

**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 qualidade da atenção da Saúde das Crianças de 0 a 72
meses na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC**

Roxana Gallardo Zaballa

Pelotas, 2015.

Roxana Gallardo Zaballa

**Melhoria da qualidade da atenção da Saúde das Crianças de 0 a 72
meses na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC**

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.

Orientador: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015.

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

Z12m Zaballa, Roxana Gallardo

Melhoria da Qualidade da Atenção da Saúde das Crianças de 0 a 72 Meses na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC / Roxana Gallardo Zaballa; Antonio Maurício Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Brasil, Antonio Maurício Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, pela sua capacidade de acreditar em mim e porque não mediram esforços para que eu chegasse a ser uma profissional da saúde. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho...

Agradecimentos

- A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.
- Agradeço ao meu esposo, José Manuel Chinea que, de forma especial e carinhosa, me deu força e coragem, me apoiando em todos os momentos.
- Ao professor orientador Antonio Maurício Rodrigues Brasil, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho e que teve paciência para me ajudar a concluir o mesmo.
- À minha equipe de saúde, ferramenta indispensável para implementar este projeto.
- Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.
- Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer pela humanidade.

Resumo

ZABALLA, Roxana Gallardo. **Melhoria da qualidade da atenção da Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.** 100f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS Belo Jardim II, em Rio Branco-AC. O foco da intervenção foi escolhido levando-se em conta as necessidades prementes observadas na comunidade, por ser a saúde da criança um dos grupos mais sensíveis quanto às doenças, porque são menores as resistências às mudanças, além de podermos verificar resultados concretos em menor prazo. A intervenção, realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2015, contemplou ações em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Para os objetivos específicos que abarcam a cobertura do programa, qualidade de atendimento, adesão e promoção de saúde da criança, foram elaboradas metas com as suas respectivas ações desenvolvidas, implementadas e executadas nos quatro eixos e elaborados indicadores que permitiram o monitoramento das respectivas metas. Os dados mais relevantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças, na qual conseguimos alcançar 100%, quando anteriormente tínhamos apenas 78% das crianças com acompanhamento na unidade. Foram adequadamente avaliadas as 357 crianças da área de abrangência incluídas no programa, sendo ofertadas orientações educativas de prevenção e promoção de saúde e, como aspecto relevante da qualidade, conseguiu-se aumentar a proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Constatou-se que, esta intervenção trouxe benefícios para a comunidade, não somente para aquelas crianças vinculadas ao projeto, também para a população em geral, devido ao fato de que incrementaram seus conhecimentos sobre saúde e em consciência sobre a importância do acompanhamento adequado das crianças. Trouxe ainda, grande impacto sobre o serviço, ganhando-se em organização dos processos de trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção ofertada em saúde da criança e numa maior credibilidade por parte da comunidade diante do serviço. Foi muito importante para a equipe de saúde da unidade, contribuindo para uma coesão e construção efetiva da grupalidade, com definição de lideranças e devido aos excelentes resultados obtidos. Importante destacar que a intervenção implementada, pelos benefícios trazidos a todos os envolvidos em aspectos diversos, foi incorporada à rotina de atendimento da unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	62
Figura 2	Gráfico - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	63
Figura 3	Gráfico - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	64
Figura 4	Gráfico - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	67
Figura 5	Gráfico - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	68
Figura 6	Gráfico - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	69
Figura 7	Gráfico - Proporção de crianças com triagem auditiva na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	70
Figura 8	Gráfico - Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	71
Figura 9	Gráfico - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	73
Figura 10	Gráfico - Proporção de crianças com registro atualizado na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	74
Figura 11	Gráfico - Proporção de crianças com avaliação de risco na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	75
Figura 12	Gráfico - Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na UBS Belo Jardim II, Rio Branco/AC.	77
Figura 13	Quadro de Logística (Apêndice)	91

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Sumário	7
Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica.....	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	50
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	78
5 Relatório da intervenção para gestores.....	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
Referências	91
Apêndices.....	92
Anexos	94

Apresentação

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Foi desenvolvido por meio de um projeto de intervenção que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS Belo Jardim II, em Rio Branco-AC, incorporando-o à rotina de serviços da unidade.

O volume está dividido em partes que contemplam, cada uma, as fases que compreenderam o processo de construção aqui apresentado.

A primeira parte consta da Análise Situacional, com uma avaliação integral da unidade e os processos de trabalhos. A Análise Estratégica compreende a segunda parte e engloba os aspectos referentes ao projeto de intervenção em si, onde se explicam os motivos e necessidades de desenvolver o projeto, os objetivos, metas e ações a ser desenvolvida, a metodologia utilizada, os indicadores a serem avaliados, a logística necessária e o cronograma que define o momento de ser realizada cada ação. O Relatório da Intervenção é a terceira parte do volume e se refere ao cumprimento das ações a ser desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização de dados e a viabilidade da incorporação dessas ações à rotina dos serviços da unidade. A quarta parte contém a Avaliação da Intervenção, quando são apresentados os resultados e discussão do projeto. Fechando o trabalho, são apresentados os relatórios da intervenção para gestores e para a comunidade nas partes cinco e seis respectivamente. Na parte sete são apresentadas reflexões sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final e de forma a tornar mais compreensível o trabalho, são ainda apresentados gráficos e tabelas e anexados os instrumentos utilizados durante a coleta e sistematização das informações.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A localização da unidade de saúde onde eu fui lotada está na periferia do município de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Temos uma mistura na cultura da população, além de ficar perto da Amazônia. A estrutura física da UBS, embora seja um local adaptado, é adequada para uma rotina de atendimento característica da Atenção Primária à Saúde, onde se presta diferentes serviços, sendo eles distribuídos entre sala do consultório médico, sala de enfermeira, sala da vacinação, farmácia e curativo, além da recepção, ainda não tem todos os equipamentos que precisamos para oferecer um atendimento ótimo, mas contamos com insumos, materiais disponíveis e medicamentos com os que contam na farmácia, o que faz possível que os usuários recebam o tratamento para sua doença sem custos. Também nosso posto conta com a oferta de vacinas de acordo às principais doenças preveníveis.

A equipe de trabalho é constituída por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ao qual se juntam os agentes comunitários de saúde que têm um papel muito importante, já que são eles quem conhecem tudo o que acontece nas famílias e com os seus membros, sendo para a equipe uma ferramenta que permite uma atuação completa na comunidade. Eu acho que a equipe é pequena em relação à demanda que existe no posto, pois a população é grande além da extensão territorial, que é rural, algumas de difícil acesso. A isto soma-se um grande número de pessoas de outras áreas às quais se oferece atendimento da mesma forma.

Todos os membros da equipe cumprem suas atribuições individuais, mas também todos se envolvem no planejamento e execução de atividades como as palestras que são oferecidas tanto aos grupos específicos (gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos), quanto à comunidade em geral, que são

coordenadas pelo médico ou enfermeira (que na minha UBS conduz os programas de pré-natal, puericultura e PCCU), mas são apoiados pela técnica em enfermagem e os ACS. As mesmas contribuem para melhorar a qualidade da saúde das famílias, a prevenção do consumo de substâncias químicas, as DST e outras potencialmente preveníveis nas quais estão envolvidas as pessoas com e sem fatores de risco e ajudam a mudar hábitos e estilos de vida, além de melhorar as relações entre UBS e a comunidade.

Nossa equipe discute sobre o processo de trabalho a implementar, o que muda de acordo às demandas e necessidades de atendimento ou problemas que são identificados na comunidade. Para isso, planejamos um encontro cada mês onde analisa-se as dificuldades e criam-se ações fazendo uso da técnica grupal da “chuva de ideias”, tudo em função de melhorar o serviço ofertado à comunidade.

Quanto à participação da comunidade nas atividades planejadas pela UBS, temos como experiência nestes meses de trabalho, duas “Comunidades Saudáveis” (foi o nome dado a esta atividade), que foram constituídas para levarem às comunidades atendimento médico e de enfermagem, vacinação, e medicamentos, além de palestras sobre as doenças mais frequentes em nossa área de abrangência. Recebemos uma grande aceitação pela população, além dos agradecimentos e parabéns e foi muito gratificante saber que nossas ações mudaram as opiniões da população acerca da Atenção Primária de Saúde, dando a esta a importância que merece.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de saúde onde eu fui lotada está no mesmo município de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Este município tem uma população de 357.194 habitantes, para os quais oferece atendimentos de saúde em 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com suas respectivas Equipes de Saúde Familiar (ESF), além disso, consta com 13 Unidades Básicas Tradicionais e dispõe de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em relação aos serviços de atendimento odontológico, o município dispõe de um Centro de Especialidade em Odontologia (CEO) no Centro de Saúde Cláudia Vitorino, que oferece atenção odontológica especializada para dar cobertura a toda essa população. Em relação à disponibilidade de serviço hospitalar, o município conta com um Hospital de Saúde

Mental (HOSMAC), O Hospital Geral de Clínicas, o Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana (Maternidade). Quanto à disponibilidade de exames complementares, o município conta com três centros: o Centro de Apoio Diagnóstico (CAD) no centro, o CAD Imagem 2 Distrito e o Laboratório Central (LACEN).

A UBS onde eu trabalho está situada na periferia da cidade com características próprias, onde a população tem uma mistura entre costumes de área urbana e rural. A vinculação desta UBS com o SUS é pela prefeitura, e é um local adaptado para oferecer serviços de saúde, sendo que sua estrutura física não é a ideal para oferecer uma rotina de atendimento de excelência como o sonhado na APS. Contamos com diferentes salas e serviços, sendo eles distribuídos entre sala do consultório médico, consultório da enfermeira, sala da vacinação, farmácia e curativo, sendo que neste último também se fazem nebulizações, administração de medicamentos intramusculares e intravenosos, esterilização de instrumentais e descontaminação. Além disso, também temos uma recepção, almoxarifado, cozinha e pátio de serviço. A unidade tem dois turnos de atendimento de segunda-feira a sexta-feira, com uma área geográfica de abrangência definida dividida em 9 microáreas com uma população total de 5.133 habitantes.

Para o atendimento desta população, a UBS conta com uma equipe integrada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete ACS e uma auxiliar de limpeza. Quanto ao tema de equipamento e instrumental, nosso centro tem dois computadores, os quais são utilizados para busca e arquivamento da informação e são utilizados por todo o pessoal. Seria necessário mais um para o trabalho dos prontuários eletrônicos, o que facilitaria o planejamento de consulta de seguimentos e a procura de informação para realização de projetos e investigações. Referente ao material de consumo, o abastecimento não é adequado, ainda faltam muitas coisas necessárias para oferecer um serviço de excelência. Por vezes, chegam à nossa unidade, usuários que sofreram algum ferimento e pela falta de material ou kit para sutura, não é possível atender eles, e algo que poderia ser resolvido na atenção primária tem que encaminhar para UPA o que sobrecarrega os serviços de urgências, a falta de oxigênio nos postos dificulta o atendimento de doenças como Edema Agudo do Pulmão que chegam à UBS e se precisa estabilizar o usuário antes de ser transportado. Em ambos os exemplos citados, dificulta-se o trabalho do médico e se põe em risco a vida do usuário. A nossa governabilidade neste ponto está basicamente na solicitação destes recursos, como fazemos cada a

mês, mas a solução depende da gestão de saúde do município. Temos de esclarecer que a equipe sempre procura soluções imediatas para estabilizar o usuário com os poucos recursos que temos na unidade.

Outra situação preocupante é que faltam remédios básicos no sistema para o tratamento de doenças crônicas daqueles que já são cadastrados para seu atendimento e o serviço da farmácia municipal não garante que cheguem a tempo e alegam para isso que está faltando recurso, pois o recurso pecuniário planejado não foi suficiente. Como consequência, o usuário fica sem o tratamento adequado e tem seu quadro clínico descompensado, precisando muitas vezes ser encaminhado para internamento hospitalar, sobrecarregando a atenção secundária com problemas que podem ser resolvidos na mesma comunidade.

Outro grande desafio se refere aos encaminhamentos para atendimento especializado, já que as consultas para avaliação por especialidades são muito demoradas devido à carência de especialistas no município. Na maioria das vezes, não são aceitos os exames indicados pelo médico do posto e isso ainda faz mais demorada à avaliação do usuário e a conduta a tomar para com ele, demorando o diagnóstico e tratamento do mesmo e a justificativa é que o SUS está superlotado, prejudicando o usuário que sofre com a demora que muitas vezes é de mais de seis meses.

O acesso dos usuários a exames complementares para apoio diagnóstico é relativo, já que tem acesso aos mais gerais e de rotina de forma imediata na própria URAP que pertence à UBS, mas outros exames como Raios-X, Ultrassom, Endoscopia, TAC, tem que ser agendados em hospitais e a lista de espera, às vezes demora mais de 6 meses e as indicações destes exames feitas pelo médico da família não são aceitas para o agendamento dos mesmos.

Um dos aspectos mais importantes e que mais afetam tanto aos usuários como nosso trabalho, são as situações que acontecem em casos de urgência/emergência que precisam de remoção. Às vezes contactamos o SAMU e mesmo quando fazemos uma descrição completa do caso, questionam nosso diagnóstico, às vezes não tem ambulâncias disponíveis. Outras vezes, fazemos a remoção do usuário com a folha do encaminhamento adequada, descrevendo detalhadamente o quadro clínico, exame físico e impressão diagnóstica com a possível conduta, e o pessoal que recebe o usuário não têm em conta isso, mas

estes problemas são humanos não do sistema que, o meu modo de ver, está bem estruturado para que funcione de forma ótima.

Posso dizer que existe bom relacionamento com o pessoal da administração, que é flexível e compreende quando explicamos as coisas que administrativamente de algum jeito estão atrapalhando nosso trabalho e prejudicando o atendimento ao usuário, e que em nossa UBS, o pessoal procura, trabalhando em equipe, soluções imediatas. Tem muitas situações que podem ser resolvidas na UBS, se tivermos os recursos necessários, o apoio administrativo e da Secretaria de Saúde, porque isso daria maior poder resolutivo às UBS.

Na UBS existe o mapa do território da área de abrangência, mas está desatualizado e isso acontece porque a população da área aumenta cada dia e precisa-se de um trabalho contínuo de cadastro dos novos moradores o qual não pode ser feito a contento pelo deficit de ACS que temos na UBS, o que termina por trazer consigo dificuldade tanto para o trabalho da equipe, como para o próprio usuário. Dessa forma, temos sub-registro e a equipe não têm o número certo da população e sendo assim os dados estatísticos não são reais, afeitando o planejamento do trabalho com grupos de risco, os grupos de idades mais afetados por determinada doença, para as quais deveriam ser desenvolvidas ações específicas de prevenção e promoção de saúde. Quanto ao usuário, este também é afetado, na medida em que a equipe não conhece os problemas apresentados em alguma família não cadastrada, desde riscos ou doenças até problemas sociais que também atuam sob processo saúde-doença das pessoas. Neste caso, o que a equipe faz é aproveitar cada visita à família e cada atividade na comunidade para melhorar o cadastro e fazer ações de promoção e prevenção de saúde, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos e o mais importante; conhecer nossa população.

O cuidado dos usuários deve ser integral; de demanda espontânea, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; tanto na UBS como na visita à família na comunidade. Nesse aspecto nossa equipe não tem problemas visto que na unidade fazemos acompanhamento e controle de doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma Brônquica, entre outras, fazemos atendimento da demanda espontânea, puericultura, pré-natal, identificação de usuários dependentes de álcool e outras drogas e seu tratamento

respectivo. Realizamos busca ativa e notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, fazemos prevenção de câncer de colo de útero e mama (médico e enfermeira), se fazem curativos, nebulizações, aplicações de medicamentos intramusculares e intravenosos, vacinação, entrega de medicamentos. Também fazemos atendimentos nas visitas domiciliares aos usuários que não podem ir à unidade de saúde por apresentar alguma limitação física ou mental, bem como avaliação e acompanhamento de seu problema de saúde. Por vezes, o atendimento aos usuários que moram em regiões mais distantes é dificultado, já que não dispomos de transporte na unidade e dependemos do transporte municipal e, apesar de fazer a solicitação oficial, não enviam, mas a população não se afeta porque procuramos alternativas como o uso de transporte particular dos integrantes da equipe.

Outras ações que fazemos junto à comunidade compreendem a oferta de orientações (promoção e prevenção de saúde), identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos, nas quais participa toda a equipe, tanto nas visitas domiciliares, como em atividades planejadas onde participa grande parte da comunidade.

Embora nossa unidade não possua condições adequadas para atendimento de urgências e emergências, estas sempre chegam à unidade e a equipe faz o atendimento com os recursos disponíveis. Sempre buscamos estabilizar o usuário antes de encaminhar ao atendimento numa UPA ou Pronto Socorro. Também não fazemos pequenas cirurgias, porque não temos os materiais para isso (agulha e fio de sutura, pinças, anestesia local), apesar de solicitar as mesmas em diversas ocasiões. Isso afeta mais que tudo ao usuário, e neste caso nossa governabilidade fica restrita à solicitação dos recursos necessários, o que desde o começo do nosso trabalho na unidade.

Para realizar a busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e grupos é necessário primeiro ter cadastrado a população em sua totalidade, ter planejadas as consultas de controle de todos os usuários com doenças crônicas, ter identificados todos os grupos de riscos com os quais fazer atividades. Falta muito para alcançar um atendimento de excelência, mas estamos trabalhando para chegar este nível de atenção.

Quanto aos insumos necessários para o funcionamento da UBS, a equipe não tem participação, dependemos da gerência da URAP à qual pertencemos,

sendo que a equipe solicita os recursos de que precisamos para ofertar um melhor atendimento. Alguns são entregues, outros não, o que afeta o atendimento ao usuário e dificulta nosso trabalho.

Em nossa UBS realizamos atividades de grupos específicos como diabéticos, hipertensos e idosos às quartas-feiras de cada semana, pré-natal e prevenção do câncer ginecológico todos os dias com as usuárias agendadas para consulta e PCCU. O mesmo acontece com a puericultura, onde se fazem palestra na sala de espera acerca de riscos, cuidados necessários para todas as doenças, sinais de alarme das mesmas, frequências de consultas e acompanhamento e tratamento. Também realizamos atividades de grupos na comunidade desenvolvendo temas como aleitamento materno, combate ao tabagismo, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde bucal, entre outros, incentivando a participação da comunidade no controle social e articulamos parceiros e recursos na comunidade que ajudem a fortalecer e potencializar ações intersetoriais com a equipe e desse jeito melhorar o atendimento à população.

Nossa equipe realiza reuniões toda semana, nas quais é feita o planejamento da agenda de trabalho e se organiza o processo do mesmo. Para um melhor desenvolvimento das ações durante a semana, também discutimos casos tanto de doenças das famílias com problemas e utilizamos a metodologia da “chuva de ideias” (técnica usada em educação em saúde), buscando soluções possíveis. Além disso, planejamos ações a serem desenvolvidas durante a semana (palestras, visitas domiciliares, atividades de saúde em comunidades distantes) e compartilhamos informações e indicações orientadas por níveis superiores.

Existe expectativa de que as equipes da ESF tenham um cadastro atualizado de sua população adstrita, entretanto, frequentemente este cadastro é inexistente, incompleto ou desatualizado. Na nossa UBS este cadastro existe, mas está desatualizado e (última atualização foi em 2010) uma das causas é devido a que uma equipe somente é insuficiente para o atendimento duma população tão extensa. Além disso, a equipe está incompleta, pois estão faltando ACS e temos muitas microáreas descobertas.

Como tenho comentado anteriormente, nosso posto tem somente uma equipe básica de saúde, constituído por médico, a enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete ACS, para o atendimento duma população de 5.133 habitantes, o que eu considero como o primeiro erro já que de acordo ao Caderno das Ações

Programáticas. Cada ESF deveria atender uma população de, no máximo, 4.000 pessoas sendo que a média deveria ser de 3.000, o que dificulta o atendimento correto e ideal que precisa a população. Os ACS têm que realizar outras tarefas na unidade como atendimento da farmácia, pois não temos técnico; o mesmo acontece com a recepção dos usuários porque também não temos recepcionista. Mesmo que estes postos de trabalho estivessem cobertos, ainda assim, o número de ACS seria insuficiente. Estes problemas afetam diretamente a população porque não se cumpre adequadamente o acompanhamento dos usuários.

De outro modo, existe uma distribuição da população por sexo e faixa etária na nossa área de abrangência, mas não está atualizado. Também temos um controle da quantidade das mulheres que ficam grávidas priorizando o acompanhamento do Programa Materno Infantil como grupos vulneráveis mais importantes. É por isso que, ao preencher o questionário, os percentuais são inferiores ao estimado. Além destes inconvenientes, a equipe continua trabalhando para, conjuntamente, que através do atendimento individual ou mesmo nas visitas domiciliares, realizar atualização do cadastro.

O acolhimento é feito como recomendado pelo MS e a população tem conhecimento do tipo de serviço ofertado na unidade. É particularmente difícil atender à livre demanda, atender as urgências que sempre chegam e as consultas de acompanhamento agendadas, sem ultrapassar horários, dedicando o tempo preciso para cada atendimento, o que ocasiona desconforto no pessoal que não está acostumado a esta forma de atendimento. No entanto, a satisfação da população é uma grande inspiração para a mudança dos costumes e nossa equipe, comprometido com o trabalho, sabe disso. A organização dos processos de trabalho, como o atendimento às prioridades, ajuda no funcionamento da UBS, conjuntamente com manter sempre informada a população. Em determinados momentos temos uma elevação da demanda espontânea, mas nossa equipe esta funcionando muito bem, pois existe um planejamento na funcionalidade dos serviços que possibilita atender os casos que envolvem aos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Levando em consideração o Pré-natal e Puerpério, fizemos uma reflexão sobre o processo de trabalho nesta ação na minha UBS. Os registros são realizados através dos prontuários e dos cartões de Pré-natal. A cobertura de pré-natal está em 36%, isso é de acordo ao número estimado pelo CAP, que sugere que deva existir

de gestantes na nossa área de abrangência, mas o número foi de 65 grávidas, as quais recebem atendimento completo. Tenho que especificar que somente tivemos em conta 10 meses, que é o tempo que estou trabalhando no posto porque antes disso, passaram vários meses sem a presença do médico no posto. Estas gestantes recebem acompanhamento de acordo ao estabelecido, com as indicações de exames complementares em tempo, a administração de vacinas nos meses correspondentes, suplementação de sulfato ferroso de acordo ao protocolo, exame físico em cada consulta e avaliação ginecológica por trimestre. Todas recebem sobre aleitamento materno exclusivo, técnicas corretas de aleitamento, alimentação saudável durante a gravidez, sendo recomendada a prática de exercícios físicos, tudo isso de forma individual e coletiva nas atividades de grupo, onde também falamos desde os riscos nas diferentes etapas da gravidez até os cuidados com os recém-nascidos. Pelo qual podemos concluir que os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliado estão dentro de limites normais.

Em relação à cobertura de consulta de puerpério, enquanto ao número estimado estamos em 52%, isso é de acordo ao número estimado que deva existir de puérperas na nossa área de abrangência, foram atendidas 125 puérperas, que é a quantidade real que tivemos. Receberam consulta antes dos 42 dias pós-parto cerca de 97%, sendo que todas elas tiveram a sua consulta puerperal registrada, e 100% receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Em sua totalidade, tiveram as mamas e abdome examinados e receberam exame ginecológico, além da avaliação do estado psíquico.

Enquanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal na UBS estão: o cadastramento dos 100% da população, o que facilita a identificação da população com risco de engravidar. Isso seria possível se aumentasse o número de ACS da equipe ou se incorporasse uma nova equipe à unidade, sensibilizar à população sobre a importância das captações das grávidas em tempo para um melhor seguimento e evitar complicações. Esse trabalho se faz através da educação em saúde através de palestras e de forma individual, conscientizar as gestantes sobre a importância para acompanhar a gestação satisfatoriamente até o seu final e realizar controle do DPP para realizar a captação das puérperas antes dos 7 dias.

A Puericultura foi a primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde e foi um fator importante na forte redução da mortalidade Infantil, o foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária.

Levando em consideração a parte de Saúde da Criança do Caderno de Ação Programática fazemos uma reflexão sobre o processo de trabalho nesta ação na minha UBS e podemos dizer que a forma de registro permitiu o preenchimento da mesma, para o qual utilizamos, fundamentalmente, os prontuários e as cadernetas das crianças para a obtenção de dados, das crianças registradas com atendimento em nosso posto de saúde neste ano.

De acordo com o CAP, com relação à Saúde da Criança, temos uma cobertura de 78%, isso é de acordo ao número estimado que deva existir de crianças na nossa área de abrangência (357). O número real em atendimento até agora é de 186, as quais receberam atendimento completo em sua totalidade. Estas crianças receberam um seguimento de acordo ao estabelecido, fazemos uma observação importante, e é que não somente foram às crianças até 12 meses as avaliadas, também foram realizadas em crianças de 12 até 23 meses e de 24 até 72 meses, todos os dias da semana, e o atendimento é feito tanto pela enfermeira como pelo médico e a administração e controle de vacinas feito pela técnica de enfermagem. Todas elas ao finalizar a consulta tem marcado o dia para o retorno, explicando às mães a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A demanda do atendimento para estas crianças vai para além da puericultura, também chegam cada dia à unidade procurando atendimento por doenças agudas e além do exame físico e tratamento também se faz avaliação do desenvolvimento da criança e programamos a próxima consulta.

Ainda quando não temos Dentista na unidade, fazemos avaliação da saúde bucal e oferecemos às mães educação e promoção em saúde, dos diferentes riscos que podem se apresentar nas diferentes etapas da vida das crianças, envolvendo temas como problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, acidente, técnicas para estimular o desenvolvimento do bebê.

Enquanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção da saúde da criança na UBS estão o cadastramento dos 100% da

população, o que facilita a identificação das grávidas com a sua data provável de parto para garantir que a captação do Recém Nascido seja feita antes dos 7 dias de vida e também para conhecer o número real de crianças da nossa área por sexo e idade o que facilitaria o planejamento para as consultas de puericultura e a vacinação. Isso seria possível se aumentasse o número de ACS da equipe ou se incorporasse uma nova EBS ao posto (o que não depende da gente). Sensibilizar a população sobre a importância das captações dos recém-nascidos em tempo para um melhor acompanhamento e evitar complicações, através das ações de educação em saúde. Conscientizar as mães sob a importância de comparecer às consultas planejadas para um controle adequado do crescimento e desenvolvimento da criança, vacinação de acordo ao programa nacional, o que contribui para garantir a saúde da criança e organizar o grupo de mães das crianças para desenvolver ações de promoção à saúde sobre puericultura.

Tendo em vista as elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama são de grande importância na atenção primária à saúde. Temos que especificar que neste caso sim tivemos em conta os 12 meses, porque o posto sempre tem tido enfermeiro que fazia e faz o preventivo. A avaliação da cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é positiva, pois a cobertura envolve aos 100 % da população feminina seja ou não da nossa área. Eu acho que esse é um dos programas que melhor se trabalha, com investimento em propagandas feitas pelos meios de comunicação de difusão de massa, através da promoção de saúde feita em atividades na comunidade e individuais, o que aumenta o conhecimento das mulheres sobre as complicações e que com um simples exame no posto se pode evitar complicações. Os poucos indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero estão sendo avaliados e a minha apreciação é que estão positivos. Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do Câncer de Colo de Útero na UBS, por isso nossa equipe desenhou uma estratégia que implica a todos, onde cada membro tem um papel ativo para que o programa se desenvolva satisfatoriamente. Os ACS em suas visitas fazem pesquisas das mulheres que não tem feito preventivo em 3 anos, identificam aquelas que precisam por sua idade de realizar este pela primeira vez, falam da importância do mesmo para um diagnóstico oportuno de qualquer doença que afeta o colo de útero, desde um processo

inflamatório, uma doença de transmissão sexual até um carcinoma. A enfermeira faz preventivo, tanto os que correspondam àquelas mulheres por programa como às que solicitam e o médico como parte da rotina de atendimento ginecológico, deve realizar exame colocando especulo naquelas mulheres que chegam à consulta com sintomatologia ginecológica. Além disso, podemos utilizar estratégias para não perder o acompanhamento de mulheres com exame alterado como as visitas domiciliares para lembrar à usuário que precisa de acompanhamento e explicar as consequências que pode ocasionar uma recidiva, fazer reuniões familiares com aquelas usuários que faltam reiteradamente ou se negam a continuar com o acompanhamento, atualizar diariamente o registro de PCCU positivos.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, percebemos que somente 32% tem mamografia feita, enquanto à avaliação do risco e as orientações sobre prevenção do câncer de mamas estão presentes em mais dos 90% dos prontuários revisados. Acho que a cobertura de Controle do Câncer de Mama ainda é baixa se temos em conta o número de mulheres com mais de 50 anos que temos na área, mas com o trabalho que nossa equipe vai melhorar cada dia mais.

A saúde da mulher às vezes é descuidada, pois as responsabilidades que elas têm nas famílias e seus papéis nesta fazem que ela se esqueça dos aspectos relacionados ao autocuidado. Entra aí nossa responsabilidade para com a saúde, em fazer um trabalho de promoção de saúde, que é base da medicina familiar, a consciência em todos os níveis; individual, coletivo, em visitas domiciliares, em palestras, fazendo o exame das mamas em todas as mulheres que vão à consulta independentemente da doença que tiver como parte do exame físico geral, explicando as técnicas do autoexame das mamas a todas as mulheres independentemente da idade. Para não perder o acompanhamento de mulheres com exame alterado, poderíamos confeccionar um registro como aquele que usamos para PCCU positivo aonde se registraria os dados pessoais da usuário, a data do diagnóstico, a patologia diagnosticada, a frequência do acompanhamento seguimento e revisar, semanalmente, na reunião da equipe e dar como tarefa aos ACS, o agendamento das usuários para a sua avaliação.

As doenças crônicas não transmissíveis têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da atenção básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida, que levam estas doenças a condições epidêmicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a diabetes Mellitus, são

umas delas. Em relação à HAS, utilizamos para a análise, fundamentalmente, os prontuários dos usuários registrados com atendimento em nossa unidade de saúde neste ano. Temos que especificar que somente tivemos em conta 10 meses, que é o tempo que estou trabalhando na unidade porque antes disso, passaram vários meses sem a presença do médico no posto, além disso, as consultas anteriores a esta data nos prontuários, não estavam completas, algumas não apresentavam o exame físico, em outras faltavam os tratamentos ou conduta, e geralmente não tinha as orientações recomendadas ao usuário. De acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), temos uma cobertura estimada em 31%, considerando que são acompanhados 663 usuários hipertensos com 20 anos ou mais. Particularmente, considero que ainda falta aprofundar na pesquisa dos casos que, com certeza, existem, já que a HAS é uma doença que muitas vezes é silenciosa para o doente, cabe a nós fazer o cadastramento adequado da população para identificar os usuários de risco para esta doença, ajudar à população na identificação dos sintomas e sinais que sugerem o seu desenvolvimento. Planejamos uma estratégia junto à comunidade na qual, num primeiro momento informamos à população (tanto de forma individual como coletiva) sobre os fatores de risco, os sintomas mais frequentes que se apresentam nessa doença. Também temos como premissa a tomada de pressão arterial a todo usuário de mais de 20 anos que chega a consulta por qualquer motivo, deste jeito podemos fazer um diagnóstico oportuno seguidamente da conduta.

Em relação à DM, de acordo com o CAP, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece não adequada a nossa realidade. Segundo o CAP, há uma estimativa de cobertura de 18%, considerando que são acompanhados de forma sistemática 108 diabéticos. A equipe tomou como estratégia que aos usuários de mais de 20 anos com antecedentes familiares de Diabetes Mellitus se indica ao menos, uma Glicemia ao ano, aos usuários que chegam ao posto com alguma sintomatologia sugestiva desta doença é feita uma glicemia capilar e desse jeito vamos identificando e diagnosticando casos novos. Enquanto à cobertura de DM encontrada eu avalio de positiva, mas temos que aprofundar no diagnóstico e cadastro de mais usuários com fatores de risco potencialmente modificáveis.

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (Censo IBGE, 2012). Os idosos são mais

vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais com, comprometimento da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. Em relação à Saúde do Idoso, quanto aos registros utilizamos somente os prontuários nesta coleta e os registros de trabalho diário; destes últimos, pegamos os nomes e endereço dos usuários vistos de mais de 60 anos e procuramos os prontuários nos arquivos. Percebemos que as cadernetas para os idosos são muito importantes, por isso a equipe disparou o processo para começar este registro. Também como parte da investigação, procuramos os dados oferecidos pela Secretaria de Saúde, no departamento de atenção à população idosa.

A estimativa do número de idosos residentes na área fica bem perto da realidade segundo as estatísticas do ministério da saúde, esta é de 767 usuários idosos possíveis para nossa população e em nosso arquivo contamos com 541 idosos registrados. Na nossa unidade de saúde existe uma realidade bem perto do exigido pelas normativas do ministério da saúde, no entanto acho que ainda existem aspectos que se podem avaliar e analisar no caso da saúde do idoso, tanto na consulta para saber como é que vai evoluindo o usuário ou se tem tratamento, quanto na visita domiciliar. Além disso, acho que se pode desenhar uma ficha que colete dados da vida do usuário, do seu histórico de saúde em ordem cronológico baseado em acontecimentos que próprios da sua idade tem acontecendo e que ajudem no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações futuras. A maior dificuldade é a avaliação da saúde bucal, em correspondência com o grande problema que apresenta nosso município em relação ao atendimento odontológico. Outro indicador afetado é em relação à caderneta do idoso que só encontramos no posto 125 e a grande maioria sem atualizar. Reconhecemos que, até o momento, não havíamos trabalhado com elas, mas depois de preencher o Caderno de Ações Programáticas, percebemos a importância da mesma para o adequado acompanhamento e controle do idoso. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa estão bem avaliados mas, pessoalmente, sugeriria incluir coisas como, por exemplo; avaliação integral de desempenho físico-psíquico do idoso, que em outros países são avaliados por equipes multidisciplinares. Eu acho que para melhorar o atendimento dos idosos precisamos

aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos, temos que preencher todas as cadernetas dos idosos com os dados gerais, suas doenças, os tratamentos feitos para as mesmas, avaliação de risco, além das orientações necessárias para melhorar sua qualidade de vida. Também nossa equipe teria como proposta, a criação do grupo de idosos da comunidade, tendo sido feita a solicitação do Educador físico e marcamos o dia para realizar as atividades educativas (última sexta feira de cada mês). O que mais importa é continuar trabalhando com muito amor. Para as pessoas da terceira idade não é importante somente receber atendimento médico. Sentir-se útil e integrado à sociedade também é importante, lembrando sempre que; se importantes são as crianças, também são os idosos e eles merecem isso.

Apesar da ampliação da cobertura para Atenção Bucal, as equipes vêm enfrentando uma grande demanda reprimida o que tem dificultado o desenvolvimento da atenção programada e das ações coletivas em saúde bucal. O município de Rio Branco tem uma grande carência de serviços odontológicos que pertencem ao SUS, assumindo este atendimento os setores privados, aonde o grande número da população não pode receber atenção pelo alto valor das consultas. Nossa população deve receber atendimento odontológico na URAP por uma equipe que tem a sua procura o atendimento de mais 20 UBS igual à nossa. Além disso, o acompanhamento não é adequado, não existindo registros dos atendimentos, somente os impressos do trabalho diário, pelo qual é muito difícil a coleta de dados. Referente a este aspecto, nossa equipe vem realizando um trabalho educativo-preventivo nas consultas, visitas domiciliares, atividade na comunidade e nas escolas. Em breve talvez a saúde bucal deixe de ser um problema na nossa comunidade, já que estão construindo uma unidade de saúde nova que deve ter uma consulta de odontologia.

Ao concluir o Análise Situacional achamos que ainda temos muito trabalho a fazer daqui pra frente, mas temos que reconhecer que estamos mais organizados que no começo, que o trabalho feito até agora está dando frutos o que se traduz no reconhecimento da população para com nosso esforço, que é a satisfação maior que pode ter o profissional da saúde. Tenho muita sorte de ter uma equipe que sabe escutar e está aberta às mudanças e para pôr em prática ações que, por experiência própria, tem tido resultados na melhoria da saúde da população e que para eles são novas. No entanto, existe a vontade de trabalhar muito e bem, para melhorar a

saúde da comunidade. Tudo o estiver em nossas possibilidades para melhorar a saúde da população, nossa equipe fará, a fim de pôr em prática, novas propostas que contribuam a oferecer uma atenção de excelência.

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

Ao fazer uma comparação entre a impressão da situação de ESF/APS da unidade e o Relatório da Análise Situacional, é apreciável uma maior apropriação da realidade. No entanto, existem pontos de convergência entre eles, fundamentalmente aqueles referentes à estrutura da unidade, composição da equipe, serviços prestados à comunidade e as atribuições individuais dos profissionais que trabalham na mesma, além da logística e insumos; todos eles a segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde. A diferencia consiste em que o texto inicial trouxe uma ideia geral da nossa unidade, enquanto a análise Situacional fornece uma visão muito mais ampla, detalhando aspectos populacionais, descrevendo o comportamento dos atendimentos de grupos específicos como crianças, gestantes, puérperas, idosos, etc; referenciando os serviços oferecidos na unidade, tendo por base o Caderno de Ações Programáticas, quando foram feitas reflexões acerca dos processos de trabalho até esse momento através da avaliação de indicadores, determinando que aspectos poderiam ser melhorados em benefício da saúde da comunidade e que ações poderiam ser desenvolvidas com a finalidade de alcançar mudanças nos hábitos e costumes da população, ganhando em qualidade de vida, através de um atendimento de excelência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações para a redução da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária do país. Inúmeras ações (programas e políticas) foram criadas, desde a década de 1980, com o objetivo de intervir nesta realidade a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos estava sendo realizado. (BRASIL, 2012).

No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-infantil em todo o país com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da Rede Cegonha, ela traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos. De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os recém-nascidos nas maternidades sem um processo adequado de seu encaminhamento para a continuidade dos cuidados.

Este processo se inicia na maternidade e continua na Atenção Primária de Saúde (APS), onde espera se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio; mãe e RN, no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas, estimulando a presença do pai sempre que possível; apoio ao aleitamento materno, imunizações e coleta de sangue para o teste do pezinho. Depois, até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

A escolha da ação programática em Saúde da Criança é devido a que em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) a cobertura do atendimento às crianças está em 78%, isso de acordo ao número estimado que deva existir de crianças na nossa área de abrangência e eu acho que este grupo de idade (0-72 meses), é uns dos mais vulneráveis e por isso a cobertura deve ser de 100%, embora nossa proposta seja alcançar uns 95% (devido a que está mais perto da realidade pelas razões que explicaremos mais para enfrente); e esta intervenção vai trazer a possibilidade de alcançar este objetivo. Além disso, nesta faixa etária temos a possibilidade de trabalhar ainda mais os aspectos de Promoção e Educação em Saúde, base do trabalho do médico nas comunidades, onde podemos mudar hábitos e estilos de vida para evitar doenças, acidentes e condutas desfavoráveis no desenvolvimento da criança e que podem ser avaliados num prazo não muito longo.

A UBS onde eu trabalho está situada na periferia da cidade com características próprias, onde a população tem uma mistura entre costumes de área urbana e rural, sendo um local adaptado pelo qual sua estrutura física não é a ideal, mesmo assim, conseguimos oferecer uma rotina de atendimento como preconizado na APS. Contamos com diferentes salas e serviços, sendo eles distribuídos entre sala do consultório médico, consultório da enfermeira, sala da vacinação, farmácia e curativo, esterilização de instrumentais e descontaminação. Além disso, também temos uma recepção, almoxarifado, cozinha e pátio de serviço. A unidade oferece atendimento a uma população de 5.133 habitantes e a equipe está constituída pelo médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e sete ACS.

A população alvo em nossa área é de 357 crianças na idade compreendida de 0 – 72 meses (Registro de Cadastro da unidade) onde a cobertura de acompanhamento pela unidade é de 78%, o qual já se está ampliando devido ao esforço que a equipe vem fazendo, focados fundamentalmente, nas crianças menores de 1 ano devido ao fato de que as mães desconhecem a importância do acompanhamento do desenvolvimento das crianças para evitar doenças, detectar fatores de riscos e receber orientações que contribuem à saúde do bebê. É realizado um conjunto de ações direcionadas às crianças que inclui o atendimento clínico, ações de educação em saúde, com foco na promoção e prevenção, orientações sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes, busca aos faltosos. No entanto, precisamos melhorar a qualidade do cuidado ofertado. Ampliaremos a busca das crianças até 72 meses faltosas às consultas baseados nos registros e realizaremos um trabalho consciente, por meio de um conjunto de ações sistematizadas não somente em busca de aumentarmos a cobertura do programa, bem como, qualificar o cuidado em saúde ofertado às crianças na comunidade.

Esta intervenção é muito importante, na medida em que, paralelamente ao processo de implementação do projeto, através das ações que serão realizadas, poderemos realizar um melhor acompanhamento das crianças, qualificando a oferta do cuidado, incrementando a articulação e confiança da comunidade no trabalho executado pela equipe de saúde e organizando melhor os nossos processos de trabalho, o que trará, portanto, benefícios para todos os envolvidos

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS Belo Jardim II, em Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

- **Meta 1.1.:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade 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;
- **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;
- **Meta 2.8.** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- **Meta 2.9.** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;
- **Meta 2.10.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;
- **Meta 2.11.** Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde

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 espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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.

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;
- **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 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) Belo Jardim II, no Município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção 357 crianças compreendidas na faixa etária ente 0 e 72 meses de idade pertencentes à área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Embora achássemos que a cobertura de atenção deve ser 100%, nossa proposta está mais próxima da realidade porque as condições do serviço não são muito favoráveis devido à carência de ACS e ao grande número de atendimento que se realiza dia a dia da unidade, além do que o período de tempo de implementação da intervenção é de quatro meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita procurando direcionar o trabalho dos ACS no cadastro das crianças compreendidas neste grupo de idade de cada microárea e na busca de faltosos a consultas já programadas;
- ✓ Priorizar este grupo de idade nas visitas domiciliares;
- ✓ Realizar atendimento de crianças com problemas agudos no mesmo turno e sairão com cadastro feito si não tem e a próxima consulta para puericultura agendada;
- ✓ Priorizar o atendimento de crianças, organizando o serviço de forma a facilitar o acesso das crianças da área, agendando para cada dia de consulta 5 crianças para realizar puericultura.

Responsável: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe de saúde, durante todo o período da intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar o número de crianças cadastradas no programa. Para isso vamos confeccionar um registro das crianças de 0-72 meses de idade com os dados gerais, data de consulta feita e data da próxima consulta, o qual será revisado pela equipe diariamente ao finalizar as consultas para realizar citação das crianças que tem agendada puericultura nessa semana.

Responsável: Esta ação será feita pelos ACS, durante todo o período da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Ações de promoção de saúde como orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais são seus benefícios;
- ✓ Explicar às mães a importância de comparecer às consultas programadas para seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança e assim detectar qualquer problema de saúde nas crianças e evitar complicações;

- ✓ Criar grupo de crianças para realizar ações de promoção e prevenção de saúde;

Responsável: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada, em qualquer cenário, tanto em consulta quanto visitas domiciliares, e durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe no acolhimento da criança, através da Política Nacional de Humanização (PNH) e para adoção dos protocolos referentes à Saúde da Criança, propostos pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.
- ✓ Capacitar diante a discussão dos protocolos de saúde da criança e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas às mães sobre este programa.

Responsável: Os temas vão ser desenvolvidos pelo médico e enfermeira, dirigido a todos os integrantes da equipe, nas reuniões que são feitas cada sexta-feira na unidade.

Tempo: Nas duas primeiras semanas da implementação do projeto.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Para este objetivo, nos propusemos diversas metas:

Meta 1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, revisando periodicamente o registro de gestantes da unidade e procurando aquelas com data provável de parto (DPP) na semana;

Responsável: Os ACS destas gestantes para ter certeza da chegada da criança à área para fazer cadastro e agendamento para primeira consulta.

Tempo: Esta ação será feita durante todo o período da intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, calculando o indicador do total de crianças cadastradas no programa entre o total de recém-nascidos da área e deve ser 100%.

Responsável: Médico e Enfermeira da unidade.

Tempo: O monitoramento desta ação será semanal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida, estas informações serão fornecidas nas consultas e visitas domiciliares;

Responsável: Serão realizadas pela equipe de saúde nas atividades realizadas na comunidade.

Tempo: Durante todo o processo de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ 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;
- ✓ Capacitar diante a discussão dos protocolos de saúde da criança e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas às mães sobre este programa.

Responsável: Os temas serão desenvolvidos pelo médico e enfermeira, dirigido a todos os integrantes da equipe, nas reuniões que são feitas cada sexta-feira na unidade.

Tempo: Nas duas primeiras semanas da implementação do projeto.

Meta 2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Meta 3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso

Meta 4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso

Meta 5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Essas metas foram agrupadas devido as similaridades do conjunto de ações para contemplá-las.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

✓ Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) realizando a solicitude dos mesmos aos gestores correspondentes;

Responsável: esta ação será feita pela responsável da unidade de saúde.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção, já foi cumprida.

✓ Realizar avaliação de peso e comprimento/altura de 100% das crianças inscritas no programa.

Responsável: Pessoal selecionado dentro da equipe o qual será previamente capacitado.

Tempo: Nas duas primeiras semanas da implementação do projeto.

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

Responsável: Esta ação será feita pela responsável da unidade de saúde.

Tempo: Antes de iniciar o projeto de intervenção, já foi cumprida.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

✓ Garantir material adequado para realização dos controles periódicos para isso se precisa contar com os 100 % das cadernetas e seus duplicados atualizados em cada consulta para assim possuir os dados que permita avaliar e após cada atividade realizar o balanço correspondente;

Responsável: Ação que será realizada pelo médico e enfermeira da unidade.

Tempo: de forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ Informar à população toda a prioridade no atendimento das crianças de 0-72 meses de idade através de informação direta e individual, nas atividades coletivas e no mural da recepção e as frequências de consultas e horários.

Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

✓ Conscientizar as mães sobre a importância de comparecer às consultas planejadas para um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança, vacinação de acordo ao programa nacional, que garanta a saúde da criança.

Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

✓ Organizar o grupo de mães das crianças para desenvolver labor de Promoção de saúde sobre puericultura.

Responsável: Toda equipe de saúde.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

✓ Explicar aos pais o peso e altura normal da criança de acordo a idade, quanto deve ganhar em peso e altura cada mês.

Responsável: De forma mais específica, o médico e enfermeira.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

✓ Oferecer aos pais Educação e Promoção em saúde sobre diferentes aspectos que influem no peso e altura da criança como aleitamento materno, a alimentação adequada para cada mês de vida da criança.

Responsável: De forma mais específica, o médico e enfermeira.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

✓ Indicar aos pais da importância de acompanhar o crescimento pela curva peso/altura cada mês; sendo assim poderia ser identificado precocemente algum tipo de alteração se acontecesse, estas ações formam parte da rotina das puericulturas, porém são desenvolvidas permanentemente em cada consulta.

Responsável: De forma mais específica, o médico e enfermeira.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

✓ Padronizar a equipe, definindo em cada membro da equipe a responsabilidade a ser feita que possibilite a realização certa de cada proceder.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

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

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

✓ Fazer treinamento das técnicas para explorar e comprovar a existência ou presença de câmbios no desenvolvimento da criança.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

Meta 6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

✓ Garantir a disponibilidade de vacinas em correspondência ao quadro existente no Ministério de Saúde (MS), disponibilizando as quantidades e tipos de vacinas que sejam necessárias para efetuar a vacinação de crianças compreendidas na faixa etária determinada

Responsável: Técnica de enfermagem e responsável da unidade.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

✓ Monitorar as crianças que sejam vacinadas e aquelas atrasadas no recebimento das vacinas correspondentes, procurando mensalmente na base de dados dos cadastrados, os faltosos de tomar as vacinas e atualizando na caderneta de saúde da criança a administração da vacina correspondente, assim como na ficha espelho.

Responsável: Técnica de enfermagem.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ Explicar aos pais o importante de tomar as vacinas preconizadas pelo MS, oferecer a estes, educação em saúde sobre a importância das vacinas na prevenção de doenças e como identificar alterações e sinais de anormalidade no caso que apareça alguma reação à vacina.

Responsável: Equipe de saúde

Tempo: Todos os momentos de interação com pais e/ou responsáveis pelas crianças.

Meta 7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Garantir a disponibilidade de suplementação de ferro suficiente para dar cobertura às crianças compreendidas na faixa determinada.

Responsável: Responsável da unidade.

Tempo: Realizar o controle semanal da quantidade de ferro existente para fazer pedido do medicamento de forma oportuna e garantindo que não falte na unidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar as crianças que sejam avaliadas como necessárias a receber o suplemento de ferro na faixa.

Responsável: Pessoal designado e que previamente será treinado.

Tempo: A procura será mensalmente, na base de dados dos cadastrados e nos informes das consultas de acompanhamento, aquelas crianças que precisam tomar suplementos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Explicar aos pais a importância do suplemento de ferro preconizado pelo MS.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: Todos os momentos de interação com pais das crianças.

- ✓ Oferecer aos pais educação em saúde sobre diferentes aspectos que influenciam no desenvolvimento da anemia na criança assim como a importância do suplemento de ferro para prevenir a ocorrência dela.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: Todos os momentos de interação com pais das crianças.

- ✓ Indicar aos pais da importância de acompanhar e detectar precocemente sinais de anemia que possam ser tratadas oportunamente.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: Todos os momentos de interação com pais das crianças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Fazer treinamento periódico nas técnicas para efetuar a administração e controle no consumo do suplemento de ferro.

Responsável: Médico e enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

Meta 8: Realizar Triagem auditiva em 100% das crianças.

ORGANIZAÇÃO E ESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Garantir a realização da triagem auditiva no período de tempo correspondente.

Responsável: Médico e enfermeira.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto de intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar as crianças que nessa idade necessitem realizar a triagem auditiva.

Responsável: Procurar na caderneta de saúde da criança a informação da realização desse teste pela equipe de saúde nas consultas e visitas domiciliares

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Explicar aos pais a importância de sua realização como forma de diagnóstico de deficiências auditivas.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Oferecer aos pais Educação em saúde sobre diferentes aspectos a serem levados em conta para a realização do exame e os requisitos.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- ✓ Capacitação à equipe sobre a importância deste teste e o período de tempo em que deve ser realizado.

Responsável: Médico e enfermeira

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

Meta 9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças, até 7 dias de vida

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Garantir a disponibilidade de recursos para realizar com qualidade o teste do pezinho.

Responsável: Responsável da unidade.

Tempo: De forma continuada a cada mês, no pedido de insumos para a unidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a pontualidade das crianças que nessa idade necessitem realizar o teste do pezinho.

Responsável: Os ACS que tem o registro dos nascimentos das grávidas que forem acompanhadas pelo nosso serviço, os quais vão realizar a procura ativa deles para que não fiquem fora do tempo de realização desse importante exame que possibilita o diagnóstico precoce de outras doenças além de atualizar na caderneta de saúde da criança a realização desse exame e no registro eletrônico que a equipe confeccionará na unidade.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Explicar aos pais a importância de sua realização como forma de diagnóstico de outras doenças que podem existir.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Oferecer aos pais educação em saúde sobre diferentes aspectos a serem levados em conta para a realização do exame e os requisitos.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Observação: Neste caso o teste não se realiza na unidade por isso vamos a capacitar o pessoal na toma de mostra.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Observação: Para alcançar esta meta precisamos desenvolver um conjunto de ações que não dependerão somente da equipe, já que não contamos com atendimento odontológico na unidade. Dessa forma, as ações serão focadas a comprometer a gestão, no sentido de disponibilizar uma equipe odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Garantir a disponibilidade de recursos para realizar com qualidade a avaliação odontológica, comprometendo a Gestão a fim de disponibilizar uma equipe odontológica para realizar avaliação das crianças.

Responsável: Responsável da unidade que fará os arranjos necessários e sobre os ACS na citação das crianças para assistir a avaliação.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

- ✓ Garantir que essa equipe tenha os recursos necessários para uma avaliação de qualidade.

Responsável: Gestor da unidade, onde se realizará a avaliação.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização dessa avaliação odontológica às crianças nessa faixa de idade.

Responsável: O médico e a enfermeira serão os responsáveis de monitorar a realização dessa avaliação odontológica nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares.

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Oferecer aos pais educação em saúde sobre como deve ser realizada corretamente a escovação dos dentes, a frequência na qual deve ser feita, os sinais que se apresentam na aparição de deformidades nos dentes, cáries e outras doenças.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Treinar a equipe sobre a aparição e o desenvolvimento normal dos dentes de acordo à faixa etária para detectar algum problema.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas primeiras semanas em correspondência planejamento das mesmas.

Meta 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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Buscar articulação com a equipe odontológica de referência (URAP) para nossa UBS a fim de garantir a realização da primeira consulta das crianças da área

Responsável: Administração da unidade e gestores

Tempo: Na primeira semana da intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Estabelecer esquema de controle, por meio de contrarreferência e numa perspectiva de rede, através dos retornos uma vez que as crianças são avaliadas pela equipe odontológica.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Informar aos pais e à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade e dar os encaminhamentos e orientações necessárias, viabilizando o acesso.

Responsável: A equipe de Saúde

Tempo: De forma continuada durante todo o projeto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, incluindo os devidos registros.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Na primeira semana da implementação do projeto.

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

Para dar saída a este objetivo, nos propusemos a meta:

Meta 1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Estabelecer esquema de controle e supervisão para o controle das consultas definindo responsáveis entre os ACS para monitorar a regularidade e assistência às consultas das crianças e identificar os faltosos.

Responsável: Médico da unidade.

Tempo: Na primeira semana da implementação do projeto.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização dos controles de faltas às consultas procurando no registro eletrônico da unidade aquelas crianças que tem agendadas consultas e não assistiram e fazer um reagendamento e nova marcação.

Responsável: ACS responsável da microárea onde mora a criança faltosa.

Tempo: durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Explicar aos pais a importância de assistir às consultas periódicas e planejadas.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Articular os líderes das comunidades e vizinhos para que todos atuem pelo bem-estar das crianças e procurar apoio nas organizações da comunidade para que ajude na procura de faltosos.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente os controles das assistências as consultas.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

- ✓ Definir, em cada membro da equipe, a responsabilidade a ser feita que possibilitem a realização dos controles.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

- ✓ Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente o preenchimento e interpretação de todos os dados da caderneta da criança.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

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

Para alcançar este objetivo, nós propusemos a meta:

Meta 1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Realizar treinamentos especiais para ajudar na procura e identificação de fatores de risco de qualquer tipo nas crianças.

Responsável: Médico e a Enfermeira.

Tempo: De acordo ao planejamento dos temas a desenvolver nas primeiras semanas da intervenção.

- ✓ Disponibilizar de manuais que ajudem na preparação do pessoal para desenvolver as ações propostas.

Responsável: Responsável da unidade.

Tempo: Nas duas primeiras semanas da intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização da avaliação de risco em cada criança, atualizando na caderneta de saúde da criança a situação atual e real e avaliação individual de cada

aspecto que influência na ocorrência de acidentes e medidas prévias para evitá-los (risco de ocorrência de acidentes domésticos, riscos sociais e ambientais).

Responsável: Médico e Enfermeira da equipe.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ Explicar aos pais a importância de assistir às consultas periódicas e planejadas e as palestras sobre prevenção de ocorrência de acidentes e evitar fatores de risco.

Responsável: Toda a equipe de saúde.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

✓ Oferecer aos pais educação em saúde sobre como deve ser a educação, prevenção de fatos que possibilitem a ocorrência de acidentes.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

✓ Comprometer aos líderes das comunidades e vizinhos para que todos atuem pelo bem-estar das crianças.

Responsável: Toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

✓ Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente os controles das assistências as consultas.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

- ✓ Definir em cada membro da equipe, a responsabilidade a ser feita que possibilitem a realização dos controles.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

- ✓ Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente o preenchimento e interpretação de todos os dados da caderneta da criança.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Observação: Este objetivo está implícito, como ações em todos os outros anteriormente expostos, mas pela importância que representa dentro da medicina comunitária (promoção e prevenção de saúde)

Meta 1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Criar esquemas que possibilite a realização de atividades de promoção, face a face de fatores de risco de todo tipo que possa produzir a ocorrência de acidentes na infância.

Responsável: Equipe de saúde.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto, na qual se realiza o planejamento de todas as atividades a ser feitas durante a intervenção.

- ✓ Disponibilizar manuais que ajudem na preparação da equipe para desenvolver as ações propostas.

Responsável: Responsável da unidade.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de atividades de prevenção de acidentes na infância.

Responsável: O pessoal designado para essa função vai monitorar a realização das atividades de acordo ao cronograma.

Tempo: Semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Explicar aos pais a importância de assistir as consultas periódicas e planejadas e as palestras sobre prevenção de ocorrência de acidentes e evitar fatores de risco.

Responsável: Toda a equipe de saúde..

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Oferecer aos pais Educação em saúde sobre como deve ser a educação, prevenção de fatos que possibilitem a ocorrência de acidentes.

Responsável: Toda a equipe de saúde.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

- ✓ Comprometer os líderes das comunidades e vizinhos para que todos atuem pelo bem-estar das crianças.

Responsável: Toda a equipe de saúde.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Treinar o pessoal da equipe para que realizem adequadamente as orientações para prevenir acidentes nas diferentes faixas da vida da criança.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

- ✓ Definir em cada membro da equipe, a responsabilidade a ser feita que possibilitem a realização das atividades educativas, palestras, dentre outras.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

Meta 2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Criar esquemas que possibilitem a realização de atividades de promoção, face a face, relacionados com o aleitamento materno na própria consulta, para que os membros da equipe possam oferecer orientações sobre como deve ser feito o aleitamento materno, das técnicas corretas, horários e posições.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Avaliar e corrigir as técnicas de aleitamento materno para evitar complicações no bebê (broncoaspirações) e na mãe (lacerações dos mamilos), além de avaliar a sucção do bebê, incluindo a importância para a formação dos dentes e a saúde bucal.

Responsável: Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira.

Tempo: Na primeira consulta de puericultura.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Compartilhar com os pais a necessidade de avaliar a maneira certa pela qual estão ofertando o leite do peito aos filhos assim como a sua importância.

Responsável: Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira.

Tempo: Na primeira consulta de puericultura.

- ✓ Ofertar aos pais educação em saúde sobre aleitamento materno explicando a importância de que seja exclusivo até 6 meses e como influencia na prevenção de doenças ou complicações de outras.

Responsável: Toda a equipe de saúde.

Tempo: durante todos os contatos com pais de criança menores de 6 meses.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Capacitar à equipe nas técnicas de aleitamento materno para que possam oferecer orientações sobre como deve ser feito, das técnicas corretas, horários e posições e monitorar a realização destas atividades de ensino e supervisão sobre o aleitamento.

Responsável: Esta ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira.

Tempo: Nas primeiras duas semanas do projeto.

Meta 3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Realizar nas consultas a revisão dos alimentos oferecidos em cada refeição assim como o jeito de prepará-los para que respondam às necessidades deles.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de atividades de ensino e supervisão sobre as orientações nutricionais.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ Explicar aos pais a importância de cada tipo de alimento, os aportes ao desenvolvimento deles, os horários, o tipo de acordo à idade e a importância para a formação dentária e a saúde bucal.

Responsável: toda a equipe de saúde.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

✓ Oferecer aos pais Educação em saúde sobre como deve ser elaborado os alimentos e os horários e frequências.

Responsável: toda a equipe de saúde.

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

✓ Comprometer os líderes das comunidades e vizinhos para que todos atuem pelo bem-estar das crianças.

Responsável: toda a equipe de saúde

Tempo: Durante todo o projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

✓ Capacitar ao pessoal da equipe no esquema de alimentação de acordo a faixa etária para poder fornecer informações adequadas aos pais e fazer uma avaliação das crianças se estão recebendo uma alimentação correta assim como os horários e modos de prepará-la.

Responsável: Médico e Enfermeira

Tempo: Nas duas primeiras semanas do projeto.

Todas as ações de educação, promoção e prevenção de saúde serão feitas de forma continuada, como parte do trabalho no dia a dia por toda a equipe, pois é a razão e premissa fundamental da medicina familiar na comunidade.

2.3.2 Indicadores

Para cada meta nos propusemos indicadores que permitirão o monitoramento da meta. Nesta tabela ofereceremos os indicadores com os dados iniciais que serão o ponto de partida da intervenção, na medida em que vai se desenvolvendo o trabalho, os indicadores devem ir a aumento até alcançar as metas propostas, assim vamos avaliando o percentual em correspondência do período de implementação do projeto.

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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.

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

Indicador 2.8: Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva / Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.9: 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: 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: 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: 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 espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado. Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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 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 a realização da nossa intervenção, temos a nossa disposição o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento do ministério da saúde, 2013. Vamos utilizar a ficha espelho da criança disponibilizada no município e tendo como referência a caderneta da criança, na qual acrescentaremos elementos necessários para coletar dados, como aparece nos anexos do presente projeto. Para a realização correta desse aspecto a enfermeira confrontará as informações necessárias obtidas desses documentos.

Para organizar o registro específico correspondente ao programa em questão, a enfermeira, sob a supervisão do médico responsável da ESF, vai revisar o registro, na procura das crianças que vierem em consulta além daquelas faltosas nas últimas consultas programáticas, identificando aí dados da sua evolução, situação da vacinação, crescimento e desenvolvimento e acionando aos ACS para a procura dos faltosos. Serão transcritas as informações à ficha espelho confeccionadas para esse fim e sendo esse o primeiro monitoramento.

Com o objetivo de melhor organizar e melhor visualizar as informações acerca da operacionalização do processo logístico para a intervenção proposta, foi construído um quadro, devidamente inserido nos apêndices.

3 Relatório da Intervenção

Importante ressaltar que a intervenção, inicialmente, planejada para 16 semanas, teve o seu período de implementação reduzido para 12 semanas. Houve um grande empenho de toda a equipe, no sentido de alcançar as metas estabelecidas e, durante as 12 semanas da nossa intervenção, se desenvolveram ações importantes no âmbito da saúde da criança. As ações previstas no projeto a serem desenvolvidas foram realizadas, embora tenham ocorrido dificuldades devido aos acontecimentos que se apresentaram em nosso município que foi declarado área de desastre por conta do período de enchentes do Rio Acre. Esses fatos terminaram interferindo um pouco o trabalho na unidade devido ao fato de que parte da equipe foi deslocada para apoiar as ações voltadas aos desabrigados nos albergues. As equipes de saúde do município se revezavam na oferta de cuidado aos desabrigados e, dessa forma, foi necessário que a nossa equipe se organizasse internamente, a fim de intensificar as ações relacionadas à intervenção, buscando compensar e não permitir que o trabalho que estávamos realizando fosse prejudicado.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas como foi planejado. Posso dizer que o atendimento clínico foi ótimo, tivemos excelentes resultados quanto aos faltosos às consultas planejadas, conseguindo não ter nas últimas semanas nenhum faltoso, além de ter um incremento gradual daquelas mães que compareceram espontaneamente à unidade, o que significa um reconhecimento ao trabalho que vem sendo feito para a melhoria na qualidade de vida e da expectativa de vida das crianças. Tudo isso graças ao comprometimento em todos os sentidos dos membros

da equipe e da comunidade. Isso nos motiva a seguir em frente, esforçando-nos para oferecer o serviço de qualidade como a população merece.

Quanto às atividades educativas voltadas para a promoção e prevenção de saúde, a equipe fez a proposta de desenvolver cada dia temas na sala de espera com as mães que compareciam às consultas, com temáticas diversas, incluindo temas em saúde bucal, na medida em que não contávamos com odontólogo na unidade e seria importante reforçar tais aspectos da saúde da criança. Esta estratégia foi teve, na primeira semana, resultados alentadores, que foram cada vez melhores no transcurso das semanas da intervenção, já que os pais e/ou responsáveis tornavam-se cada vez mais interessados quando explicávamos o projeto, além de comprometê-los e corresponsabilizá-los para não faltar às próximas consultas. Indiretamente, também ajudaram a divulgar o trabalho que estamos fazendo junto à comunidade. Nestas palestras falamos das doenças respiratórias e gastrointestinais, mais frequentes por faixa etária, assim como evitá-las, preveni-las e atuar em relação à melhoria das condições que favorecem elas. Também falamos da alimentação adequada, acidentes mais frequentes no domicílio e a importância do acompanhamento de peso, tamanho e desenvolvimento psicomotor das crianças.

Na medida em que o projeto se desenvolvia e com o aumento das consultas de acompanhamento das crianças, diagnosticamos doenças características da infância, com um aumento notável em nossa comunidade como impetigo, larva migrans, parasitose, entre outras, e então decidimos levar esses temas às palestras, fazendo ênfase nas medidas de prevenção das mesmas.

Outra ação a ser desenvolvida durante o projeto foram os encontros com as lideranças da comunidade. No projeto estava planejado ter 4 reuniões com os líderes, mas depois do primeiro encontro eles ficaram tão comprometidos com o projeto que decidiram participar de forma permanente nas reuniões da equipe cada semana. As ações anteriormente mencionadas foram cumpridas integralmente.

Dentro das ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas semanas e que foram cumpridas parcialmente, temos a realização da primeira consulta odontológica programada para as crianças na faixa etária de 6 a 72 meses. Embora esta ação não estivesse compreendida dentro do cronograma, faz parte dos indicadores a avaliar no projeto e infelizmente não alcançamos um 100% nesse indicador. Infelizmente, nossa equipe não tem dentista na unidade e o único dentista que tem a URAP, abarca uma área muito grande e os atendimentos a ser feitos por

eles são somente de urgências. Ante essa dificuldade e a falta de uma resposta por parte da gestão do município, a equipe negociou diretamente com a equipe de odontologista da URAP e se decidiu encaminhar para avaliação odontológica aquelas crianças com problemas de saúde bucal detectados em consulta e solicitamos nos enviassem essa avaliação para anexar no prontuário da criança uma vez que voltara à consulta de acompanhamento. Isso fez possível alcançar um 23.8% neste indicador que, embora seja baixo, para a equipe foi uma conquista importante. Nossa nova unidade está próxima a ser inaugurada e temos a expectativa de que vai contar com uma equipe odontológica e assim, conseguiremos incrementar a cobertura de atendimento a estas crianças até 100%, porque embora o projeto termine, seguirá incorporado à rotina do atendimento da unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas todas foram desenvolvidas em bom ritmo, todas elas foram feitas com sucesso. O trabalho dedicado e comprometido da equipe oportunizou o êxito das atividades e os benefícios alcançados ao finalizar o projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Temos que sinalizar que a equipe não encontrou dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e fechamento das planilhas de coletas de dados. Especificamente quanto ao cálculo dos indicadores, no princípio apresentamos alguns problemas que foram corrigidos graças à ajuda do orientador deste trabalho (Antonio Maurício), que também faz parte da nossa equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já seguem devidamente incorporadas à rotina do serviço. Dentre elas estão a capacitação da equipe em cada reunião semanal na perspectiva de educação permanente, as palestras diárias como atividades educativas as quais são assistidas não somente pelas mães das crianças, também por todos os usuários que estão na sala de espera, o contato com lideranças comunitárias que, embora estejam planejadas pelo cronograma somente quatro, virou rotina a participação de ao menos um representante da comunidade em cada reunião semanal da equipe, o acompanhamento das crianças com consulta programada e agendada do acordo ao programa da saúde das crianças, além da avaliação odontológica pela equipe própria da unidade que, por enquanto, seguiremos com a estratégia implementada até que, em breve, possamos contar com nossa própria equipe de saúde bucal.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Uma vez concluída a implementação do projeto de intervenção referente à saúde da criança, é chegado o momento de avaliar os resultados obtidos no desenvolvimento do mesmo junto à comunidade.

A UBS Belo Jardim II está localizada município de Rio Branco, capital do Estado de Acre. Situa-se na periferia da cidade com características próprias, onde a população tem uma mistura entre costumes de área urbana e rural. A área de abrangência apresenta uma extensão territorial dividida em nove microáreas e a equipe oferta atendimento a aproximadamente 5.133 pessoas pertencentes à área de abrangência. A população, embora não esteja catalogada como rural, tem todas as características, devido às condições higiênico-epidemiológicas, socioculturais e costumes da mesma. Da população total, 357 são crianças compreendidas entre zero e setenta e dois meses de idade, tendo sido este último dado o alvo da nossa intervenção, representando 6,95 % do total da população.

Para fazer a avaliação dos resultados, levamos em conta tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos. Dentro dos primeiros mencionados estão os indicadores propostos no projeto os quais analisaremos individualmente comparando com as metas, seu comportamento durante a intervenção e o resultado final. Quanto àqueles qualitativos, se referem às ações propostas e o grau de implementação das mesmas, examinando a importância da incorporação destas ações para o serviço e como elas ainda podem ser melhoradas.

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

Meta1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

O primeiro a ser avaliado refere-se à nossa meta de cobertura, com a proporção de crianças dessa faixa etária inscrita no programa na nossa unidade de saúde. A equipe tinha feito o cadastramento das crianças na idade compreendida de 0 até 15 anos (registro), trabalho que a equipe vem realizando há alguns meses, o que facilitou a busca das crianças de 0 a 72 meses de idade. De um total de crianças que nosso cadastro tinha, compreendida nas idades do projeto eram somente 357, um número importante de atendimentos tinham que ser feitos para atingirmos os 100%. Inicialmente, pensamos ser quase impossível devido às dificuldades apresentadas como a equipe incompleta, o grande número de atendimentos na rotina diária e aos acontecimentos que foram se apresentando durante as semanas da implementação.

No entanto, a equipe sempre procurou soluções e criamos estratégias para alcançarmos nossas metas. Tanto assim, que ao finalizar o primeiro mês, alcançamos 125 cadastros, sendo um 35% em relação ao total; o segundo mês fechou com 254 cadastros para um 71,1% do total e ao terminar o terceiro mês da intervenção atingimos os 100% dos cadastros incorporados às atividades da intervenção (como aparece abaixo na figura 1), o que consideramos um triunfo pela importância que tem. Contar com todas as crianças em acompanhamento, vai proporcionar qualidade de vida e saúde para o seu desenvolvimento futuro. É importante ressaltar que tanto as lideranças da comunidade quanto as mães e familiares das crianças, desempenharam um papel importantíssimo na divulgação das atividades, possibilitando o cadastramento e acompanhamento das crianças em questão, ajudando ao trabalho da equipe.

Devemos sinalar como uns dos aspectos mais importantes, o comprometimento da equipe e fundamentalmente dos ACS que contribuíram para obter esse resultado. Penso que as ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança; o estabelecimento e definição de prioridades de cada membro da ESF em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas, constituíram um parâmetro chave no desenvolvimento e fluidez do trabalho, porque ajudou a

organizar e engajar o projeto na rotina de atendimento da unidade sem que esta fosse afetada.

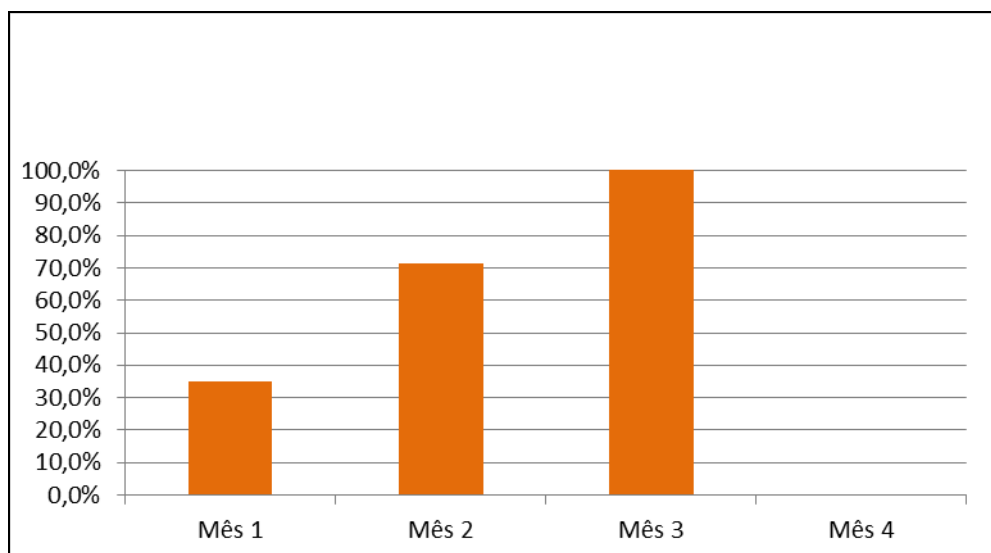


Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

Partimos do pressuposto de que esse indicador nunca estará verdadeiramente em 100% devido, principalmente, ao fato de que, as idades compreendidas para o projeto estendem-se até os 72 meses. Para conseguir os dados, apoiamo-nos nas cadernetas das crianças e nos registros existentes na unidade como os prontuários do arquivo, mas muitos careciam dessa informação. No caso dos recém-nascidos durante o projeto não apresentaram dificuldades porque fizemos a primeira consulta (captação). Geralmente nos menores de 1 ano, durante a entrevista, as mães lembravam quando realizaram a primeira consulta, mas, em muitos casos, as crianças maiores dessa idade não possuíam as cadernetas e algumas delas não tinham prontuários anteriores e as mães não lembravam se realizaram a consulta na primeira semana de vida, além de que a unidade esteve sem médico por algum tempo. Desconsideramos colocar como efetivada a primeira consulta na primeira semana para trabalhar com dados o mais perto possível da realidade. Tudo isso contribuiu para que, das 357 crianças

cadastradas, tínhamos certeza que fizeram a primeira consulta em tempo 245 crianças, o que fez com que o indicador fechasse em 68,6%.

No gráfico 2 aparece representado como evoluímos nesse indicador, no qual, no primeiro mês chegou aos 55,2 % (69 crianças de 125 cadastradas), depois aumentamos os cadastros no segundo mês e tivemos 57.1 % (145 crianças das 254 cadastradas até esse momento). Já para o último mês, fechamos em 68,6% (o que corresponde a 245 crianças das 357 que correspondem ao total, como demonstrado na figura 2 abaixo.

Para poder conseguir realizar este objetivo, foi desenvolvido como ação, a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança e as atividades de consulta.

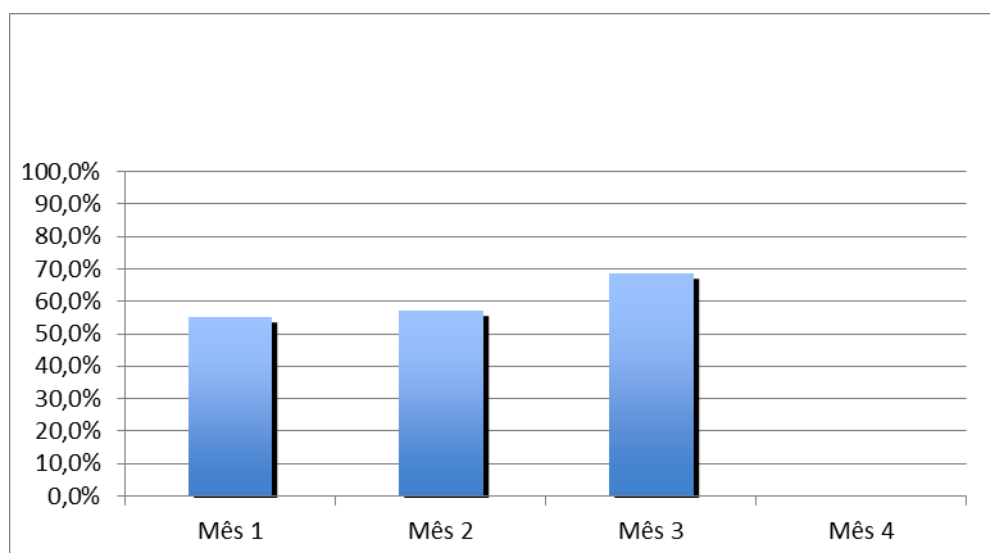


Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

O crescimento da criança constitui um indicador de avaliação do seu estado de saúde. O controle frequente e regular deste em consulta é muito importante. Este indicador é recuperável e devido a essa característica é que apresenta um incremento significativo no último mês, mantendo-se praticamente sem diferenças entre o primeiro mês (72,8%) e segundo mês (73,6%), a explicação se baseia em que, aquelas crianças que, quando foram cadastradas não tinham um monitoramento de crescimento adequado, devido ao acompanhamento mensal através da intervenção implementada, agora possuem este monitoramento e, ao

fechamento dos dados desta intervenção, houve um incremento deste indicador até atingirmos os 100%, como demonstrado abaixo na figura 3.

Neste aspecto, o trabalho dos ACS foi chave já que eles, além de participar das atividades de visitas domiciliares à procura das crianças faltosas às consultas agendadas, fizeram as medições de peso e altura das crianças para que a consulta fluísse melhor e isso foi possível graças ao treinamento adequado que receberam na primeira semana de implementação do projeto. Também os encontros e reuniões com lideranças comunitárias ajudaram com a divulgação do projeto e a sua importância, o que contribuiu à afluência espontânea das mães e à assistência às consultas de acompanhamento.

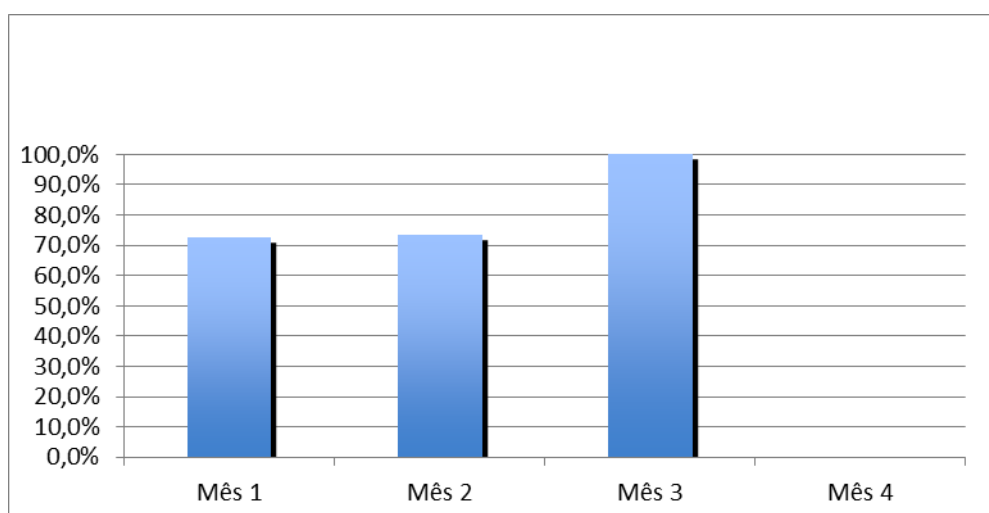


Figura 3 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso, monitoradas.

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

Do total das nossas crianças cadastradas, tivemos 22 que entraram na classificação de criança com déficit de peso. No primeiro mês; de 125 crianças cadastradas, 12 tinham déficit de peso. Para o segundo mês se cadastraram 6 crianças com déficit de peso dos 129 cadastros feitos nesse mês e fechamos o terceiro mês com 4 crianças com déficit de peso das 103 cadastradas nesse mês. Todas elas receberam monitoramento e controle do peso durante o projeto e continuarão nas consultas de seguimento como parte da rotina das puericulturas. O tempo de implementação do projeto é curto demais para visualizar uma mudança importante no ganho do peso corporal destas crianças evoluindo a peso normal. No

entanto, temos que assinalar que, depois das consultas e as orientações recebidas quanto à alimentação adequada, estas crianças já ganharam peso de uma consulta à outra.

O monitoramento das crianças com déficit de peso foi bem-sucedido, graças às atividades de atendimento clínico em consultas agendadas e às atividades de promoção e prevenção de saúde, encaminhadas não somente a este grupo específico de crianças, como também, a todas em geral, instruindo aos familiares quais são as medidas gerais para prevenir o baixo peso. Mantivemos então 100% em todos os períodos avaliados.

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas.

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

Do total das nossas crianças cadastradas, tivemos 5 que entraram na classificação de criança com excesso de peso. Muito similar aconteceu com esse indicador em que o monitoramento das crianças com excesso de peso foi feito em 100 % em todos os períodos avaliados daquelas que estavam nessa classificação, como demonstrado. No primeiro mês, se cadastraram 3 crianças com excesso de peso, das 125 cadastradas esse mês, o que representa 2,4%, as mesmas foram monitoradas na sua totalidade. No segundo mês não tivemos cadastro de crianças com excesso de peso, mas continuamos fazendo seguimento das anteriormente cadastradas. Já no terceiro mês, cadastramos 2 crianças com excesso de peso, o que fez com que fechássemos com o número de 5 crianças com excesso de peso, que representa uns 1,4% do total de crianças cadastradas. Em outras palavras, significa dizer que a obesidade na faixa etária compreendida para o projeto não consiste um problema na nossa comunidade.

Foram muito úteis as atividades encaminhadas junto ao grupo de crianças, onde enfatizamos o conceito de que excesso de peso não é sinônimo de saúde. Embora a mudança de costumes seja muito difícil, pensamos que, com o trabalho educativo no dia a dia, alcançaremos êxito em nossos propósitos.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

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

Para avaliar o desenvolvimento das crianças temos que partir do pressuposto de que o desenvolvimento se constitui nos avanços que a criança vai obtendo em cada uma das etapas da vida, que durante o primeiro ano é quando mais mudanças apresentam, sobretudo nos aspectos do desenvolvimento psicomotor, dentição, fala, e desenvolvimento da aprendizagem. Essa avaliação se faz como parte da consulta de puericultura e durante o acompanhamento se faz anotações dos avanços que vai tendo a criança. Uma vez explicado isto, podemos dizer que no primeiro mês da intervenção, de 125 crianças cadastradas, somente 90 tinha o monitoramento do desenvolvimento em dia, o que representa uns 72% do total, já para o segundo mês, atingimos a quantidade de 185 crianças das 254 cadastradas até esse momento, mas o indicador teve pouca mudança (72,8%), como percebemos abaixo na figura 4. Como este indicador é recuperável, no terceiro mês se apresenta um incremento significativo e a explicação está dada porque aquelas crianças que quando foram cadastradas não tinham um monitoramento de desenvolvimento adequado, devido ao acompanhamento mensal, agora possuem este monitoramento e quando encerramos a coleta de dados para efeito desta intervenção, havíamos atingido os 100% de monitoramento do desenvolvimento das crianças cadastradas, como aparece no gráfico.

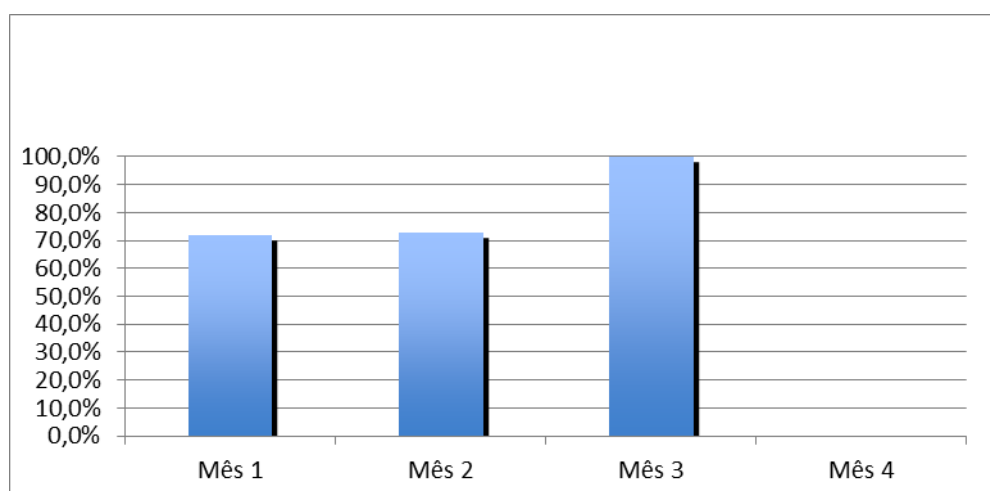


Figura 4 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

No desenvolvimento deste indicador nossa equipe, no primeiro mês da intervenção, conseguimos atualizar o esquema vacinal em 118 dos 125 cadastrados, no segundo mês já foram 247 dos 254, ou seja, 94,4 % e 97,2 % respectivamente no mês um e mês dois da intervenção. Quando encerramos o terceiro mês chegamos aos 100 % deste indicador (como aparece abaixo na figura 5), devido a que as 7 crianças que tinham desatualizada a vacinação foram resgatadas nas duas primeiras semanas do mês. É importante assinalar que este indicador é uns dos melhores da unidade devido a que historicamente nossa equipe vem mantendo um trabalho exigente na procura de crianças com esquema de vacinas desatualizadas.

A vacinação é uns dos parâmetros mais importantes que contribuem para a saúde das pessoas e na infância é ainda mais importante já que as crianças até dois anos não desenvolvem a sua própria imunidade e o jeito de se defender das doenças é através daquela adquirida pelo aleitamento materno e a vacinação. O Ministério da Saúde provém à totalidade de vacinas para ser administrada em cada mês de vida segundo o esquema. Agradecer a equipe que fez possível a realização deste trabalho, a busca ativa das crianças e todo o ordenamento da base de dados das mesmas, o trabalho foi bem-sucedido devido, em grande medida, ao treinamento adequado dos ACS participaram das atividades de vacinação, visitas domiciliares e busca das crianças faltosas.

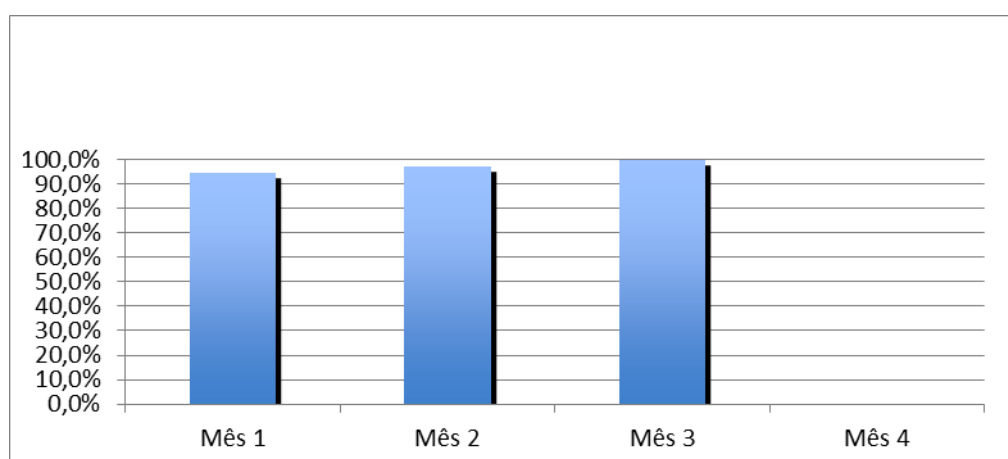


Figura 5 - Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

A suplementação de ferro é preconizada pelo ministério da Saúde, para as crianças entre seis e 24 meses. Este é outro indicador recuperável, pois aquelas crianças que ao início do projeto não tinham recebido suplementação de ferro, na consulta foi indicada e no seguinte mês, atualizado os dados na planilha. No primeiro mês de 61 crianças compreendida nas idades entre 6 e 24 meses, cadastradas; 37 receberam ou estavam recebendo suplementação de ferro o que corresponde nuns 60,7%, no segundo mês o número aumentou porque se somaram aquelas crianças que retornaram para acompanhamento e que estavam fazendo tratamento com ferro. Isso pode ser visualizado no gráfico 8, no qual percebemos que dos 118 cadastros, 98 crianças receberam ou estavam recebendo suplementação de ferro o que corresponde nuns 83,1%, já no terceiro mês, conseguimos fechar com o total de 153 crianças nesta faixa etária recebendo suplementação de ferro (100%), como demonstrado abaixo na figura 6.

A suplementação de ferro é muito importante na prevenção das anemias, fundamentalmente na faixa etária de 6 a 24 meses de idade onde começa a alimentação das crianças e aumentam os requerimentos de vitaminas e ferro para um desenvolvimento adequado. Esta meta foi muito fácil de alcançar, devido, principalmente, às ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança assim como o atendimento clínico, todos eles foram fatores determinantes para o cumprimento desta meta, encaminhadas a este grupo específico de crianças.

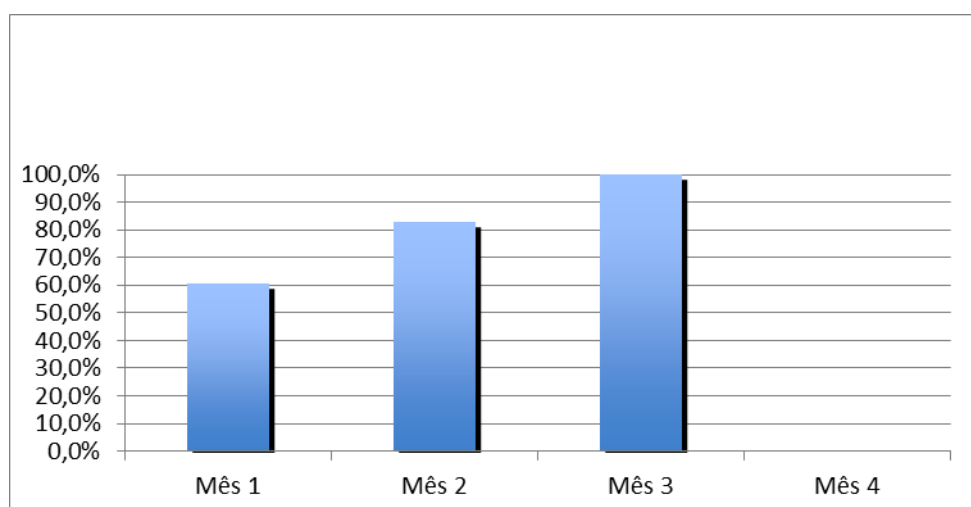


Figura 6 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

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

A triagem auditiva, como preconizada pelo ministério da saúde, deve ser feita no recém-nascido até o quinto mês, sendo obrigatório nos hospitais e maternidades que recebem a criança. Fazê-la no período certo, permite a detecção precoce de dificuldades na audição. Este teste vem sendo realizado há mais de dois anos no município (2013). No entanto, as crianças maiores dessa idade não possuem em suas cadernetas ou prontuários, nenhuma informação sobre este teste e é por isso que este indicador não alcançou os 100%, devido à faixa etária escolhida para o projeto estender-se até os 72 meses. No gráfico é demonstrado com foi o comportamento deste indicador, sendo que no primeiro mês tivemos de 125 crianças cadastradas, 60 tinham feito o teste para em 48 %, no segundo mês das 254 cadastradas, tinham a triagem feita 129 representando uns 50,8%, encerramos o terceiro mês com 251 crianças avaliadas o que fechou este indicador em 70,3 %, como aparece abaixo na figura 7. Aquelas crianças faltosas cuja idade estava acima da certa para realizar a triagem (impossível recuperação), a equipe decidiu que as crianças que durante a avaliação e exame físico na consulta tiveram suspeita de hipoacusia, foram encaminhadas para fonologia e acompanhamento com Otorrinolaringologia. Nessa situação, somente apresentamos um caso, cuja audiometria estava ainda pendente no fechamento deste trabalho.

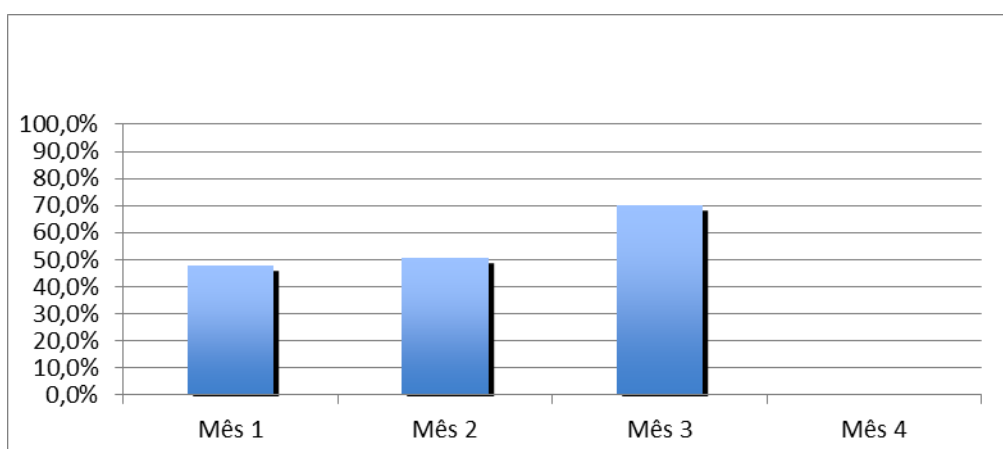


Figura 7 - Proporção de crianças com triagem auditiva. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

Este indicador refere-se a um aspecto importantíssimo na avaliação da saúde da criança porque, nos dá a possibilidade de fazer diagnósticos de doenças congênitas que podem trazer complicações na vida e na saúde da criança. Como podemos observar no gráfico, todas as crianças cadastradas tinham feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. Para efetivar os resultados tivemos que conferir nas cadernetas da criança, nos prontuários no arquivo da unidade e nas referências confiáveis das mães da realização do mesmo. Conseguimos alcançar e manter os 100% em todos os períodos avaliados.

Importante destacar a participação dos ACS na procura dos documentos necessários para obter estes dados e na divulgação da importância deste teste para o diagnóstico precoce de doenças congênitas. Ação bem-sucedida, graças às orientações e atualizações recebidas pelo ACS.

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

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

Nesse indicador os resultados foram gradativamente aumentando, devido a que a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizada nas consultas como parte do exame físico da criança, devido à falta de equipe odontológica na nossa unidade. No primeiro mês, de 109 crianças nas idades compreendidas entre 6 e 72 meses cadastradas, somente 65 delas tinham uma avaliação anterior feita, o que representa uns 59,6%, nessa primeira consulta realizamos as avaliações daquelas que não contavam com a mesma e para o segundo mês se incorporaram na planilha aumentando o indicador para 75,7% (174 crianças avaliadas de 230 cadastradas) No terceiro mês, fechamos com 319 crianças nessa faixa etária todas elas com avaliação das necessidades

odontológicas feitas (100%), como mostrado abaixo na figura 8. Nesta avaliação da necessidade de atendimento odontológico, era feita uma avaliação, verificando a saúde bucal da criança em seu estado geral, conservação dos dentes, saúde das gengivas e língua, presença de feridas, coloração e afecções de mucosa, que pudessem sugerir doenças localizadas ou sistêmicas.

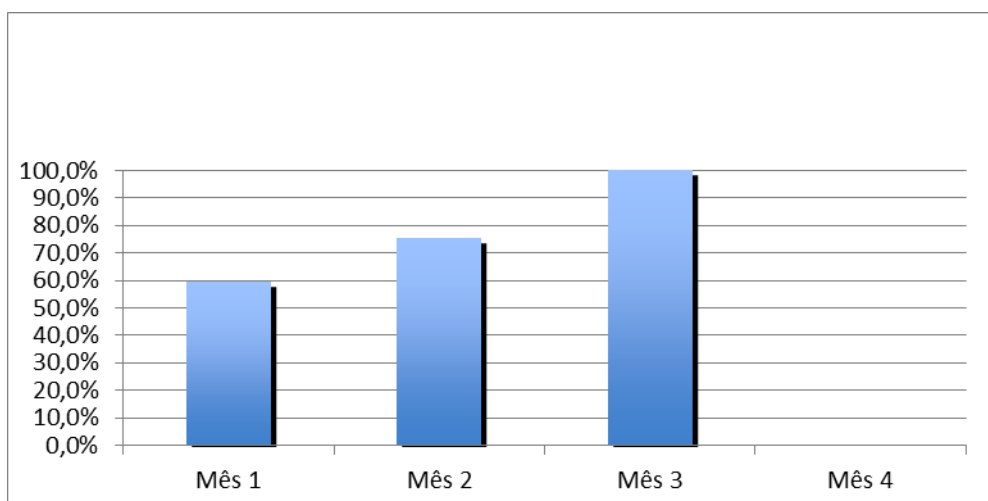


Figura 8 - Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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.

Este indicador, embora seja o mais baixo, apresenta o maior incremento ao longo do processo de intervenção. Como explicitado durante a implementação do projeto, nossa unidade carece de equipe odontológica e aquele que trabalha na URAP de referência é insuficiente para contemplar atenção para uma população tão extensa, é por isso que ao iniciar o projeto, a maioria das crianças entre 6 e 72 meses de idade, não tinham feito uma primeira consulta odontológica, no gráfico se percebe que no encerramento do primeiro mês que somente 4 crianças tinham feito uma primeira consulta odontológica das 109 cadastradas, correspondendo a 3,7%; no segundo mês o indicador diminuiu devido a que o cadastramento aumentou mas o

número de consultas feitas eram as mesmas, tivemos proporcionalmente uma queda (1,7%). Quando fechamos o terceiro mês, tivemos um aumento considerável do indicador (23,8%), como podemos perceber abaixo na figura 9. Isso foi possível porque a equipe, ante este problema elaborou uma estratégia de encaminhar aquelas crianças com necessidade de atendimento imediato depois de negociar com a equipe odontológica da URAP e solicitar os retornos desses atendimentos. Dessa forma, quando fechamos o terceiro mês tínhamos recebido nas consultas de acompanhamento, 72 retornos que foram atualizados na planilha aos quais somam-se os 4 já registrados para um total de 76 primeiras consultas odontológicas. É importante sinalar que esta estratégia foi incorporada à rotina do atendimento da unidade o que significa que mais crianças serão beneficiadas com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na unidade.

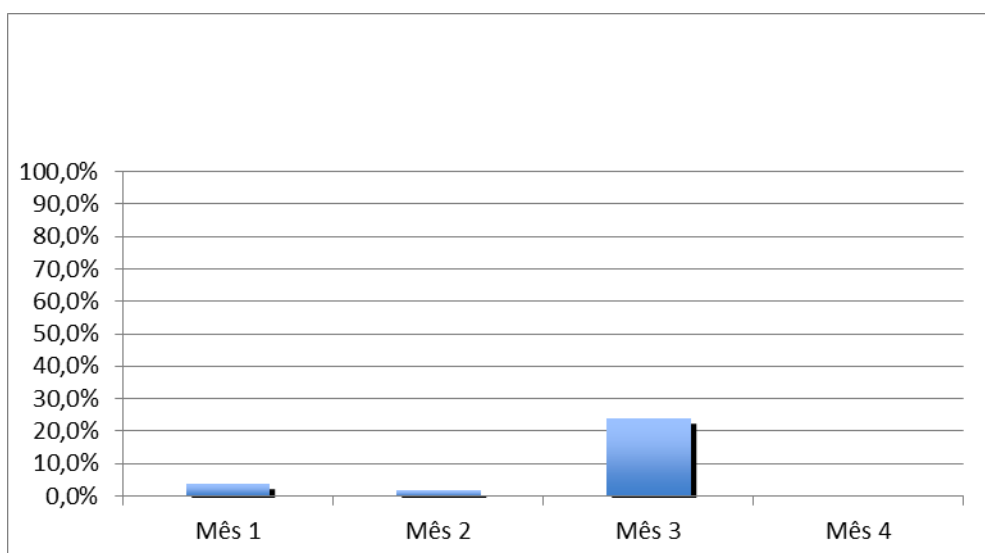


Figura 9 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

Este indicador foi uma das metas mais fáceis de cumprir, devido ao fato de que, quando estávamos iniciando o projeto, a equipe criou estratégias prevendo esta situação e que ao final surtiu efeito, pois conseguimos recuperar todos os faltosos na mesma semana que correspondia à consulta planejada. Mantivemos 100% em todos

os períodos avaliados. É importante assinalar, que este indicador serve para medir também o grau de comprometimento da equipe que realizou a busca ativa, o impacto que teve o projeto nas mães e familiares das crianças que não faltavam à consulta planejada e o engajamento das lideranças e a comunidade toda com o projeto que ajudaram também na procura das mesmas. No gráfico se observa que no primeiro mês faltaram 19 crianças recuperadas todas elas, no segundo mês somente faltaram 8 crianças também recuperadas, que somadas às do mês anterior são as 27 que aparecem no gráfico, já no terceiro mês tivemos só 2 crianças faltosas também recuperadas o que ao final do projeto foram um total de 29 crianças as quais foram recuperadas e continuam em acompanhamento.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança

A atualização dos registros significou muita utilidade para nós na unidade e para o trabalho da ESF na presente pesquisa e em futuras pesquisas também. Conseguimos atualizar no início, de 125 crianças cadastradas, os registros em 113 delas, o que representou 90,4%. No segundo mês, conseguimos atualizar 242 registros das 254 crianças cadastradas (95,3%) No último mês, para conseguir os resultados obtidos, a equipe redobrou esforços para encerrar o projeto com o 100% de registros atualizados, como demonstrado abaixo na figura 10.

O registro das informações fluiu muito bem graças ao treinamento adequado aos ACS, assim como a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança. Conseguimos que os 100 % das crianças (357) tivessem a sua ficha espelho e de vacinação atualizadas. Isso possibilitou um registro confiável de informações para conferir o análise do projeto e no futuro pensarmos estender a outros grupos etários.

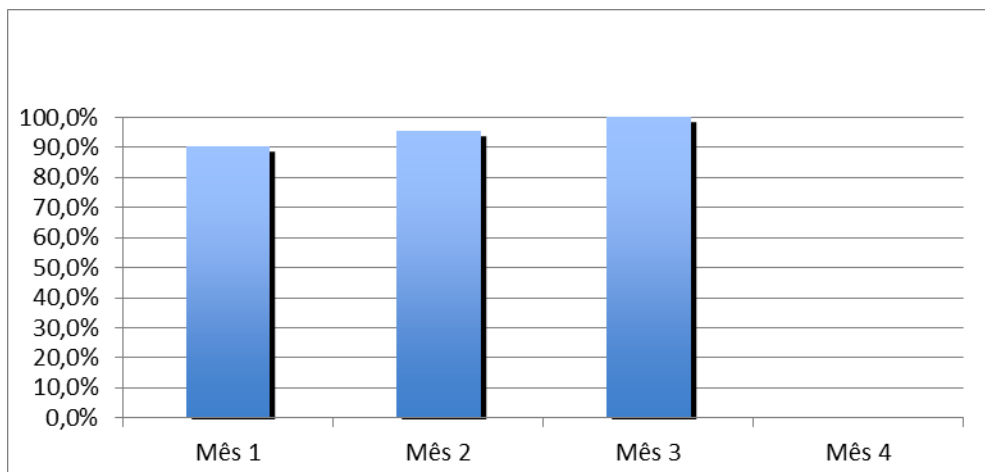


Figura 10 - Proporção de crianças com registro atualizado. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

A avaliação de risco forma parte da rotina da consulta de puericultura e é por isso que os indicadores estiveram muito altos desde o primeiro mês. Importante assinalar, no entanto, as causas pelas quais algumas crianças não foram avaliadas (o risco) na primeira consulta. Esse fato ocorreu por conta de que algumas seguiam para as consultas acompanhadas por algum familiar que desconhecia as respostas a serem feitas no interrogatório, por isso pedimos para a consulta de acompanhamento fossem acompanhadas por alguém capaz de fornecer todas as informações necessárias. Foi assim que conseguimos atualizar todos os dados da planilha e terminar uns 100%. Nesse caso, tivemos no primeiro mês 3 crianças das 125 crianças cadastradas, sendo avaliadas 122 para uns 97,6%, no segundo mês recuperamos duas das anteriores mas se apresentaram 2 mais com a mesma dificuldade que somada à que ficou pendente, foram 3 o que se traduz que de um total de 254 crianças cadastradas, 251 foram avaliadas para uns 98,8%, já no terceiro mês da intervenção recuperamos as pendentes e logramos em todas ter feita a avaliação de risco (como podemos perceber abaixo na figura 11).

Esta meta foi alcançada satisfatoriamente, de acordo com o plano de ações estabelecidas para esta intervenção e como parte da consulta de puericultura e das visitas domiciliares realizadas a estas crianças, onde a equipe toda teve um papel destacado.

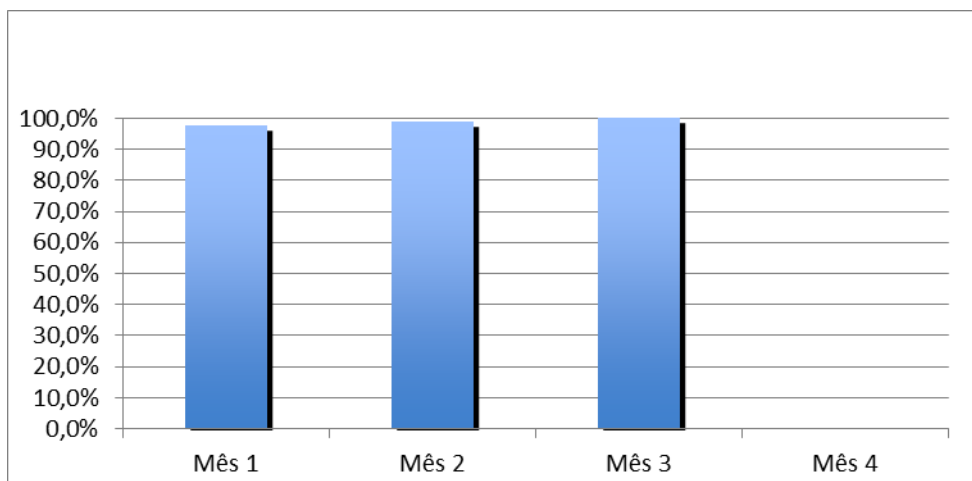


Figura 11 - Proporção de crianças com avaliação de risco. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

As ações de prevenção e promoção de saúde formam parte do conjunto de ações de educação em saúde e que devem ser realizadas pelo médico e por toda a equipe de saúde como parte da medicina comunitária, e a prevenção de acidentes na infância forma parte da rotina das puericulturas. Além disso, e como parte do projeto, a equipe implantou uma estratégia de realizar palestras cada dia na sala de espera, sendo os acidentes na infância, uns dos temas desenvolvidos nas mesmas. Por esse motivo, em todos os meses o indicador se manteve nuns 100%.

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

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

O primeiro aspecto a ser observado é que este indicador não solicita limites de idades e partindo de que as idades compreendidas para o projeto estendem se até 72 meses e que o aleitamento materno exclusivo deve ser até os primeiros 6 meses de vida e geralmente se estende até um ano, se somente inseríssemos na planilha aquelas crianças que ainda mamam, o por cento ficaria muito baixo, em referência ao total de crianças cadastradas. Dessa forma, a equipe decidiu colocar a mamar na primeira consulta aquelas crianças que ainda recebiam aleitamento materno e o resto, preencher simplesmente com as informações fornecidas pelas

mães no interrogatório. Para ser ainda mais específico, podemos dizer que no primeiro mês cadastramos 10 crianças que estavam com aleitamento materno exclusivo e 68 com aleitamento materno misto, as quais foram colocadas a mamar, para o segundo mês cadastramos 11 crianças que estavam somente com peito e 59 com aleitamento misto, já no terceiro mês as crianças cadastradas com aleitamento exclusivo foram 18 e misto 52, para um total de 39 crianças com aleitamento materno exclusivo e 179 com aleitamento materno misto, todas elas colocadas a mamar na primeira consulta para avaliar as técnicas do aleitamento usadas pelas mães e corrigir qualquer erro, aproveitando este espaço para falar sobre a importância da mesma no crescimento e desenvolvimento da criança. No gráfico aparece representado o comportamento desse indicador que infelizmente não conseguimos alcançar os 100 % devido a que 3 mães responderam que suas crianças não foram colocadas para mamar na primeira consulta, o que significou terminar em 99,2%, mas aquelas que estavam com aleitamento materno (179) cumpriram o indicador em 100%, como demonstrado abaixo na figura 12.

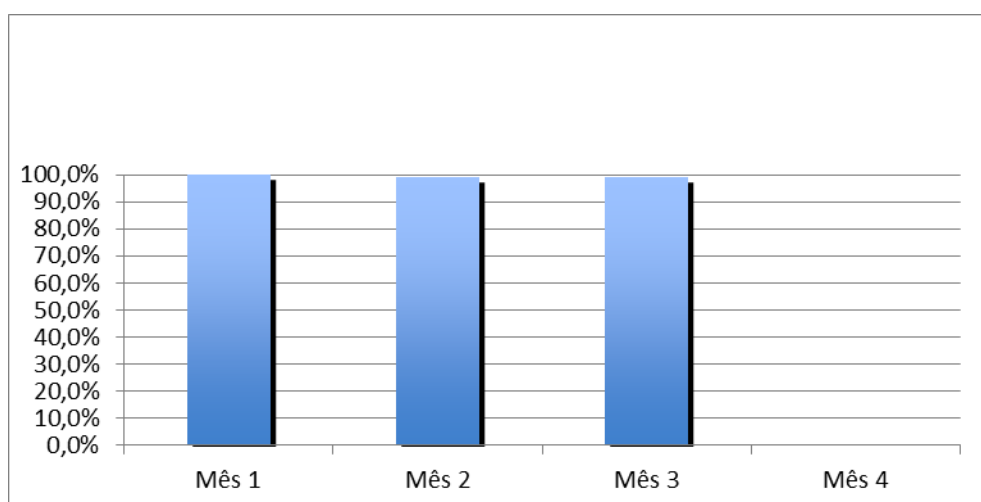


Figura 12 - Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados. 2015.

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

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

A orientação nutricional em relação à faixa etária faz parte do conjunto de ações de educação em saúde que deve ser realizada por toda a toda equipe de saúde em qualquer cenário (consultas, visitas domiciliares, palestras, atividades na comunidade), sendo significativamente importante, devido a influenciar diretamente no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças. É importante que as mães saibam quais são os alimentos mais importantes, aqueles com restrição ou proibidos em cada idade e como introduzir todos eles na dieta da criança. A orientação nutricional forma parte da rotina das puericulturas, além disso, e como parte do projeto, a equipe implantou uma estratégia de realizar palestras cada dia na sala de espera, sendo este, uns dos temas desenvolvidos nas mesmas; é por isso que em todos os meses o indicador se manteve em 100%.

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

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

Com este indicador ocorreu o mesmo que com todos aqueles que dependiam das ações de educação em saúde, sendo alcançado os 100% em todos os períodos avaliados. As orientações sobre higiene bucal das crianças de acordo com a faixa etária são fornecidas como parte das consultas de puericultura, também foi tema permanente nas palestras desenvolvidas na sala de espera e em visitas domiciliares. Graças a esta ação de promoção e prevenção de saúde realizada pela equipe, atingimos os 100% deste indicador e é mais gratificante ainda saber que estamos fazendo prevenção de doenças bucais que tem uma elevada incidência na nossa comunidade devido à carência de disponibilidade de equipes odontológica para dar um atendimento adequado. Sempre é muito mais reconfortante previr que curar.

Toda a equipe contribuiu a lograr esta meta e temos de agradecer também à equipe odontológica que no informe de retorno sempre descrevia as orientações dadas às mães, fundamentalmente sobre as técnicas de escovar os dentes.

4.2 Discussão

Decidimos escolher como linha de trabalho nesta intervenção a saúde da criança, por ser um dos grupos mais sensíveis quanto às doenças, por que

sabíamos que a resistência às mudanças seria menor e por que os resultados poderiam ser visualizados em menor prazo.

O primeiro resultado foi ampliar a cobertura de atendimento das crianças das idades compreendidas entre zero e setenta e dois meses de vida (população alvo para o projeto) para 100%. Foram cadastradas e avaliadas 357 crianças de um total populacional de 5133 habitantes na área de abrangência da UBS. Daí partiu todo o trabalho a serem desenvolvido e graças às diferentes ações realizadas pela equipe de saúde, conseguimos melhorar a qualidade dos registros, o acompanhamento e controle sobre o crescimento, desenvolvimento, alimentação e saúde bucal, somente para mencionar alguns dos resultados obtidos por nossa equipe em relação à ação programática escolhida para a intervenção realizada.

Importância da intervenção para a equipe

Esta intervenção trouxe benefícios, não somente para aquelas crianças vinculadas ao projeto, também foi muito importante para a equipe de saúde de nossa unidade por que a equipe aprendeu trabalhar unido, definindo lideranças. Foram capacitados em várias ações e temas que anteriormente desenvolviam de forma empírica, o que fez possível um acúmulo de conhecimentos, ganhamos na organização dos processos de trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde da criança e numa maior credibilidade por parte da comunidade.

Importância da intervenção para o serviço

A intervenção também trouxe um grande impacto sobre o serviço, pois ante a necessidade de dar atendimento priorizado às crianças se precisaram fazer uma reorganização dos atendimentos, revisitando nossos processos de trabalho, o que permitiu que as consultas fluíssem adequadamente e devido aos excelentes resultados obtidos, mantemos esta estrutura já incorporada à rotina de atendimento da unidade. Outro aspecto da intervenção que influenciou sobre o serviço, foi a melhoria nos registros que nestes momentos já está sendo aplicada em grupos específicos de usuários com doenças crônicas (Hipertensos, diabéticos, asmáticos e saúde mental) e, futuramente, ampliaremos a outros grupos como gestantes, adolescentes e idosos. A avaliação do risco é outra das ações que incorporamos à

rotina de atendimento da população em geral, fazendo mais completa a avaliação do usuário como ser biopsicossocial.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção na comunidade foi percebido praticamente desde o início da intervenção e isso contribuiu para um maior comprometimento das lideranças da comunidade que ajudaram na divulgação do projeto, nas atividades educativas realizadas na sala de espera, as quais eram assistidas por todo o pessoal que estava aguardando para consulta, vacinas ou curativos e que ajudaram também na divulgação do mesmo, e ao trabalho da equipe em geral, o qual foi corroborado. Mais adiante, com a redução do número de faltosos, a assistência espontânea das mães a consulta e, fundamentalmente, o ganho em conhecimento sobre saúde e em consciência sobre a importância do acompanhamento das crianças.

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

Se eu tiver a possibilidade de mudar algum aspecto do projeto seria respeito aos indicadores a serem avaliados, já que cada comunidade tem as suas características próprias e de acordo as normas internacionais de estudos de intervenção, os indicadores devem ser enunciados baseados nos problemas específicos apresentados nessa população-alvo e que são determinados na Análise Situacional de Saúde da comunidade em questão. Somente resta assinalar que a nossa equipe desde o começo esteve comprometida com o projeto e que apesar dos desafios postos durante o período de implementação conseguimos seguir adiante graças ao esforço de todos e à vontade de ofertar o atendimento de excelência que a população merece.

Os bons resultados obtidos e a grande aceitação por parte da população são razões suficientes para incorporar a intervenção à rotina de atendimento. De fato, embora terminada esta, a equipe continua com o acompanhamento mensal das crianças. Pretendemos para mais adiante, incorporar outros dados à planilha que permitam avaliar outros aspectos que interferem no processo saúde-doença das crianças, como as condições higiênico-epidemiológicas e socioeconômicas do entorno das crianças, e adequar outros para poder coletar e monitorar melhor os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Como parte do trabalho na comunidade, desenvolvemos projetos de intervenção a serem implementados junto à comunidade que compõe a nossa área de abrangência. O projeto de intervenção se constitui numa proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a UNASUS. Dessa forma, ao tempo em que nos qualificamos profissionalmente para a atuação no âmbito da Atenção Básica, temos a possibilidade de trazer melhorias concretas para o serviço, qualificando o cuidado em saúde ofertado à comunidade. A nossa equipe decidiu realizar este projeto com foco na área programática de saúde da criança, por ser um dos grupos mais vulneráveis quanto às doenças e porque sabíamos que poderíamos alcançar bons resultados num curto espaço de tempo. A população alvo para o mesmo foi composta por crianças na faixa etária entre zero e 72 meses de idade.

Para o desenvolvimento desse projeto, propusemos vários objetivos e metas a serem alcançadas e que poderiam então ser avaliadas por meios dos seus respectivos indicadores. A intervenção foi realizada durante três meses (para efeito da coleta de dados), por meio de um conjunto de ações sistematizadas, que foram monitoradas e cujos resultados apresentamos neste relatório.

Com relação à proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, podemos dizer que foi o primeiro e mais importante passo dado pela ESF, no desenvolvimento desta intervenção, já que cadastramos todas as crianças nesta faixa etária. Essa conquista possibilitou a continuidade das ações planejadas, com maior foco nos aspectos relacionados à qualidade da atenção ofertada. Tivemos aos 100 % das 357 crianças pertencentes à área de

abrangência cadastrada, mas vale ressaltar que nada disso teria sido possível sem o trabalho dedicado e responsável dos ACS.

Quanto ao indicador que avalia a proporção de crianças que haviam sido consultadas durante a primeira semana de vida, foi atingido 68,6 % do total. Válido dizer que as causas que impossibilitaram chegarmos aos 100 % estão compreendidas pela falta de constância e/ou evidência das mães, constatamos que muitas das mães, principalmente daquelas crianças acima de um ano de idade, não lembraram esse dado e também não existia esse preenchimento nas cadernetas e nos prontuários das crianças antes de iniciarmos a intervenção. Motivar e incentivar o comparecimento às consultas na unidade de saúde para realizar consulta com o recém-nascido na primeira semana de vida, foi tema permanente das atividades educativas desenvolvidas pela equipe.

Quando avaliamos os indicadores que se relacionam ao monitoramento de crescimento, déficit de peso e excesso de peso, podemos apresentá-los de forma agrupada, pensando que estão muito vinculados uns com os outros. O monitoramento destes aspectos foi aumentando gradativamente até alcançarmos 100% em todos eles. É importante assinalar que embora o tempo de implementação do projeto seja curto demais para visualizar uma mudança importante do peso corporal destas crianças evoluindo a peso normal, constatamos que, depois das consultas e as orientações recebidas quanto à alimentação adequada, estas crianças já tinham uma tendência a alcançar o peso ideal para idade.

A vacinação é uns dos parâmetros mais importantes que contribuem à saúde das pessoas e na infância é ainda mais importante já que as crianças até dois anos não desenvolvem a sua própria imunidade e o jeito de se defender das doenças é através daquela adquirida pelo aleitamento materno e a vacinação. O Ministério da Saúde provém a totalidade de vacinas para ser administrada em cada mês de vida segundo o esquema. É importante assinalar que este indicador é uns dos melhores da unidade devido a que historicamente nossa equipe vem mantendo um trabalho exigente na procura de crianças com esquema de vacinas desatualizadas é por isso que conseguimos atingir aos 100% das crianças cadastradas com vacinação atualizada.

Outro aspecto que fez parte da intervenção implementada relacionou-se à suplementação de ferro, por ser muito importante na prevenção das anemias, fundamentalmente na faixa etária de 6 a 24 meses de idade onde começa a

alimentação das crianças e aumentam os requerimentos de vitaminas e ferro para um desenvolvimento adequado. As 153 crianças cadastradas nesta faixa etária receberam suplementação de ferro ao longo da intervenção, atingindo os 100% no indicador que avalia esta meta de qualidade.

A triagem auditiva, como preconizada pelo ministério da saúde, deve ser feita no recém-nascido até o quinto mês, sendo obrigatório nos hospitais e maternidades que recebem a criança. Fazê-la no período certo, permite a detecção precoce de dificuldades na audição. Este teste vem sendo realizado há mais de dois anos no município (2013), mas, as crianças maiores dessa idade não possuem em suas cadernetas ou prontuários, nenhuma informação sobre este teste e é por isso que este indicador não alcançou os 100%, devido à faixa etária escolhida para o projeto estender-se até os 72 meses. Apesar de todos esses contratempos, conseguimos avaliar 251 crianças e fechamos este indicador em 70,3 %, o que representa um bom resultado. Importante ressaltar que aquelas crianças faltantes cuja idade estava acima da certa para realizar a triagem (impossível recuperação), a equipe decidiu que as crianças que durante a avaliação e exame físico na consulta tiveram suspeita de hipoacusia, foram encaminhadas para acompanhamento com Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia.

Todas as crianças cadastradas na nossa unidade para esta intervenção tinham feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. Para efetivar os resultados tivemos que conferir nas cadernetas da criança, nos prontuários no arquivo da unidade e nas referências confiáveis das mães da realização do mesmo. Conseguimos alcançar e manter os 100% em todos os períodos avaliados.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico nessa faixa etária foi outro aspecto que fez parte da intervenção realizada em nossa unidade e que foi gradativamente aumentando. Esta avaliação foi desenvolvida nas consultas como parte do exame físico da criança, devido à falta de equipe odontológica na nossa unidade.

Nossa unidade carece de equipe odontológica e aquela que trabalha na URAP de referência é insuficiente para contemplar atenção para uma população tão extensa. Por isso mesmo, ao iniciar o projeto, a maioria das crianças entre 6 e 72 meses de idade, não tinham feito uma primeira consulta odontológica. Este indicador, embora seja o mais baixo, apresenta o maior incremento ao longo do processo de intervenção, pois graças à estratégia elaborada pela equipe,

conseguimos que 72 crianças com necessidades reais de atendimento odontológico, fossem avaliadas e tratadas pela equipe odontológica, somando um total de 76 crianças que receberam esse serviço o que significou uns 23.8%. É importante dizer que esta estratégia foi incorporada à rotina do atendimento da unidade o que significa que mais crianças serão beneficiadas com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na unidade.

Pela importância concedida para esta intervenção, a equipe criou estratégias prevendo esta situação e que ao final surtiu efeito, pois conseguimos recuperar todos os faltosos na mesma semana que correspondia à consulta planejada. É importante assinalar que este indicador serve para medir também o grau de comprometimento da equipe que realizou a busca ativa, o impacto que teve o projeto nas mães e familiares das crianças que não faltavam à consulta planejada e o engajamento das lideranças e a comunidade toda com o projeto que ajudaram também na procura das mesmas. Das 29 crianças que faltaram à consulta planejada, foram recuperadas os 100% delas na mesma semana.

A atualização dos registros significou muito para nossa unidade e para o trabalho da ESF na presente pesquisa e em futuras pesquisas também. Conseguimos atualizar 100% dos registros das crianças cadastradas graças ao treinamento adequado aos ACS, assim como a capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança.. Isso possibilitou um registro confiável de informações para conferir os resultados do projeto. Quanto à avaliação de risco das crianças contempladas pela intervenção, podemos dizer que esta já está inserida na rotina da consulta de puericultura.

Ao longo da intervenção foram ainda trabalhadas as orientações junto às mães. Tais orientações se relacionavam à prevenção de acidentes na infância, às orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e às orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária, valendo ressaltar que foi alcançado 100% em todos eles. As orientações fornecidas de acordo com a faixa etária formam parte das consultas de puericultura, também foram temas permanentes nas palestras desenvolvidas na sala de espera e em visitas domiciliares. Graças a esta ação de promoção e prevenção de saúde realizada pela equipe, atingimos os 100% destes indicadores e é mais gratificante ainda saber que estamos fazendo prevenção de

doenças que tem uma elevada incidência na nossa comunidade. Sempre é muito mais reconfortante previr que curar.

Com esta intervenção conseguimos avaliar os indicadores propostos pelo curso de especialização, identificamos fatores potencialmente modificáveis que mudariam positivamente os indicadores conseguindo dar solução a muitos problemas de saúde e prevenir outros e como ganho mais significativo, conseguimos incorporar à rotina de trabalho da unidade aos 100 % das crianças compreendidas nessa faixa etária. Importante dizer que as ações realizadas através da intervenção tiveram bons resultados e benefícios para todos e, dessa forma, temos grandes motivos para manter a intervenção na rotina da unidade e propiciar uma melhora significativa da qualidade de vida dessas crianças.

Dessa forma e entendendo a importância do apoio da gestão municipal de saúde no sentido de viabilizar e operacionalizar os recursos e meios necessários a fim de dar continuidade ao trabalho que vem sendo realizado junto à comunidade, esperamos seguir contando com vosso apoio. Esta parceria é fundamental para que sigamos em frente, qualificando o cuidado em saúde ofertado à comunidade, fortalecendo as ações já implementadas e buscando estender esta proposta para outras áreas programáticas, contribuindo, assim, para uma efetiva melhoria dos níveis de saúde da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados líderes comunitários,

Realizamos em nossa UBS Belo Jardim II, um projeto de intervenção voltado a melhorar qualidade da assistência em saúde ofertada às crianças de nossa comunidade. A fase de implantação desse projeto durou três meses e, nesse tempo, tivemos muitas conquistas importantes. Temos em nossa comunidade um total de 357 crianças entre zero e setenta e dois meses de idade, e foi essa a faixa etária alvo da nossa intervenção.

Conseguimos cadastrar todas as crianças que faziam parte do grupo da intervenção (entre zero e 72 meses de idade). Este cadastro possibilitou a coleta dos dados necessários que foram acompanhados durante a intervenção e avaliados no final, medindo os resultados que conseguimos alcançar na população alvo e geral.

Dentro das ações propostas estava a realização da consulta na primeira semana de vida. Constatamos que muitas das mães, principalmente daquelas crianças acima de um ano de idade, não lembraram esse dado e também não existia esse preenchimento nas cadernetas e nos prontuários das crianças. Motivar e incentivar o comparecimento às consultas na unidade de saúde para realizar consulta com o recém-nascido na primeira semana de vida, foi tema permanente das atividades educativas desenvolvidas pela equipe, explicando a importância do acompanhamento certo para a identificação precoce de algum problema à saúde desde o nascimento, realização de exames e acompanhamento correto da evolução da criança.

Monitoramos também, o crescimento das crianças e descobrimos que a maioria não tinha um acompanhamento adequado. Com o projeto conseguimos acompanhar o crescimento de todas as crianças cadastradas. Este aspecto,

acompanhado do peso corporal, nos ajuda na avaliação nutricional para sabermos se o peso está certo para a idade.

Outras ações realizadas pela intervenção foram acompanhar desenvolvimento das crianças para avaliar os avanços que elas vão tendo em cada uma das etapas da vida, atualizamos a vacinação de todas as crianças e ofertamos suplemento de ferro para todas que tinham indicação para prevenir as anemias.

Acompanhamos, também, se as crianças tinham realizado teste da orelhinha que é importante para prevenir precocemente os problemas de audição. Este teste vem sendo realizado há pouco mais de dois anos no município (2013), por isso, não achamos essa informação nos documentos das crianças maiores dessa idade. É importante dizer que as crianças que apresentaram suspeita de redução da audição durante a consulta, foram encaminhadas para acompanhamento com o especialista.

Outro teste importante a avaliar foi o Teste do Pezinho, o qual nos dá a possibilidade de fazer diagnósticos de doenças hereditárias, que podem trazer complicações na vida e na saúde da criança. Felizmente, todas as crianças cadastradas tinham feito o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida.

Dentro das ações da intervenção, avaliamos a necessidade de acompanhamento com dentista. Infelizmente a nossa unidade carece de equipe de Saúde Bucal. Por isso, a maioria das crianças entre 6 e 72 meses de idade, não tinham feito uma primeira consulta odontológica, (somente 4 crianças contavam com uma avaliação odontológica). Quando fechamos a intervenção, graças à estratégia elaborada pela equipe, conseguimos que 72 crianças com necessidades reais de atendimento odontológico, fossem avaliadas e tratadas pela equipe odontológica, somando um total de 76 crianças que receberam esse serviço. É importante dizer aqui que esta estratégia foi incorporada à rotina de trabalho da unidade, o que significa que mais crianças serão beneficiadas com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na unidade.

Buscamos ainda, todas as crianças que faltaram nas consultas, recuperando os atendimentos. Além disso, avaliamos os riscos de acidentes para preveni-los, e fizemos orientações através das palestras sobre diversos temas como acidentes domésticos, aleitamento materno, nutrição e higiene bucal.

Podemos dizer que, com este projeto de intervenção, logramos identificar problemas que estavam afetando a saúde das crianças da faixa etária em questão e o mais importante, conseguimos dar solução a muitos deles e prevenir outros.

Importante dizer também que as ações realizadas através da intervenção tiveram bons resultados e benefícios para todos e, dessa forma, temos grandes motivos para manter a intervenção na rotina da unidade e propiciar uma melhora significativa da qualidade de vida dessas crianças.

Sendo assim, esperamos seguir contando com o apoio de todos para seguirmos adiante, cuidando da melhor forma possível não somente das crianças, mas de toda a nossa comunidade. O envolvimento de todos é importante e vai nos ajudar a fortalecer cada vez mais nossa luta em busca de uma saúde melhor para todos nós.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao chegar agora no final do curso onde estamos conformando o TCC, vem a minha memória quando no começo desta especialização estudamos o projeto pedagógico e guia do especializando, parecia que as coisas não tinham sentido, mas as minhas expectativas estavam focadas no fato de que, fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com uma população tão diversa culturalmente e socialmente, é única. No decorrer das semanas comecei a ter uma ideia aproximada do que seria feito em cada unidade e em todas elas aprendi algo novo, embora a experiência acumulada durante anos trabalhando na comunidade, cada tarefa abria novas portas ao conhecimento, desde história da criação do SUS no Brasil até atualizações sobre doenças que eram fornecidas através das práticas clínicas.

Além de incrementar o conhecimento pessoal, o curso trouxe a possibilidade de implementar um projeto de intervenção que se traduziria em ganho para a comunidade e para a minha prática profissional, devido a que apreendi uma nova metodologia para estudar uma população em questão diferente à que até agora aplicava, forneceu o espaço para um melhor intercâmbio com a comunidade traspassando os limites da consulta para estudar condições epidemiológicas, socioculturais e estilos de vida muito diferente aos que tinha enfrentado em outros países onde trabalhei anteriormente, além de melhorar a língua portuguesa. No meu modo de ver, tudo significou ganho, o qual se reflete também na equipe de saúde, pois todos apreenderam trabalhar mais unidos e organizados e ofereceu a oportunidade de pôr em prática os conhecimentos e técnicas de promoção e prevenção de saúde para melhorar a saúde da comunidade. Outra vantagem que trouxe este curso foi a possibilidade do intercâmbio com outros profissionais da saúde tanto nacionais como estrangeiros através dos fóruns onde todos eles

contavam as suas experiências no dia a dia o que enriqueceu ainda mais nosso processo de aprendizagem.

De forma geral, o curso superou as minhas expectativas em todos os sentidos, hoje estou me sentindo melhor preparada para desenvolver um trabalho meritório na comunidade, com vontade de fazer cada vez mais pela população, por que agora, quando percebemos a aceitação de nosso trabalho na comunidade, os resultados logrados, as mudanças feitas que se traduzisse em melhoras na saúde da população, não tem importância as longas horas de estudo, a falta de sono, as cansativas jornadas de trabalho em consulta, as caminhadas baixo o sol, agora; só posso sentir a satisfação de ter crescido como profissional e ter contribuído, ao menos um pouco, na melhoria da saúde da população de Brasil.

Só resta dizer que este curso deveria ser feito por todos os profissionais da saúde, possibilitando ter uma concepção muito mais ampla, em que trabalhar a doença não seja prioridade e em que a promoção da saúde e a prevenção da doença proporcionam às comunidades ferramentas e tecnologias para sua participação no autocuidado, assim o sistema de saúde estaria mais próximo dos indivíduos, das famílias e das comunidades, tornando-se mais humanizado, solidário e, sobretudo, mais resolutivo.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco. RJ, 2010;

BARROS, N. F.; SIEGEL, P. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: passos para o popularismo na saúde. Cad. Saúde Pública, Brasília, v. 23, nº12, p. 3066-3067, 2007;

BRASIL. Guia alimentar crianças. Brasília. Ed MS, 2012;

BRASIL. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, ano 9, Edição esp, 2008;

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007. Brasília: Ed MS, 2009;

UNICEF / ONU. Dados estatísticos em saúde da América do Sul 2011. Genebra, Z. P-198, 2012.

Apêndices

Apêndice A – Quadro de Logística

AÇÕES	RESPONSÁVEL	QUANDO ACONTECERÁ	ONDE ACONTECERÁ	O QUE PRECISA SER PROVIDENCIADO
Capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde da criança.	Médico e Enfermeira da ESF	1ª Semana na sexta feira	Salão de espera/16:00 hrs	-Computador Data Show -Caderno de Atenção Básica -Cadernetas da criança -Ficha espelho
Estabelecer e definir prioridades de cada membro da ESF em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas.	Médico e Enfermeira da ESF	1ª Semana na sexta feira	Salão de espera/16:30 hrs	-Computador Data Show -Caderno de Atenção Básica
Cadastramento de todas as crianças correspondentes à nossa área de abrangência pertencentes ao programa.	Enfermeira e pessoal do acolhimento da ESF	Todos as semanas na sessão onde exista atendimento às crianças	Salão de espera/horário de expediente	-Computador - Registro específico -Caderno de Atenção Básica -Cadernetas da criança -Ficha espelho
Planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde da criança.	Médico e Enfermeira da ESF	1ª Semana 5ª semana 9ª semana 13ª semana nas sextas feiras à tarde	Local comunitário selecionado /16:00 hrs	-Computador Data Show
Atendimento clínico às crianças em consultas agendadas.	Médico e Enfermeira da ESF	Todas as semanas seguindo agendamento das consultas	Consulta Médica ou de Enfermagem no horário de expediente	-Cadernetas da criança -Ficha espelho
Atividades encaminhadas ao grupo de crianças.	Médico, Enfermeira e ACS da ESF	Todas as semanas nas quintas feiras	Salão de espera/14:00-15:30 hrs	-Computador Data Show
Treinamento adequado aos ACS que vão participar das atividades de vacinação, visitas domiciliares e procura das crianças faltosas às consultas agendadas.	Médico e Enfermeira da ESF	1ª Semana 5ª semana 9ª semana 13ª semana nas segunda feiras à tarde	Salão de espera/16:00-17:00 hrs	-Computador Data Show -Caderno de Atenção Básica -Cadernetas da criança -Ficha espelho

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
Prof^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 C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

 Departamento de
 Medicina Social

UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ Peso ao nascer: _____ g
 Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____
 Data da primeira consulta odontológica: __/__/____ Profissional que realizou: _____

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

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

Triagem auditiva () não () sim Realizado em: __/__/____ Testes realizados: () PEATE () EOA Resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
2ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
3ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
Reforço	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Aleitamento materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												
