indicadores de qualidade, confiantes de que com cada ação, estamos contribuindo para melhorar a saúde das crianças e garantindo gerações posteriores saudáveis, mas a persistência no futuro também dependerá do engajamento dos futuros profissionais.

O encurtamento das ações refletiu de forma desfavorável na obtenção de melhorias nos indicadores, tanto de cobertura como de qualidade, pois nossas ações estavam planejadas para alcançar a meta de cobertura na semana 15 da intervenção e, além disso, os trabalhos de reforma do posto de saúde concluem nesta semana, sendo que nas próximas semanas a sala odontológica estará funcionando no posto de saúde e permitirá incrementar os atendimentos para as crianças e para a população em sentido geral. Mas acreditamos que os indicadores serão atingidos com o passar do tempo, pois a ação programática foi incorporada como rotina pela equipe pelo serviço.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção com foco na saúde da criança, realizada na área de abrangência na UBS Dr. Geraldo Siqueira em São Gabriel da Cachoeira/AM, aconteceu em 3 meses, no total de 12 semanas. Em decorrência do cronograma da especialização em saúde da família, tivemos uma redução de 4 semanas nas ações. Assim, oficialmente como resultados das atividades exercidas no decorrer da intervenção, teremos os resultados obtidos em 12 semanas ao invés de 16 semanas como estava organizado nosso cronograma inicial do projeto de intervenção. Detalharemos abaixo cada indicador de acordo com a meta planejada no projeto.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 75% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a nossa área de abrangência. Na área adstrita à UBS existem, segundo dados cadastrais, 258 crianças. Ao iniciar a intervenção só 32% das crianças menores de um ano (16 crianças) recebiam acompanhamento na unidade e muitas delas estavam com consultas atrasadas. Este percentual era ainda muito menor em crianças entres 12 e 72 meses.

A partir do início da intervenção, o número de crianças acompanhadas teve progresso ao longo do tempo, sendo que no primeiro mês conseguimos avaliar 47 crianças representando 18,2% do total (47/258) e já no segundo mês o número de crianças acompanhadas representava 39,5%, com 102 crianças incorporadas. A intervenção concluiu um mês antes do previsto com 145 crianças incorporadas às ações de puericultura, este valor representa uma cobertura de 56,2% e tem uma

diferença de 18,8 pontos percentuais com relação a nossa meta (Figura 1). Este percentual (18,8%) corresponde aproximadamente à média de crianças incorporadas por mês durante a intervenção, portanto acreditamos que seria possível cumprir a meta em 16 semanas de intervenção.

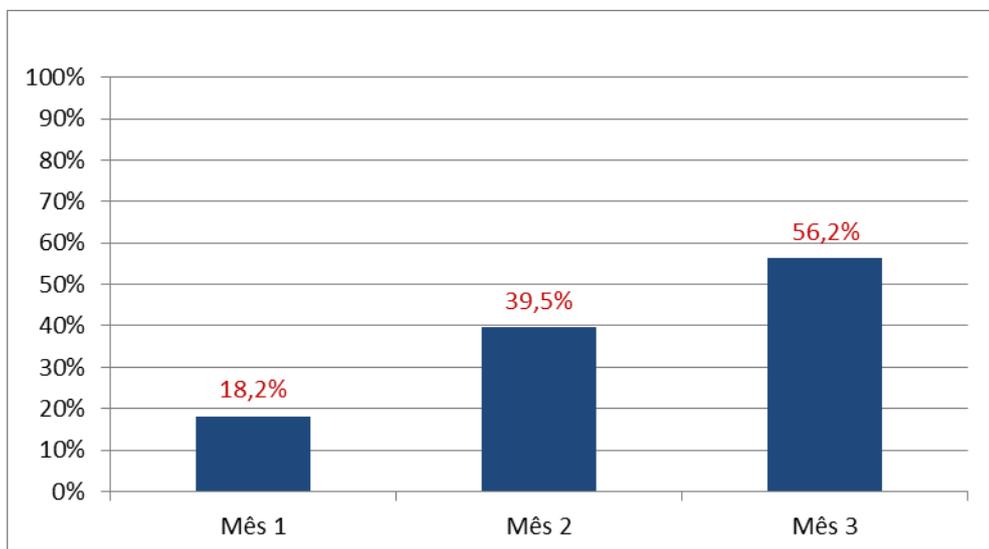


Figura 1 – Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança da UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Para alcançar os resultados expostos anteriormente foi necessário que os agentes comunitários de saúde atualizassem o cadastro das crianças compreendidas entre zero e 72 meses, sendo que o primeiro mês foi dedicado a colocar em dia o acompanhamento das crianças que alguma vez haviam recebido atendimento no posto de saúde por qualquer causa. Em cada consulta o médico ou enfermeira atualizava a ficha espelho da criança, e logo as informações nela contidas foram transcritas para a planilha de coleta de dados semanalmente, o que possibilitou monitorar o número de crianças cadastradas no programa semanalmente e ao encerrar cada mês.

As crianças que buscavam a unidade com doenças agudas ou para vacinação foram incorporadas ao programa de saúde da criança de forma prioritária recebendo atendimento no mesmo dia e tiveram a data da próxima consulta marcada ao sair da consulta. Para cada criança acompanhada foi preenchida a ficha espelho e anexadas as curvas de crescimento. As fichas foram arquivadas, ordenadas por meses do ano permitindo identificar as crianças faltosas. Não foi estabelecido um dia fixo para a consulta de puericultura para não afetar o

atendimento do resto dos usuários, mas foram estabelecidas metas para cada agente de saúde e dias específicos para o atendimento das crianças de cada micro-área. Isto permitiu avaliar a participação de cada agente comunitário de saúde e obter melhores resultados, além do planejamento efetivo das ações.

Durante a intervenção tivemos três contatos formais com as lideranças comunitárias e duas atividades de educação em saúde coletiva nas quais dentre outras coisas a comunidade foi esclarecida sobre a importância da realização da puericultura, sobre as facilidades de realizá-la na UBS e sobre a necessidade de atenção prioritária às crianças, assim como a importância do acompanhamento regular. As reformas da unidade durante o terceiro mês da intervenção limitaram as possibilidades de alcançar melhores indicadores de cobertura. Essas reformas não estavam planejadas no projeto da intervenção, pois estava e ainda está em construção a nova unidade de saúde e afetaram os atendimentos das semanas 10 e 11 da intervenção sem que existissem possibilidades de dar atendimentos na visita domiciliar pela situação climática desfavorável existente nessas semanas. Outra situação desfavorável aconteceu na quarta semana da intervenção por afastamento do médico e enfermeira por problemas de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Ao iniciar a intervenção apenas 6 crianças de um total de 47 inscritas no programa (12,8%) tinham realizado a primeira consulta na primeira semana de vida. Ao longo da intervenção o número de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida passou para 17 de um total de 102 inscritas, o que representa 16,7% no segundo mês e, no terceiro mês aumentou para 27 crianças das 145 incorporadas às ações de puericultura (18,6%) (Figura 2).

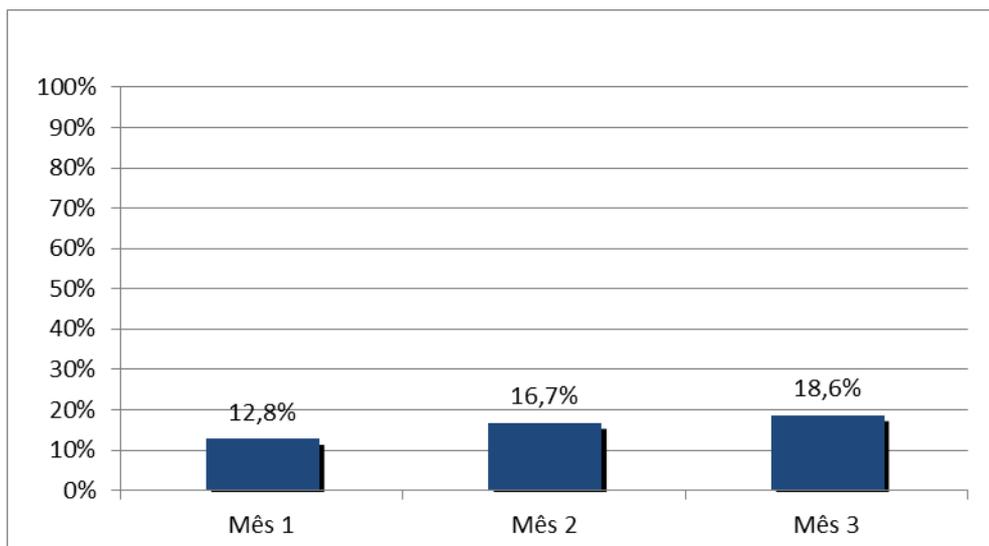


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Nos meses da intervenção nasceram 5 crianças e delas, 100% receberam a primeira consulta nos primeiros sete dias. Algumas crianças incorporadas à intervenção, 16 em total, receberam a primeira consulta nos primeiros sete dias em outras áreas de saúde. Trata-se, sobretudo, de crianças que migram com os pais, muitos deles filhos de militares que se deslocam para o município por questões de trabalho.

Conhecer as datas prováveis do parto das gestantes da área de abrangência, disponibilizada pela enfermeira que atende o pré-natal e pelos agentes comunitários no caso em que a gestante não receba acompanhamento na unidade, facilitou a captação precoce. Os agentes visitaram as gestantes na data próxima à data provável do parto para determinar se o parto aconteceu ou não, referindo-a para consulta ou programando a visita domiciliar acompanhada por médico ou enfermeira. Os contatos com as lideranças e as ações de educação em saúde coletiva também aportaram neste sentido.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Para alcançar esta meta, o indicador estabelecia a proporção entre o número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Este indicador alcançou a meta de 100%

durante toda a intervenção, sendo monitoradas 47 crianças no primeiro mês, 102 crianças no segundo mês e 145 crianças no terceiro mês.

As curvas de crescimento que foram impressas e anexadas à ficha espelho de cada criança, dependendo da idade e sexo da criança, foram de muita utilidade. Os materiais para a realização das medidas antropométricas estiverem sempre disponíveis. Os pais foram informados em cada consulta sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças e orientados à leitura da caderneta de saúde da criança e o uso das curvas de crescimento, isto os motivou e favoreceu a adesão dos mesmos à consulta de puericultura.

Meta 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Para obtenção dessa meta foi utilizado o indicador que mede a proporção entre o número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde e o número de crianças com déficit de peso inscritas no programa.

Nos dois primeiros meses da intervenção, apenas uma criança apresentou déficit de peso, a qual foi devidamente monitorada. Como produto da avaliação do crescimento e desenvolvimento diagnosticou-se ao final da intervenção um total de três crianças com déficit de peso e 100% delas receberam acompanhamento diferenciado com consultas mais frequentes do que o estabelecido por protocolo pela equipe e pela nutricionista do NASF.

Os responsáveis por estas crianças mostraram adesão às ações propostas pela equipe, foram diagnosticadas e tratadas doenças parasitárias e anemia que comprometiam o crescimento adequado. Além disso, os responsáveis das crianças estão sendo orientados quanto à dieta, favorecendo a escolha de alimentos dependendo das possibilidades da região.

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

O indicador utilizado para alcance desta meta consiste na proporção entre o número de crianças com excesso de peso, monitoradas pela equipe de saúde e o número de crianças com excesso de peso inscritas no programa.

Um total de 17 crianças foi monitorado nos três meses de ações, sendo 3 no primeiro mês e 9 no segundo; em todos os meses da intervenção 100% delas tiveram o excesso de peso monitorado. Todas essas as crianças estão sendo acompanhadas no posto de saúde tanto pela equipe como pela nutricionista do

NASF. Embora exista boa adesão dos responsáveis às ações propostas os resultados com este grupo de crianças ainda não são os esperados, em parte porque é trabalhoso para os pais controlar a ingestão de alimentos das crianças.

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Em todas as crianças incorporadas à ação programática foi avaliada a esfera neuro-cognitiva sem que fossem identificadas crianças com atraso do desenvolvimento. Duas crianças receberam acompanhamento diferenciado por alterações no perímetro cefálico, mas sem alterações do desenvolvimento. Foi aproveitado o exame físico em cada consulta para demonstrar aos pais os aspectos relacionados com o desenvolvimento em seu filho. Fazendo uso da caderneta da criança, os pais e responsáveis das crianças foram informados sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária e sua relação com lesões não intencionais.

Todas as crianças atendidas segundo o protocolo de intervenção foram acompanhadas quanto ao seu desenvolvimento, sendo 47 crianças no primeiro mês, 102 no segundo e 145 no terceiro, em todos os meses, 100% delas tiveram avaliação do desenvolvimento realizada pela equipe de saúde.

Meta 2.6 Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

O indicador utilizado para alcançar esta meta faz uma proporção entre o número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade, e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Como resultados, alcançamos 100% em todos os meses da intervenção, ou seja, no primeiro mês 47 crianças atendidas foram vacinadas em dia, no segundo mês somávamos 102 crianças e no terceiro mês, 145 crianças com vacinas em dia.

Obtivemos esse resultado satisfatório, pois o calendário vacinal foi atualizado na ficha espelho em cada consulta e as crianças com vacinas atrasadas estão sendo acompanhadas para a sala de vacinas pelo agente comunitário. O agente comunitário leva a ficha espelho e o responsável na sala de vacinas, e atualiza a ficha com a vacina colocada.

Só existiu dificuldade por disponibilidade de vacinas como a BCG no último mês. Os pais e responsáveis estão sendo orientados sobre o calendário vacinal das

crianças em cada consulta de puericultura, e as vacinas colocadas são anotadas pela responsável da sala de vacinas na caderneta de saúde das crianças, sempre anotando as datas das próximas vacinas a lápis para evitar esquecimentos.

Meta 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Para alcance da meta, o indicador faz a proporção do número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro e o número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Durante toda a intervenção foram suplementadas com ferro 55 crianças, o que representa 100% do total de crianças compreendidas entre 6 e 24 meses. No primeiro mês receberam o suplemento 26 crianças, que corresponde a 100% das crianças atendidas nesta faixa etária e, no segundo mês esse número aumentou para 43 crianças, correspondendo também a 100% das crianças.

Existiu disponibilidade de ferro durante todo o período da intervenção na farmácia do posto de saúde, foi também muito favorável a adesão dos responsáveis pela saúde da criança para que alcançássemos estes índices. Isso foi possível porque foi explicado para os pais e responsáveis das crianças sobre a importância da suplementação de ferro para crianças na faixa etária de 6 a 24 meses com base nos processos fisiológicos.

OBS.: A meta 2.8 foi excluída uma vez que o exame para a realização da triagem auditiva não está disponível no município.

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

O indicador utilizado para medir o alcance dessa meta consiste na proporção entre o número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida e, o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Das 145 crianças incorporadas ao programa no último mês de ações, 91 tiveram o teste do pezinho realizado nos primeiros sete dias (62,8%). Para as 5 crianças nascidas durante a intervenção foi feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias (100%). No primeiro mês da intervenção 51,1% das crianças tinham

realizado o teste (24/47) e no segundo mês, 57,8% (59/102) tinham realizado o teste até 7 dias de vida (Figura 3).

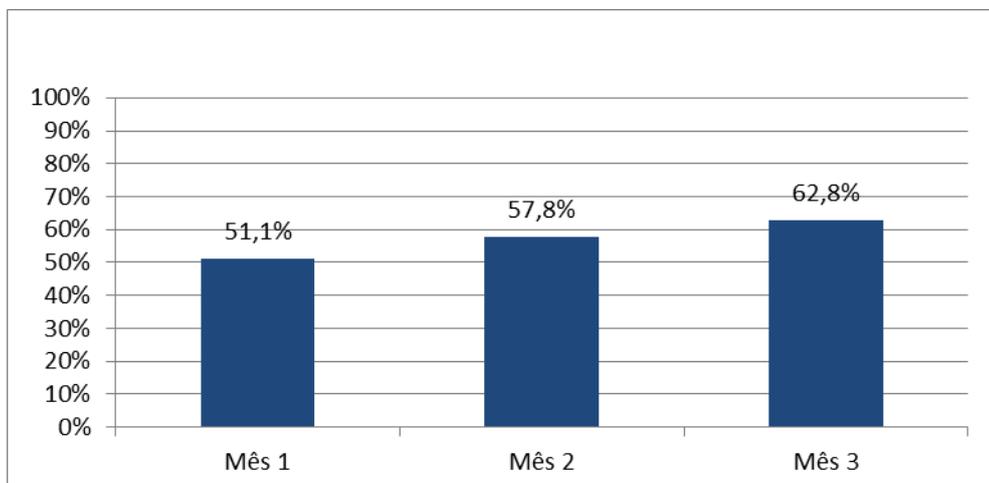


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

O fato do teste do pezinho no município estar centralizado no hospital não constitui um limitante, pois para a realização, as mães recebem orientações de forma oral e escrita no próprio hospital no momento do parto indicando retorno para a coleta da amostra e o hospital não fica distante. Os resultados com as crianças nascidas durante a intervenção assim o demonstram, basta apenas conscientizar os pais sobre as doenças que diagnostica o teste e os problemas que pode evitar para que os pais se sintam motivados para levar os filhos para fazer.

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

Foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico inicialmente em 37 crianças no primeiro mês, compreendendo 100% do total de crianças na faixa etária, no segundo mês foram avaliadas 85 crianças (100%) e no terceiro mês finalizamos a intervenção com avaliação odontológica de 125 crianças entre os 6 e 72 meses (100%). O índice manteve-se dentro da meta de 100% durante os três meses de ações na unidade.

Para isso, foram incorporados na ficha espelho da saúde da criança os aspectos relacionados com a necessidade de atendimento odontológico e identificadas as crianças com necessidade de atendimento prioritário pelo dentista,

com agendamento direto através da própria consulta de puericultura em dias previamente conveniados com o dentista. As necessidades de atendimento odontológico foram avaliadas pelo médico na própria consulta de puericultura e contamos com apoio dos técnicos de odontologia da unidade.

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

Para esta meta, o indicador faz a proporção entre o número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada, e o número total de crianças da área de abrangência nessa faixa etária, cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Concluimos o terceiro mês da intervenção com 44 crianças de um total de 125, atendidas na consulta odontológica (35,2%), além disso, foi o terceiro o mês com maior número de atendimentos (21), permitindo um incremento do indicador de 18 pontos percentuais. No primeiro mês apenas 11 crianças de um total de 44 realizaram consulta odontológica (29,7%) e no segundo mês, obtivemos o índice de 27,1% (23/85) (Figura 4).

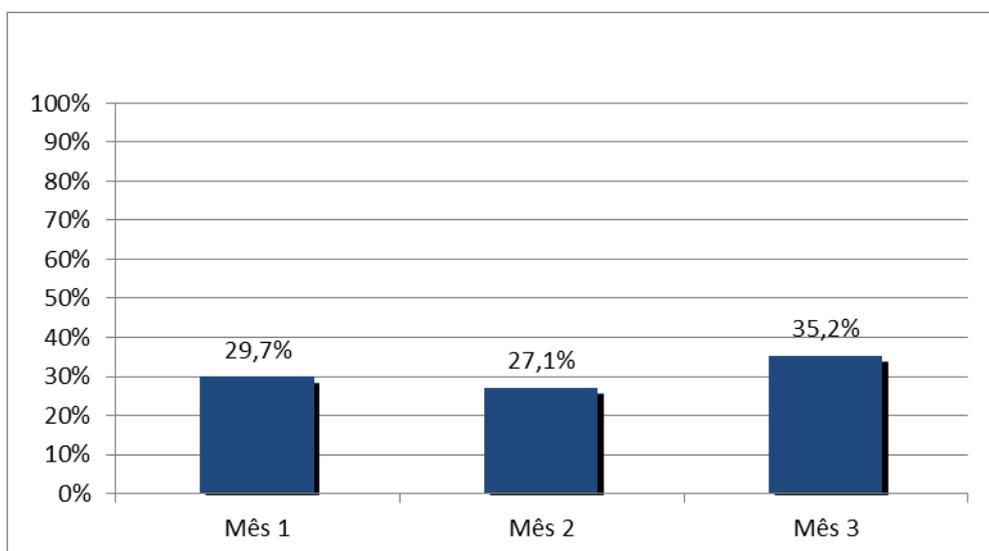


Figura 4 – Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Tal comportamento demonstra a consolidação das ações e a efetividade das ações educativas com os responsáveis das crianças e, além disso, o

comprometimento do dentista com a saúde bucal das crianças de nossa área de abrangência. Se levarmos em consideração que o número de atendimentos foi limitado a 8 crianças por semana, pela disponibilidade do serviço, dá para perceber pelos resultados apresentados, que existiu boa adesão nas últimas semanas da intervenção.

Durante toda a intervenção e até a data atual, o atendimento odontológico para as crianças foi fornecido no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que fica dentro da área da equipe, facilitando a parceria que foi estabelecida com o dentista para garantir o atendimento odontológico das crianças. As crianças foram encaminhadas segundo ordem de prioridade. Não foi possível que as crianças irem à consulta odontológica com prontuário clínico, mas a cada semana o dentista devolvia a lista de crianças agendadas por meio da consulta de puericultura com as datas de retorno, isto permitiu controlar também o acompanhamento odontológico e não só a primeira consulta.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Em todos os casos de crianças faltosas foi feita a busca ativa (100%) a cada mês de intervenção. No primeiro mês foram buscadas 7 crianças faltosas, no segundo mês foram 44 crianças e no último mês, esse número aumentou para 82 crianças faltosas, sempre permaneceu o índice de 100% de busca ativa.

Ao analisar o número de crianças com busca ativa por mês podemos perceber que teve um acréscimo considerável no segundo e no terceiro mês, isto se deve ao fato de, como foi expresso anteriormente, iniciarmos a intervenção avaliando todas as crianças que mantinham acompanhamento na unidade e logo foi feita a busca ativa das crianças faltosas.

Para obter estes resultados foi confeccionada uma pasta para organizar as fichas espelhos das crianças por meses do ano. Ao sair da consulta de puericultura se informa para a mãe ou o responsável da criança a data da próxima consulta e se arquiva a ficha espelho no mês de retorno, e a cada vez que inicia um novo mês, são organizadas as fichas por dias no mês atual. Isto permite conhecer ao final da cada jornada, as crianças faltosas e agir em consequência com participação dos agentes comunitários. Nunca foi necessário fazer a busca ativa mais de uma vez com a mesma criança, pois conseguimos adesão na primeira busca.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

O indicador desta meta mede a proporção entre o número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência.

O percentual de crianças com ficha espelho atualizada (com registro adequado) alcançou 100% em todos os meses da intervenção, sendo respectivamente 47, 102 e 145 no primeiro, segundo e terceiro mês. Isto foi possível porque no início foram preenchidas todas as fichas espelhos das crianças com acompanhamento na UBS e se atualizaram os dados na primeira consulta com estas crianças, consulta acontecida durante o primeiro mês da intervenção. Para as crianças novas incorporadas, o agente comunitário de saúde ao fazer a busca ativa, preencheu os dados gerais e o referente ao calendário vacinal. Logo o médico ou a enfermeira na consulta de puericultura concluía a atualização da ficha no mesmo momento da consulta.

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

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

Em todas as crianças (100%) cadastradas no programa foi feita avaliação de risco partindo de uma avaliação integral de cada uma delas, sendo avaliadas respectivamente 47, 102 e 145 no primeiro, segundo e terceiro mês. Do total de crianças 24 resultaram de risco (9%) e receberam acompanhamento diferenciado na UBS dependendo do risco. Dentre os riscos mais frequentes encontrados estavam riscos em relação ao aleitamento artificial, condições sociais desfavoráveis, risco nutricional, dentre outros.

Para a avaliação do risco, além da anamnese e exame físico, foram utilizados os dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e os dados obtidos a partir da visita domiciliar, sobretudo para a identificação dos riscos sociais. Em sentido geral, não foi difícil manter este indicador com resultado favorável.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

O indicador usado para medir o alcance dessa meta, leva em consideração a proporção entre o número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura e, o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Para todas as mães das crianças inscritas no programa (100% - 47, 102 e 145 no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente) foram fornecidas orientações para prevenir acidentes em cada consulta e registradas as ações no prontuário clínico da criança. Os agentes comunitários de saúde em cada visita identificaram risco de acidentes e deram orientações para as mães e os responsáveis pelo cuidado das crianças uma prévia capacitação, de igual jeito aconteceu quando a enfermeira ou médico visitou as crianças no domicílio, sobretudo os recém-nascidos, com ênfase no coleito, muito habitual no município e que com a educação em saúde vem sendo modificado.

Outros riscos de acidentes com maior incidência em causas de óbitos na área de saúde e no município estão em relação às crianças que tomam banho no rio sem a devida supervisão dos pais, acidentes domésticos e de trânsito. Sobre eles estamos atuando com atividades de educação em saúde. Na unidade, na sala de espera e em atividades de educação em saúde coletiva, foi abordado este tema por diferentes membros da equipe.

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

As crianças colocadas para mamar na primeira consulta só significavam 17% ao início da intervenção (8 crianças de um total de 47). Com o decorrer da intervenção o percentual de crianças colocadas para mamar teve acréscimo, aumentando para 18,6% (19/102) no segundo mês e para 20% (29/145) no terceiro mês (Figura 5). Entretanto, as 5 crianças nascidas durante a intervenção (100%) foram colocadas para mamar na primeira consulta e esta consulta foi feita em visita domiciliar programada nos primeiros sete dias de vida.

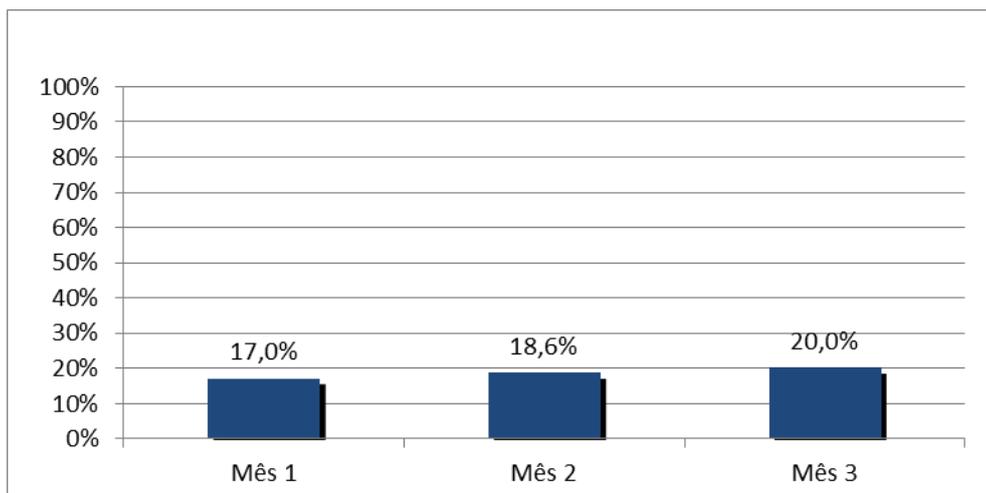


Figura 5 – Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Para monitorar esta ação foi acrescentada a informação na própria ficha espelho de saúde da criança com informações do aleitamento exclusivo ao quarto e sexto mês e de permanência do aleitamento materno até os dois anos de vida. Desde a consulta pré-natal os profissionais da unidade forneceram orientações às mães sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também para a saúde bucal. Estas orientações continuaram na primeira consulta de puericultura e nas consultas sucessivas.

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

Para atingir essa meta, o indicador compreende a proporção entre o número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária e, o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Esta meta foi cumprida também sem dificuldades com indicador de 100% em todos os meses da intervenção (sendo 47, 102 e 145 orientações no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente). As orientações nutricionais de acordo com a faixa etária foram relatadas no prontuário e registradas na ficha espelho de cada criança. Foi planejada uma consulta com nutricionista do NASF para todas as crianças em idades próximas ao sexto mês e existiu boa adesão das mães para essa ação.

Meta 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Para esta meta, foi estabelecido um indicador que registra a proporção entre o número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária e, o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A partir do nascimento das crianças, foram fornecidas orientações para todas as mães e os responsáveis das crianças sobre a higiene bucal, etiologia e prevenção das cáries desde a primeira consulta de puericultura tanto pelo médico como pela enfermeira. Logo no primeiro atendimento odontológico, o dentista, continuou com orientações específicas para cada caso.

O indicador foi mantido em 100% em todos os meses da intervenção. As orientações foram fornecidas tanto na consulta como em atividades de educação em saúde coletiva, que em ocasiões contaram com a participação do dentista. Atividades educativas em grupo na escola foram desenvolvidas pelo dentista.

Para manter o índice com bom resultado também foi necessária a participação dos agentes e os técnicos de saúde bucal da unidade. Os agentes previamente capacitados forneceram atividades de educação em saúde relacionadas com a saúde bucal na sala de espera e em determinadas ocasiões estiveram acompanhados dos técnicos de saúde bucal. A atuação do dentista na unidade precisa de uma regularidade para favorecer o atendimento tanto das crianças como da comunidade em geral, e para viabilizar as atividades de educação em saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura de atenção às crianças entre 0 e 72 meses, a melhoria dos registros, a organização da ação programática e a qualificação da atenção com destaque para a captação precoce das crianças, além da necessária suplementação de ferro para as crianças entre os 6 e os 24 meses e a primeira consulta odontológica.

Como parte imprescindível da intervenção a equipe foi capacitada para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à frequência mínima de avaliação das crianças, avaliação do crescimento e desenvolvimento, calendário

vacinal, teste do pezinho, suplementação, alimentação-nutrição e prevenção de acidentes, além da saúde bucal. As ações diárias precisaram da participação integrada de toda a equipe desde os agentes comunitários de saúde até o gestor do posto.

O atendimento da saúde da criança precisa mais que qualquer outra ação programática, do trabalho coordenado da equipe. Cada trabalhador do posto de saúde teve relação direta ou indireta com a intervenção, favorecendo com isso as relações entre os profissionais da equipe. O fato de que as mensurações, o calendário vacinal, a suplementação de ferro e a saúde bucal façam parte da puericultura, terminou relacionando vários serviços entre si para garantir um atendimento de qualidade. Isto acabou tendo impacto também na consulta pré-natal com ações para favorecer a captação precoce das crianças e o aleitamento materno.

Antes da intervenção a maioria dos atendimentos a crianças no posto de saúde correspondia a doenças agudas, sendo as fundamentais, as doenças respiratórias e diarreicas agudas. Com o decorrer da intervenção este panorama mudou de forma radical e a prevenção começou a ocupar o papel que sempre deveria ter ocupado. Nos poucos casos em que houve necessidade de encaminhamento não existiram dificuldades com a disponibilidade de ambulância e foram acompanhados pela enfermeira da equipe, o que já foi incorporado à rotina nestes casos.

A intervenção também ajudou para definir as atribuições de cada profissional com relação à consulta de puericultura viabilizando atenção de qualidade a maior número de crianças. Os exames solicitados já estão disponíveis em menor tempo e os responsáveis das crianças geralmente levam para fazer quando solicitados, mas ainda existem dificuldades com a realização dos exames de urgência, continuamos insistindo com os gestores para resolver essa situação.

A melhoria dos registros permitiu dar acompanhamento planejado pela equipe para todas as crianças incorporadas, assim como conhecer as crianças faltosas para a busca ativa, as crianças com vacinas atrasadas e os fatores de risco de cada uma para agir sobre eles e evitar complicações, além da melhoria da saúde bucal das crianças.

O impacto da intervenção sobre a comunidade se nota na diminuição a quase zero das crianças que chegam ao posto de saúde com doenças graves, pois agora

as crianças com doenças agudas são atendidas em estágios iniciais e existem mais conhecimentos na população em relação à prevenção. Foram ampliados os conhecimentos na comunidade sobre saúde bucal da criança, prevenção de acidentes e suplementação de ferro produto das ações educativas e agora as crianças com maior frequência são levadas pelos pais para fazer o teste do pezinho nos primeiros sete dias, cientes da importância do teste.

Existe satisfação na comunidade em relação ao acompanhamento da equipe para as crianças e relatam como fato positivo a possibilidade do atendimento odontológico agendado diretamente através da consulta de puericultura, além do controle por parte da equipe das datas de retorno e a busca ativa. Além disso, os pais mostram interesse em acompanhar junto com a equipe o crescimento e desenvolvimento das crianças e muitos deles já sabem reconhecer quando existem dificuldades do crescimento diante o uso da caderneta. As lideranças comunitárias e a comunidade em geral ajudaram na divulgação das ações.

Na medida em que a intervenção avançou, fomos fazendo adequações que permitiram um atendimento planejado e de qualidade da saúde da criança sem afetar o atendimento dos demais usuários da UBS, de modo que poucas coisas precisam ser mudadas no momento atual do nosso ponto de vista. Mesmo assim acredito que faltou articulação com a comunidade para dar a conhecer a análise situacional, explicar os critérios para a priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isso.

A intervenção está incorporada já a rotina do serviço e as crianças são acompanhadas com a frequência que estabelecem os protocolos do Ministério de Saúde e em dependência da avaliação do risco, assim as frequências se reduzem a intervalos menores. As informações que faltavam para a coleta de indicadores e outras de interesse para a equipe foram anexadas na ficha espelho e a organização da mesma permite dar acompanhamento às crianças e identificação imediata das crianças faltosas para a busca ativa, facilitando o controle do processo e o trabalho da equipe. Mantivemos a parceria com o dentista e continuamos avaliando as crianças, pois ainda falta alcançar 100% de índice neste indicador.

Nossas ações agora estão focadas em conseguir que 100% das gestantes recebam acompanhamento na consulta do pré-natal no posto de saúde e se não for assim, ao menos levar o controle das gestantes com acompanhamento fora da unidade através da visita domiciliar. Tudo isto permitirá iniciar a puericultura em

etapa anterior ao nascimento da criança (puericultura pré-natal), o que sem dúvidas contribuirá para melhorar ainda mais a saúde de nossas crianças e da população em sentido geral.

Outro aspecto que foca nossa atenção é o planejamento familiar, sobre o qual já estamos fazendo ações há algum tempo, tema este que também tem estreita relação com a saúde da criança. Já existe parceria com a gestão para implementar estas ações, mas as vezes temos dificuldades com a disponibilidade de anticoncepcionais na UBS e para acompanhamento das gestantes pois a unidade só dispõe de um detector fetal disponível na consulta da enfermeira. Também não realizamos a triagem auditiva no município, uma ação que deverá ser pensada em conjunto com os gestores municipais para que possa ser implementada no futuro.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Como é de conhecimento de V.Senhoria, uma intervenção com foco na melhoria da saúde da criança foi realizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Geraldo Siqueira, durante 3 meses. No total foram 12 semanas de intervenção, contadas a partir do dia 5 de janeiro de 2015, pois, em decorrência do cronograma de encerramento da Especialização em Saúde da Família, tivemos uma redução de quatro semanas no tempo de intervenção, uma vez que estava prevista, inicialmente, o período de 16 semanas.

O objetivo geral de nossa intervenção foi melhorar a saúde das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a nossa área de abrangência. Assim, tínhamos como objetivos específicos: melhorar a cobertura, a qualidade do atendimento que a unidade dispensa para as crianças, a adesão dos responsáveis das crianças com as ações propostas, o registro das ações, assim como a avaliação e percepção do risco e a promoção de saúde formaram parte de nossos objetivos específicos.

Antes de iniciarmos a intervenção a porcentagem de crianças menores de um ano que recebiam acompanhamento na unidade estava muito baixa e muitas das crianças estavam com consultas atrasadas, além de existir dificuldades em quanto à qualidade dos atendimentos e ao registro das ações. A partir do início da intervenção, o número de crianças acompanhadas teve progresso ao longo do tempo. A intervenção incorporou 145 crianças ao longo das semanas, totalizando 56,2% das crianças na faixa etária, residentes na área de abrangência. A qualidade do atendimento também experimentou notável melhoria. Foi realizada a primeira consulta na primeira semana de vida em todas as crianças nascidas no período e

foram colocadas para mamar. Esta consulta geralmente aconteceu no próprio domicílio e os pais foram orientados para a realização do teste do pezinho.

Cada criança foi avaliada na consulta de puericultura tanto pelo médico quanto pela enfermeira de forma padronizada seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Em cada consulta foi avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança fornecendo orientações para os pais. As crianças identificadas com excesso de peso e com déficit de peso receberam acompanhamento com consultas mais frequentes pela equipe e acompanhamento pela nutricionista do NASF.

Além disso, foi incorporada à rotina da UBS uma consulta com a nutricionista para os lactentes com seis meses de idade, cujo objetivo é explicar para as mães e os responsáveis das crianças como deve incorporar-se a alimentação complementar. As crianças entre 6 e 24 meses receberam suplementação de ferro para profilaxia da anemia, foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico das crianças entre 6 e 72 meses acompanhadas e segundo ordem de prioridade estão recebendo atendimento odontológico. Todas estas ações unidas à busca ativa das crianças faltosas permitiriam melhorar a adesão dos pais e responsáveis das crianças. Existiu também parceria durante a intervenção com as lideranças comunitárias, os responsáveis das creches e foi reforçado o vínculo entre os profissionais da unidade e do NASF.

Aproveito a ocasião para agradecer pelas facilidades oferecidas pela Secretaria de Saúde para impressão dos materiais necessários para a intervenção assim como para as atividades de educação em saúde coletivas bem como pela participação em algumas delas. Também para nos apoiar em relação às dificuldades causadas pela ausência de dentista e outros profissionais na unidade de saúde que dificultou o atendimento odontológico das crianças e o bom desenvolvimento da intervenção.

Considero que a gestão municipal deve se antecipar a estes problemas e procurar soluções a fim de não afetar a acessibilidade e a qualidade dos serviços. Também devemos incorporar a triagem auditiva no município no sentido de detectar e tratar precocemente alterações auditivas. Por outro lado acreditamos que o teste do pezinho podia ter melhores resultados se os recursos foram disponibilizados nas unidades para fazer o teste para as crianças, para que os pais não as levassem para fazer no hospital.

As ações de puericultura acabaram tendo impacto também na consulta pré-natal com ações para favorecer a captação. Nossas ações agora estão focadas em manter as ações de puericulturas já implementadas como rotina na unidade e alcançar cobertura próxima de 100%, além de incrementar o número de crianças com primeira consulta odontológica, mantemos a parceria estabelecida com o dentista e as crianças continuam sendo avaliadas. Outro aspecto que foca nossa atenção é a consulta pré-natal e o planejamento familiar, que são aspectos que guardam estreita relação com a puericultura e permitirá iniciar a puericultura em etapa anterior ao nascimento da criança (puericultura pré-natal), o que sem dúvidas contribuirá para melhorar ainda mais a saúde de nossas crianças e da população em sentido geral.

Nosso trabalho em relação a estes temas se dificulta pela baixa disponibilidade de anticoncepcionais na unidade e porque a unidade só dispõe de um detector fetal disponível na consulta da enfermeira. Todas estas ações deveram ser pensadas em conjunto com os gestores municipais para que possam ser implementadas no futuro. A atenção primária à saúde precisa da ação conjunta dos gestores e de equipes de saúde comprometidas para conseguir o objetivo geral que é melhorar a saúde da população atendida.

Agradecidamente, Equipe da UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Na Unidade Dr. Geraldo Siqueira foi feita uma análise dos principais problemas da saúde e escolhido como foco de atenção para as ações da intervenção a Saúde da Criança. A intervenção aconteceu em 3 meses, no total de 12 semanas contadas a partir do dia 5 de janeiro de 2015.

O objetivo geral da intervenção foi a melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a nossa área de abrangência. Todas as crianças nascidas durante a intervenção receberam consulta nos primeiros sete dias após o nascimento, foram colocadas para mamar na primeira consulta que geralmente aconteceu no próprio domicílio, o teste do pezinho foi feito nos primeiros sete dias e para cada criança acompanhada foi preenchida a ficha espelho que consiste em um resumo do prontuário clínico.

Em cada consulta foi avaliado o crescimento e o desenvolvimento das crianças com participação dos pais e responsáveis das crianças e muitos deles já têm conhecimentos para interpretar o crescimento do filho usando a caderneta da criança. As crianças identificadas com excesso ou déficit de peso receberam acompanhamento diferenciado com consultas mais frequentes e acompanhamento pela nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Todas as crianças entre 6 e 24 meses receberam suplementação de ferro para prevenção da anemia. Foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico das crianças entre 6 e 72 meses acompanhadas e segundo ordem de prioridade, estão recebendo atendimento odontológico.

Os responsáveis das crianças receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária da criança e sobre higiene bucal, causas e formas de prevenção da cárie tanto na consulta quanto nas atividades de educação em saúde coletiva fornecidas na

unidade. Além disso, foram avaliados os riscos para cada criança em particular e tomadas as medidas que correspondiam após avaliação integral de cada criança.

As crianças que buscavam a unidade com doenças agudas ou para vacinação foram incorporadas ao programa de saúde da criança de forma prioritária recebendo atendimento no mesmo dia e tiveram a data da próxima consulta marcada ao sair da consulta. Não foi estabelecido um dia fixo para a consulta de puericultura para não afetar o atendimento dos demais usuários. Agradecemos a compressão da comunidade com estas ações e a participação nas atividades de educação em saúde coletiva bem como a participação na busca ativa e divulgando as informações recebidas.

Durante a intervenção tivemos três contatos formais com as lideranças comunitárias e duas atividades de educação em saúde coletiva nas quais dentre outras coisas a comunidade foi esclarecida sobre a importância da realização da puericultura, sobre as facilidades de realizá-la na UBS e sobre a necessidade de atenção prioritária às crianças, assim como a importância do acompanhamento regular.

Antes da intervenção a maioria dos atendimentos a crianças no posto de saúde correspondia a doenças agudas, sendo as fundamentais, as doenças respiratórias e diarreicas agudas. Com o decorrer da intervenção este panorama mudou de forma radical e a prevenção começou a prevalecer. A maioria das consultas para crianças no posto de saúde agora são de puericultura e não para tratar doenças agudas. Nos poucos casos em que houve necessidade de encaminhamento não existiram dificuldades com a disponibilidade de ambulância e foram acompanhados pela enfermeira da equipe.

As ações da intervenção estão sendo incorporadas à rotina do serviço e as crianças são acompanhadas com a frequência estabelecida pelo Ministério de Saúde e em dependência da avaliação do risco. Mantemos a parceria com o dentista e continuamos avaliando as crianças, pois ainda falta alcançar 100% de índice neste indicador. Ainda precisam ser melhoradas as condições estruturais da sala odontológica para que este atendimento se dê na própria unidade como deve ser, facilitando o trabalho com as crianças e com a comunidade.

Existiu parceria durante a intervenção com as lideranças comunitárias, os responsáveis das creches e foi reforçado o vínculo entre os profissionais da unidade e do NASF, ainda assim faltou mais divulgação por parte da população das ações

que estão sendo realizadas entre a comunidade e familiares. A população faz parte da intervenção e deve cumprir seu papel de participar dela e divulgar tudo o que é realizado na unidade referente à saúde da criança e outros programas que a equipe pretende implementar, só assim pode-se incorporar a intervenção ao serviço e alcançar os melhores índices.

Obrigado!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família me aportou as ferramentas necessárias para transformar a realidade de nossa unidade. Desde o início, ao ler o guia do especializando, percebi que tinha os elementos essenciais e com os passos lógicos para que nós especializando, pudéssemos fazer o trabalho final da especialidade, mas também para, a partir das informações obtidas, conhecer os principais problemas de saúde da comunidade, estabelecer estratégias de intervenção e avaliar o impacto delas sobre a população atendida. Em essência tudo isto foi possível graças ao curso, assim cumprindo com minhas expectativas.

Com o desenvolvimento das atividades do curso foi possível conhecer desde como deve ser a estrutura física da unidade em condições ideais e compará-las com nossa realidade, avaliando a repercussão direta na qualidade do serviço até os aspectos da rotina de trabalho que influenciam na qualidade dos atendimentos. O conhecimento e divulgação da carta dos direitos dos usuários e das atribuições de cada profissional foi um resultado muito importante do curso também.

O preenchimento dos cadernos de ações programáticas me permitiu confeccionar a análise situacional da unidade e a partir dela escolher o principal problema de saúde como foco de nossa intervenção para tentar melhorar a saúde do grupo populacional escolhido, que em nosso caso foi a saúde da criança.

O planejamento da intervenção (unidade 2) e a própria intervenção (unidade 3), serviram como importante ferramenta para trabalhar com vista a alcançar nosso objetivo de melhorar a saúde das crianças e hoje estas ações já se constituem como rotina de trabalho de nossa UBS.

Tanto estas atividades quanto os estudos da prática clínica ajudaram na qualificação e, também na prática profissional. Conhecer os protocolos do Ministério da Saúde brasileiro, assim como as diretrizes para o diagnóstico e tratamento de

diversas doenças, possibilitou esclarecer dúvidas e agir em consequência. Encontrei, por exemplo, especialistas com critérios contrapostos ao meu em alguns temas pelo fato de “estudar em colégios privados” e ao final os critérios estabelecidos por eles não correspondiam aos protocolos estabelecidos pelo Ministério. O curso foi um importante espaço de consulta nestes casos.

A participação no fórum de saúde não foi como deveria ser, em parte pelas dificuldades com a internet, e em parte (sobretudo no início) pelas dificuldades do uso da linguagem. Esta última formou parte de nossas expectativas, se bem que ainda falta muito a apreender, o curso ajudou muito nesse sentido também.

A educação a distância é um método eficaz e de extrema importância, pois permite melhorar a qualificação profissional sem afetar a função assistencial. Em um país como Brasil com dimensões continentais resulta ainda mais importante desenvolver esta modalidade de ensino. O curso vinculou de forma muito harmônica a assistência com a docência. Acredito que o desenvolvimento de forma desigual do país deve ser considerado na hora de planejar os cursos e buscar soluções alternativas como o uso de pen drives ou CD que podem ser enviados por correio para os especializandos alocados em municípios com dificuldades com a internet, assim os especializandos poderão ter acesso a todos os materiais do curso.

Minha experiência de trabalho na atenção básica em meu país e em outros países serviu de base para o trabalho, o curso permitiu adaptar essa experiência às particularidades da atenção primária no Brasil, conseguindo o engajamento de toda a equipe e adesão da população na busca do objetivo comum que é melhorar a saúde da população atendida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

EMPERAIRE, L. Entre selva y ciudad: Estrategias de producción en el Rio Negro (Brasil). **Bulletin de Institut Francais d Etudes Andines**, v.29, p. 215-232, 2000.

FOIRN. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Instituto Socioambiental (ISA). Disponível em: <<http://www.institutocarbonobrasil.org.br>>. Acesso: set. 2014.

IBGE. **Estimativa de população por municípios**. Brasil, 2013. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estadistica/populacao/estimativa2013/estimativadou.shtm>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

Apêndice

Apêndice A – Fotos de ações desenvolvidas na intervenção



Agente comunitário de saúde em atividade de educação em saúde durante o acolhimento.



Reunião com os agentes comunitários para analisar resultados do programa durante a semana atual e planejamento da semana próxima.



Atividade de educação em saúde durante o acolhimento, antes de iniciar a consulta de puericultura.



Atividade de educação em saúde coletiva (Nutricionista do NASF).



Atividade de educação em saúde bucal coletiva com o odontólogo.

Anexos

Anexo A - 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 Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

| Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------------|------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Dados para o bebê | Idade da criança | Nome da Criança | Idade da criança | Sexo | Atividade física adequada nos últimos 7 dias? | |
| Nome da criança | Idade da criança | Nome | Em meses | Masculino / Feminino | B-Mês 1-Sim | |
| 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

