

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Implantação da puericultura na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em
Manacapuru/AM

MONIQUE FREIRE DOS REIS
Turma 6

PELOTAS/RS
JANEIRO - 2015

MONIQUE FREIRE DOS REIS

Turma 6



Implantação da Puericultura na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em
Manacapuru/AM

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

Orientador: prof. MSc. Jandro Moraes Cortes

PELOTAS/RS
JANEIRO - 2015

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

R375i Reis, Monique Freire dos

Implantação da Puericultura na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Manacapuru/AM / Monique Freire dos Reis; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

107 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. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho especialmente ao meu esposo, Frederico Santana e à minha família, pelo inestimável apoio prestado durante as lutas diárias.

Agradecimentos

Agradeço à coordenação estadual e municipal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, em especial ao dr. Helio Marques e à enfermeira Naira, pelo apoio prestado.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru e equipe da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, por todo o apoio durante minha permanência na UBSF e durante a intervenção.

Agradeço ao bairro do Biribiri, pela acolhida diária durante o período do atendimento.

Agradeço aos orientadores da Universidade Federal de Pelotas, em especial ao prof. MSc. Jandro Moraes Cortes, pela paciência e compreensão frente às inúmeras e inimagináveis dificuldades, pelas grandes contribuições para meu crescimento acadêmico e pelo fundamental apoio prestado, mesmo que à distância.

Lista de Figuras

Figura 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da UBSF	56
Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	57
Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	58
Figura 4. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	59
Figura 5. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas	59
Figura 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	60
Figura 7. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	60
Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	61
Figura 9. Proporção de crianças com triagem auditiva	62
Figura 10. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.....	62
Figura 11. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	63
Figura 12. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	64
Figura 13. Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.....	65
Figura 14. Proporção de crianças com registro atualizado	66
Figura 15. Proporção de crianças com avaliação de risco	67
Figura 16. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância	68
Figura 17. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	68
Figura 18. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	69

Figura 19. Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie	70
Figura 20. Quadros utilizados na roda de conversa sobre aleitamento materno	92
Figura 21. Instrução sobre extração e conservação do leite materno	93
Figura 22. Roda de Conversa – Aleitamento Materno (16/12/14)	94
Figura 23. Slides exibidos	95

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AM: Amazonas

APS: Atenção Primária à Saúde

CCO: colpocitologia oncótica

DM: diabetes melitus

DST: doenças sexualmente transmissíveis

ESF: Estratégia Saúde da Família

hab: habitantes

HAS: hipertensão arterial sistêmica

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NPH: *Neutral Protamine Hagerdon* (insulina)

PROVAB: Programa de Valorização da Atenção Básica

RN: recém-nascido

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família

UFPel: Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

Resumo.....	10
Apresentação.....	11
1 Análise situacional.....	13
1.1 Descrição do município: dados geográficos e sistema de saúde.....	13
1.2 UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.....	14
1.3 UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro: estrutura física.....	15
1.4 População da área adscrita.....	18
1.5 Demanda espontânea.....	20
1.6 Saúde da criança.....	21
1.7 Pré-natal.....	23
1.8 Prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama ..	26
1.9 Hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus.....	28
1.10 Saúde do idoso.....	30
2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção.....	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e metas.....	33
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Tipo de estudo.....	35
2.3.2 Local do estudo.....	36
2.3.3 Amostra.....	36
2.4 Ações.....	36
2.4.1 Cobertura.....	36
2.4.2 Qualidade.....	37
2.4.3 Adesão.....	37

2.4.4 Registro	37
2.4.5 Avaliação de risco.....	38
2.4.6 Promoção à saúde.....	38
2.4.7 Monitoramento e Avaliação	39
2.5 Indicadores	41
2.5.1 Cobertura.....	41
2.5.2 Qualidade	41
2.4.3 Adesão.....	43
2.5.4 Registro	43
2.4.5 Avaliação de risco.....	44
2.5.6 Promoção da saúde.....	44
2.6 Logística.....	45
2.7 Cronograma	48
3 Relatório de intervenção.....	49
3.1 Ações desenvolvidas durante a intervenção	49
3.2 Ações não desenvolvidas durante a intervenção	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.1.1 Cobertura.....	55
4.1.2 Qualidade	56
4.1.3 Adesão.....	64
4.1.4 Registro	65
4.1.5 Avaliação de risco.....	66
4.1.6 Promoção da saúde.....	67
4.2 Discussão	70
4.3 Relatório da intervenção para gestores	73
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	77

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	80
Apêndices.....	82
Apêndice A. Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	83
Apêndice B. Área ribeirinha adscrita à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	83
Apêndice C. Caderno da criança da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	84
Apêndice D. Metas de atendimento semanal.....	85
Apêndice E. Cartaz de divulgação da intervenção em puericultura	86
Apêndice F Divulgação da ação programática.....	87
Apêndice G. Reunião com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	88
Apêndice H. Atividade sobre aleitamento materno, realizada pela equipe do NASF	89
Apêndice I. XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno.....	90
Apêndice J. Roda de conversa “aleitamento materno”	92
Anexos	96
Anexo A. Manacapuru – acesso terrestre	97
Anexo B. Manacapuru – zonas urbana e rural.....	98
Anexo C. Manacapuru – bairro Biribiri: território adscrito à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	98
Anexo D. Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho	100
Anexo E. Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho Saúde Bucal do Pré-Escolar.....	101
Anexo F. Planilha de coleta de dados Saúde da Criança	102
Anexo G. Planilha de coleta de dados Saúde Bucal do Pré-Escolar	103
Anexo H. Documento do Comitê de Ética em Pesquisa	104

Resumo

REIS, Monique Freire dos. **Implantação da Puericultura na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Manacapuru/AM**. 2015. 107 f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

A puericultura no Brasil representa complemento e seguimento fundamental para as estratégias de redução de mortalidade materno-infantis, iniciadas nos cuidados pré-natais e nas maternidades. Com a realização da Análise Situacional da Unidade Básica de Saúde da Família Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, no bairro Biribiri (Manacapuru-AM), observou-se que uma das áreas de Atenção à Saúde com necessidade de organização de Ação Programática foi a Puericultura. O objetivo da Intervenção foi ampliar para 35% a cobertura da atenção à saúde para as crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da referida Unidade Básica. Considerou-se tal meta como exequível dentro do pouco tempo para a execução da Ação, bem como dentro das dificuldades de processo de trabalho e estruturais da UBSF encontradas. A intervenção foi executada em 10 semanas, sendo incluídas 108 crianças da área de abrangência da Unidade Básica, entre 0 a 72 meses de idade. Foi utilizado como protocolo para atendimento da população-alvo o Caderno de Atenção Básica nº 33, "Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento", do Ministério da Saúde, de 2012. Foi realizado um levantamento de dados, a partir dos registros de famílias de cada agente comunitário de saúde, a fim de estimarmos a população alvo do programa: crianças pertencentes à área de abrangência da UBSF, de 0 a 72 meses de idade, totalizando 286 crianças. Para o alcance dos objetivos e metas, foram executadas as seguintes ações: cadastramento de toda a população elegível, seguida de convite e agendamento de consultas clínicas com médico, enfermeiro e odontólogo para as crianças, avaliação de crescimento/desenvolvimento, peso, estado vacinal, necessidade de suplementação de ferro e avaliação odontológica, busca ativa de crianças faltosas, registro completo e legível de todos os atendidos, treinamento da equipe e atividades de sala de espera. Ao final das 10 semanas de execução (meses 1 a 3), foram incluídas 108 crianças, sendo 16 (14,8%) atendidas também pelo odontólogo da UBSF. Foi alcançada, após a intervenção, uma cobertura da área adscrita de 36,4% (n=108). Observou-se que um grande número de crianças não foi submetido à triagem neonatal e teste da orelhinha, bem como não tinha acompanhamento odontológico regular. É necessário investir maiores esforços para aumentar a cobertura dos mesmos e assim poder oferecer uma Atenção à Saúde da Criança de melhor qualidade no município de Manacapuru.

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

Apresentação

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), da Especialização em Saúde da Família, modalidade Educação à Distância (EAD), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Rio Grande do Sul. Ele foi desenvolvido no município de Manacapuru, município pertencente à região metropolitana de Manaus, no Estado do Amazonas.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, onde foi executada a Ação Programática pela autora, médica do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), situa-se em uma área transicional entre zona urbana e zona rural do município, no bairro Biribiri. Diversas atividades foram desenvolvidas, buscando a estruturação da Puericultura na Unidade. As atividades da pós-graduação foram executadas na UBSF no período de março de 2014 a fevereiro de 2015, quando foi finalizado o volume final do TCC.

Observou-se na UBSF grande deficiência na Atenção à Saúde da Criança. Não havia agendamento para consultas regulares, o que reforçava a ótica de atendimento "conforme necessidade", sem haver a preocupação com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantis, ponto-chave da puericultura. Desta forma, o documento trata da melhoria na Atenção à Saúde da Criança, relativa aos cuidados particulares e ações de promoção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de idade, residentes na área de abrangência do bairro Biribiri, Manacapuru, Amazonas.

Todas estas considerações foram ponderadas após extensa Análise Situacional, na qual foi realizada coleta de dados sobre a UBSF, seu funcionamento, sua organização de trabalho e rotina, bem como sobre as principais demandas da comunidade.

Todos os dados levantados fundamentaram a etapa seguinte, da Análise Estratégica, na qual foi estabelecido o foco da intervenção, seus objetivos, metas e ações a serem executadas.

Com a Intervenção, o projeto da Ação Programática em Puericultura foi executado, em três meses, desenvolvendo as ações planejadas na Análise Estratégica. Foram atendidas 108 crianças, todas pertencentes à área adscrita à UBSF.

Na Avaliação, foram reunidos os dados tabulados, seguindo-se a construção dos indicadores e avaliação dos resultados em relação aos objetivos e metas propostos no projeto original.

A seguir, será apresentada cada etapa do trabalho, com a descrição de todos os dados coletados sobre a UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e a comunidade do bairro Biribiri, ao longo da Especialização em Saúde da Família.

1 Análise situacional

1.1 Descrição do município: dados geográficos e sistema de saúde

O município de Manacapuru localiza-se a 98,8km da capital do estado do Amazonas, Manaus (*Google Maps*, s.d.), com a qual faz parte da área metropolitana amazonense. O acesso terrestre ao município é realizado através da estrada estadual AM-070 (anexo A). Possui área territorial de 7.330,08 km², com 85.141 habitantes. Destes, 60 174 estão concentrados na sede do município (70,7% da população), com densidade demográfica de 11,62 hab/km² (anexo B) (BRASIL, s.d.a).

Manacapuru tem o 11º maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado, de 0,663 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – BRASIL, s.d.), valor atribuível a localidades de IDH médio. A taxa de analfabetismo da cidade foi de 15,27% em 2010, com um IDH de educação calculado em 0,481 (muito baixo) (PLATAFORMA *deepAsk*, s.d.). 51,6% dos moradores usam fossas rudimentares como instalação sanitária. 50,7% utilizam a rede geral para abastecimento de água domiciliar; 58,6% do lixo é coletado (BRASIL, s.d.b).

A rede de assistência à saúde conta com 14 unidades básicas de saúde, 2 consultórios, 3 postos de saúde e uma unidade mista de atendimento 24 horas. A taxa de leitos de internação por 1.000 habitantes foi de 0,9 em 2010. A cidade contava, em 2009, com 62 médicos do Sistema Único de Saúde, sendo 32 Médicos de Família e 11 Clínicos Gerais. As principais causas de internações, em 2009, em crianças até 9 anos de idade foram as doenças do aparelho respiratório (menores de 1 ano: 51%, 1 a 4 anos: 57,4%, 5 a 9 anos: 27,8%) seguidas das doenças infecciosas e parasitárias. Dos 10 aos 49 anos, a principal causa de internação foram gravidez/parto/puerpério, sendo 28,7% entre 10-14 anos, 86,4% de 15 a 19 anos e 64,7% entre 20 a 49 anos de idade. Entre os pacientes com idade superior a 50 anos, houve maior prevalência de doenças do aparelho respiratório (BRASIL, s.d.b).

A taxa bruta de natalidade do ano de 2009 foi de 25,4. 33,7% das mães tinham de 10 a 19 anos, sendo que 2,7% possuíam idade de 10 a 14 anos. A principal causa de mortalidade no município em 2008 foram os acidentes de transporte (58,6/100.000 habitantes), seguido das doenças cerebrovasculares (35,2/100.000 hab) e infarto agudo do miocárdio (27/100.000 hab). A taxa de mortalidade infantil foi de 11,1/1.000 nascidos vivos (BRASIL, s.d.b).

Estimou-se que em 2009 havia 84,2% da população era coberta pelo programa Saúde da Família e 22,6% pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 99,1% das crianças tinham esquema vacinal básico atualizado e 78,6% das crianças em aleitamento materno exclusivo. O percentual de cobertura de consultas pré-natal foi de 86,7% (BRASIL, s.d.b).

Em 2011, a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde foi de 74,3% e pelas equipes de saúde bucal de 39,5%. A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de apenas 32,7%; com 4 a 6 consultas foi de 40,4% e 1 a 3 consultas de 17,7% (BRASIL, s.d.c).

A realização de exames citopatológicos do colo do útero e das mamografias entre 2009 a 2011, nas populações-alvo foi muito aquém da cobertura adequada. Para exames citopatológicos, houve realização de 31,2 exames/100 mulheres (meta: 90 exames/100 mulheres); foram realizadas 2,1 mamografias/100 mulheres, sendo a meta 70 exames/100 mulheres (BRASIL, s.d.c).

1.2 UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual estou alocada funciona como unidade básica de saúde da estratégia Saúde da Família (UBSF) (apêndice A), com uma equipe composta por um profissional médico, um odontólogo, um enfermeiro, um auxiliar do técnico de enfermagem que exerce a função de vacinar os pacientes, dois auxiliares administrativos, um técnico em higiene dental, um auxiliar de serviços gerais e 8 agentes comunitários de saúde (ACS).

Foi fundada há 12 anos, sem grandes modificações estruturais desde então. Situa-se em uma área transicional entre zona urbana e zona rural do município, no bairro Biribiri, limítrofe às áreas ribeirinhas do mesmo (apêndice B), cuja área adscrita está demarcada no anexo C. O termo “ribeirinho” refere-se à “andar pelos rios”. São pessoas para as quais os rios constituem sua base de sobrevivência, fonte de alimento e transporte (PEREIRA; FRAXE; WITKOSKI, 2007).

1.3 UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro: estrutura física

A unidade possui consultório médico, de enfermagem e sala de atendimento odontológico, sala de triagem/procedimentos/curativos, sala de vacinação, dois banheiros (sendo um ao público e outro para funcionários) e uma copa. É construída em alvenaria e toda climatizada, com exceção da copa. Possui um computador, sem acesso à internet, para registro e digitação da produção diária. Apesar de a infraestrutura de um modo geral ser adequada, regularmente não há falta de materiais de higiene e consumo básicos (papéis descartáveis para higienização das mãos e materiais descartáveis para exame físico dos pacientes).

Não há consultórios com banheiros para uso dos pacientes. A mobilidade dentro da UBS é limitada, especialmente observando-se o grande volume diário de pessoas que frequentam a mesma. Não há espaço físico suficiente para o trânsito de pacientes usuários de cadeira de rodas; a cadeira não ultrapassa os limites das portas dos consultórios, sendo as consultas realizadas em domicílio ou na sala de espera. São realizadas consultas com diversos profissionais de nível superior da equipe, curativos, inalações e o cadastramento e pesagem dos participantes do programa assistencial Bolsa Família.

O espaço físico é pequeno quando comparado à grande demanda; apesar de o balcão da recepção estar disposto de modo a tentar separar a sala de espera dos ambientes de consulta, por não haver sala de medicamentos/farmácia, o armário com medicamentos e o armário dos prontuários foram dispostos de modo a bloquear a visibilidade da entrada do

consultório médico e da enfermagem. Desta forma, a privacidade da consulta fica demasiadamente prejudicada: os comunitários conseguem passar pela recepção sem a devida triagem, interrompendo bruscamente consultas e procedimentos.

Não há banheiro disponível para o público, apenas um banheiro para funcionários. As calçadas são inadequadas ao trânsito livre de qualquer pedestre, por serem irregulares e demasiadamente estreitas. Não há espaço físico na UBSF para a guarda de veículos de funcionários, sendo os mesmos expostos à depredações.

Chama a atenção também a inexistência de biombos ou banheiros nas salas onde há exame ginecológico, resultando em constrangimentos durante as consultas. No consultório médico não há maca adequada para a realização de exame ginecológico em posição de litotomia, apenas na sala da enfermagem, o que prejudica as consultas médicas de atenção à Saúde da Mulher, em especial nas situações que exigem exame ginecológico. Tal fato é contornado interrompendo-se a consulta médica e a paciente é levada ao consultório da enfermagem (interrompendo também por vezes a consulta de enfermagem) e sendo examinada neste ambiente.

Não há atenção especial ou espaço físico adequado para a separação, triagem e coleta de lixo, comum ou contaminado, resultando em um ambiente de risco para a população que mora nos arredores da UBSF.

Idosos e portadores de necessidades especiais não possuem meios adequados de se locomover/ orientar na UBS. Não há barras, sinais visuais, sonoros ou táteis adaptados para as suas necessidades.

Considerando o grande número de pacientes do sexo feminino atendidas na UBSF, quando comparado ao número de portadores de necessidades especiais da área, a prioridade seria propor as adequações aos gestores locais, a fim de obter uma maca ginecológica e materiais de consumo para o exame ginecológico e biombos para a troca de roupas pré-exame.

Outro ponto importante seria é reforçar junto à Prefeitura Municipal ou à Associação de Moradores da Comunidade a necessidade de reforma e adequação da calçada do entorno da UBSF, bem como as demais adequações para idosos e portadores de necessidades especiais.

É necessário também realizar nova disposição do mobiliário da UBS, de modo não a barrar o trânsito dos usuários e preservar a privacidade daqueles em consulta.

As principais necessidades e limitações observadas na UBS onde atuo referem-se à disponibilidade de medicamentos. Medicamentos básicos, como diuréticos, sintomáticos injetáveis, antibióticos em diferentes apresentações e drogas do programa Hiperdia, não são disponíveis ou estão disponíveis em outras apresentações. Drogas neurolépticas, fitoterápicos e medicamentos para prevenção e tratamento da osteoporose não estão disponíveis. Mesmo a insulina NPH não há na UBS. Alguns medicamentos estão disponíveis apenas na Central de Medicamentos.

A baixa disponibilidade das drogas limita bastante o trabalho, especialmente com pacientes crônicos, pois o profissional opta por adequar à realidade do paciente, que muitas vezes depende exclusivamente da medicação gratuita, usando medicações fora do adequado, em posologias e apresentações pouco recomendadas.

Isso implica em custos para o paciente, principalmente quando se trata de drogas neurolépticas de uso contínuo, pois o mesmo precisa adquirir o medicamento na rede de farmácia do município ou precisa deslocar-se para adquiri-lo na capital do estado, onde a disponibilidade de medicamentos nas policlínicas é maior.

Outra importante limitação são os exames laboratoriais básicos: creatinina, dosagem sérica de íons, frações de colesterol, hemoglobina glicosilada, sorologias contempladas pelo pré-natal não estão disponíveis no

município ou são disponibilizadas erraticamente. O acompanhamento de pacientes crônicos fica bastante prejudicado, principalmente da prevenção de eventos secundários relacionados à complicações crônicas da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes.

Creio que a prioridade seja a adequação laboratorial para acompanhamento de doenças crônicas. Há a possibilidade de propor à Secretaria Municipal de Saúde o levantamento da demanda reprimida de doentes crônicos que precisam de rastreamento laboratorial anual, cadastramento de tais pacientes e uso da complementaridade do setor privado, uma vez que há laboratórios privados no município.

Quanto à falta de medicações, pode-se propor ao gestor municipal um levantamento dos medicamentos que possuem maior demanda, mas que no momento não são disponibilizados, como os neurolépticos, a fim de buscar pactos e convênios com a capital do estado, que é próxima geograficamente do município, a fim de solucionar a demanda.

1.4 População da área adscrita

São adscritas ao território da UBSF 3.225 pessoas, com 687 famílias. É desconhecida a distribuição por sexo das mesmas. Há 24 crianças com idade inferior a um ano, 210 com idade de um a quatro anos e 17 gestantes. Há 297 idosos, 197 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 69 portadores de diabetes melitus (DM); 31 pacientes são portadores de necessidades especiais.

A portaria do Ministério da Saúde nº 2.488 (21/10/11) (BRASIL, 2011) define que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo em média 3.000, considerando especialmente a situação de vulnerabilidade da área adscrita: quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe.

Observa-se que na área adscrita da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro há diversas situações socioeconômicas que predizem indiretamente maior vulnerabilidade das famílias do território: grande número de pessoas sem emprego, dependentes de benefícios sociais governamentais, multiparidade, considerável número de gestantes e puérperas adolescentes, baixa escolaridade e grande número de idosos e acamados, os quais em geral são os únicos provedores da renda familiar, por meio de aposentadorias e benefícios. Trata-se de uma área tratada pelas autoridades policiais da região como zona de tráfico de entorpecentes, com grande número de pequenos delitos e adolescentes infratores, além de porte ilegal de armas e uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Além da área adscrita, a UBSF atende às populações das áreas ribeirinhas distantes do território, oriundas do outro lado das margens dos rios de municípios circunvizinhos, além de comunidades provenientes de ramais da estrada estadual que liga Manacapuru à Manaus, AM-070. Para estes pacientes, é praticamente impossível manter a longitudinalidade do cuidado, posto que estes peregrinam pelas UBS do município em busca de atendimento. De modo geral, alternam-se entre as UBS nas quais conseguem vagas para atendimento, deturpando o caráter de adscrição ao território e longitudinalidade do cuidado previstos na Portaria Ministerial (BRASIL, 2011).

Considerando o exposto, percebe-se que a área adscrita da UBSF deveria ser menor do que a atualmente referida, tendo em vista a vulnerabilidade da população do território adscrito e das áreas adjacentes, as quais geram uma grande demanda espontânea na UBSF.

1.5 Demanda espontânea

O acolhimento à demanda espontânea é realizado diariamente, em dois turnos, por todos os profissionais de saúde da UBS. No entanto, não há o uso de qualquer avaliação e classificação de risco biológico ou vulnerabilidade social. A divisão para atendimento é feita de forma extremamente empírica, o que finda por distribuir de maneira inadequada os pacientes. Por diversas vezes usuários em idade escolar se apresentaram à triagem com “febre não aferida” que ao exame sumário da cavidade oral tinham um abscesso periodontal. O segundo volume do Caderno de Atenção Básica de Acolhimento À Demanda Espontânea (BRASIL, 2013) explica claramente como e de que forma poderia proceder ao acolhimento e à distribuição da demanda, bem como os primeiros cuidados a serem prestados. No entanto, na rotina da UBSF na qual atuo as instruções têm pouca utilidade prática. Usuários com queixas agudas porém sem sinais de alarme, sem situação de risco/vulnerabilidade social são colocados em prioridade para atendimento médico em detrimento dos agendados, apesar de não apresentarem na triagem qualquer critério para tal ou mesmo para o próprio atendimento médico urgente em si.

Outra situação que interfere negativamente na atenção à demanda espontânea é o mal controle de pacientes crônicos, especialmente hipertensos e diabéticos. Como é grande o volume de atendimentos na atenção espontânea, não há tempo para desenvolver atividades educativas, cadastramento e busca ativa destes grupos. Tais pacientes quase nunca comparecem à UBS nos dias programados para seu atendimento, ficam sem medicação por longos períodos e procuram atendimento emergencial quando sintomáticos, resultando em um alto risco de complicações cardiovasculares agudas graves nestes grupos.

Há ainda o problema da área adscrita. Estimo que pelo menos 30% da demanda espontânea é de pacientes de fora da área de abrangência. Pacientes provenientes de zonas ribeirinhas ou ainda residentes ao longo da estrada estadual da zona peri-urbana procuram a UBSF, a despeito de já haver uma UBS destinada para estas populações. Sabe-se que os motivos dessa demanda são:

1) Dificuldades de conseguir “senhas” para atendimento nas suas UBSs de referência, posto que a demanda nestes é extremamente volumosa pois, além de atender as áreas ribeirinhas e de estrada, as equipes destas UBSs são responsáveis por ações complementares, como diagnóstico e tratamento de hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) no município.

2) Vários moradores não têm boa relação médico-paciente (ou “equipe-paciente”) com a sua UBS de referência, e percorrem várias UBS em busca de atendimento.

O grande volume de demanda espontânea acaba por gerar dificuldades de tempo para planejamento de ações, reuniões de equipe e ações de promoção à saúde, focando o cuidado à saúde quase que exclusivamente em atendimentos e medicalização. A lógica citada no Caderno de Atenção à Demanda Espontânea, “procedimento-centrada” persiste, e infelizmente há pouca possibilidade de quebrar tal paradigma, uma vez que usuários, equipe e gestores parecem ver tal prática como a mais adequada.

Apesar das dificuldades e inadequações, a atenção à demanda espontânea na UBS tem considerável governabilidade dos problemas trazidos pela população adscrita, bem como daquela proveniente de fora da área de abrangência.

1.6 Saúde da criança

Na UBS é realizada a pesagem e medição das crianças participantes do programa Bolsa Família, vacinação e atendimento à demanda espontânea e puericultura. Não há protocolo estabelecido para o atendimento. Observa-se na prática diária que muitas mães trazem seus filhos à UBS apenas por afecções agudas, sem haver o hábito de consultas regulares. Não há registro específico para a Puericultura, portanto não pode ser estimada a cobertura atual da Ação Programática. Poucos são os prontuários com registros individuais sobre a vacinação. A suplementação de sulfato ferroso e vitamina A é demasiadamente irregular. O sulfato ferroso é prescrito por médico e enfermeiro, no entanto, falta

a medicação. A vitamina A é fornecida por ocasião da vacinação, no entanto sofre a mesma irregularidade de fornecimento do sulfato ferroso.

Não há agendamento para consultas regulares, o que acaba por reforçar a ótica de atendimento "conforme necessidade", sem haver a preocupação com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantis, ponto-chave da puericultura. Não há registro específico para as ações direcionadas à Saúde da Criança. A estruturação da Puericultura na UBSF representaria abrir a possibilidade de se realizar busca ativa dos pais faltosos, possibilitando identificar situações de risco e vulnerabilidade social às quais a criança pode estar exposta. A busca ativa destas famílias auxilia a fortalecer o vínculo destas com a própria UBSF, ampliando o significado do "cuidar" enquanto prevenção e possibilitando reconstruir nos usuários a mentalidade da prevenção à saúde.

A ausência de protocolos definidos na UBSF dificulta o trabalho; no entanto, é notório que não há como estabelecer um protocolo sem uma rotina de atendimento, posto que as crianças são atendidas fora do dia de puericultura. Apesar do tempo de existência da UBSF, a área de Assistência à Saúde da Criança fora negligenciada, realidade esta também observada em outras UBSs do município. Isso provavelmente se deve ao fato de que naturalmente a Prevenção e a Promoção à Saúde, essenciais na Assistência à Criança, são deixados de lado em detrimento ao atendimento de demanda livre. De maneira geral, a preocupação é que o usuário não deixe a UBSF sem atendimento, e quase sempre apenas os usuários que procuram a UBSF são atendidos, deixando um grande contingente populacional da área de abrangência sem atendimento. Uma vez que atender à demanda livre ocupa tempo e energia em excesso da equipe, sobra pouco espaço para discussão e melhorias no processo de trabalho, tanto na Puericultura em si como nas demais Ações Programáticas.

A relação entre a coordenação da Atenção Primária à Saúde e a equipe da UBSF é por vezes conflituosa. Alguns insumos básicos necessários para o atendimento clínico são irregularmente fornecidos. Por outro lado, as cobranças com prazos, produções e cumprimento de determinadas solicitações são regularmente feitas. Cobra-se da equipe, sem no entanto haver a mesma

preocupação em fornecer materiais importantes para a execução do trabalho de maneira minimamente adequada.

Considerando a impossibilidade de manter uma rotina de acompanhamento e atendimentos para as crianças, há um aumento do número das queixas entendidas como "demanda livre". Mães com pouca orientação, de modo geral de baixa escolaridade, procuram repetidamente atendimento com queixas inespecíficas, com pouca ou nenhuma relevância clínica, por simplesmente não compreenderem o processo de crescimento e adoecimento de seus filhos. Grupos de mães poderiam auxiliar na prevenção destas situações, no entanto, como a falta de acompanhamento gera uma grande demanda reprimida, não há tempo hábil tampouco espaço físico para reuniões com mães.

É notória, portanto, a necessidade de que a UBSF deve transpor seus muros, integrando-se à comunidade. A lógica do "atendimento por queixa" impede que atividades pró-ativas e de envolvimento com a comunidade sejam desenvolvidas. Uma vez que não há espaço físico na UBSF para grupos de gestantes ou de puérperas/mães, poderiam ser realizadas tais reuniões em escolas, igrejas ou associação de comunitários. No entanto, como a própria comunidade acostumou-se a pensar que "cuidar de saúde" significa "cuidar de doença", é difícil quebrar tais paradigmas tão firmemente enraizados; também não há apoio dentro da própria gestão de saúde, posto que a mesma reforça o pensamento de que o usuário deve ser atendido, não importa onde ou como.

1.7 Pré-natal

A UBSF realiza o acompanhamento pré-natal das gestantes com atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Não há protocolo estabelecido ou manual técnico. A cobertura ainda está abaixo do adequado. Foram estimadas através do Caderno de Ações Programáticas 48 gestantes para a área; havia apenas 39 gestantes realizando acompanhamento pré-natal

(81%). Muitas gestantes iniciam pré-natal no terceiro trimestre da gestação, podendo dever-se a tal fato a diferença observada. Muitas iniciam o mesmo tardiamente por dificuldades de deslocamento ao posto de saúde, por residirem em área rural ou ao longo da rodovia que precede a cidade.

Algumas gestantes faltam ocasionalmente, por dificuldade de deslocamento. Índices avaliados pelo Caderno de Ações Programáticas, como vacinação anti-tetânica e para hepatite B e orientação para aleitamento exclusivo alcançaram 100% de cobertura. Tratam-se de medidas simples, de fácil aplicação mas que possuem grande impacto em morbi-mortalidade na população avaliada. Destaca-se porém o fato de que o município não dispõe de sorologia para toxoplasmose pelo Sistema Único de Saúde. Os testes de triagem para HIV, sífilis e hepatite B são irregularmente disponibilizados.

Os indicadores de exames ginecológicos e de saúde bucal são pífios, com nenhuma gestante examinada. Há dificuldades operacionais dentro da UBS para o exame ginecológico: não há maca adequada no consultório médico ou mesmo meios de garantir a privacidade e higiene adequada do exame (falta de banheiro para paciente dentro do consultório, ausência de chave na fechadura da porta do consultório, indisponibilidade de cobertores descartáveis para a maca e batas descartáveis para a paciente). Todas são orientadas para o exame bucal, no entanto a adesão ainda é baixíssima, aproximadamente 20%.

Há uma disparidade na estimativa. Nos últimos 12 meses, o Caderno de Ações Programadas estimou 68 partos; no entanto houve 74 partos na área de abrangência. Muitos destes foram de gestantes acompanhadas na UBSF porém oriundas de outras UBS. Sabe-se que dos 74 partos realizados, 61 (81%) foram consultadas nos 42 dias pós-parto, e tiveram sua consulta registrada. Logo, uma vez que o Caderno não aceita digitação de puérperas em número superior ao estimado na área (como no caso da nossa UBSF), foi aplicada a mesma porcentagem de cobertura da consulta de puerpério (81%), resultando em 55 gestantes da área de abrangência consultadas no puerpério.

Os índices de cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, exame do estado mental e intercorrências tiveram 100% de cobertura, não sendo necessário ajuste para as informações prestadas no Caderno. No entanto novamente o exame físico do abdome e ginecológico foi limitado por dificuldades estruturais. Na UBSF, a consulta puerperal é realizada exclusivamente pela enfermagem.

O registro do pré-natal precisa ser melhorado e atualizado, penso que a maneira mais adequada para tal seria a informatização do mesmo. Uma vez que há várias gestantes fora da área de abrangência, é difícil fazer um diagnóstico epidemiológico das gestantes e puérperas da área de abrangência; não sabemos, por exemplo, se o número de gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente é oriundo da área da UBS ou de outras áreas.

É difícil também controlar o número de puérperas da área, já que não se sabe com exatidão o número de puérperas pelas quais somos responsáveis. A situação de que "a paciente é de todas as UBSF e de nenhuma ao mesmo tempo" prejudica sobremaneira a longitudinalidade do cuidado prestado, uma vez que não se consegue controlar adequadamente tais situações. Precisaríamos identificar, por exemplo, se o alto número de partos estimados nos últimos 12 meses deve-se à estas puérperas fora da área de abrangência ou à altas taxas de natalidade entre as mulheres acompanhadas na UBS. Tal diferenciação é importantíssima, pois auxiliaria a direcionar esforços: ou no sentido de orientar as gestantes de outras áreas ou de aumentar esforços no planejamento familiar. Observo que há um pouco dos dois elementos: há muitas gestantes fora da área, mas a taxa de fecundidade entre as mulheres em idade fértil (parece) alta demais. Várias adolescentes são acompanhadas no pré-natal, muitas destas não são primigestas ou primíparas. Muitas mulheres abaixo dos 25 anos já tem mais de três filhos vivos, vivendo em situação grave de risco social. Sem um registro de qualidade, com informações atualizadas e fidedignas, é difícil planejar intervenções para estas mulheres.

Além da melhoria na qualidade e manutenção dos registros, é importante adequar a estrutura física da UBS para realizar exames ginecológicos, uma vez

que ao não ser realizados no ciclo gravídico-puerperal, perde-se uma importante janela de oportunidade de examinar a paciente, alertando-a para a importância da prevenção do câncer cérvico-uterino, que ainda em nossa região ainda possui índices de prevalência e mortalidade inaceitáveis.

Dada a deficiente organização de trabalho, com os atendimentos centrados no cuidado individual das gestantes, através de exames complementares e exame físico sumário, não é possível a formação de grupos de gestantes. Outra considerável limitação para tal é a falta de espaço físico na UBS para acomodá-las.

Uma vez que o atendimento de gestantes e puérperas é centralizado no médico e na enfermeira, não há na UBS profissionais que auxiliam no planejamento, gestão e coordenação do Pré-natal. Há apenas o controle externo por parte do preenchimento dos formulários do SIS-pré-natal, o qual não se converte em dados úteis para a prática diária, pois não há o *feedback* das informações prestadas. Vê-se que os gestores de saúde tem enorme dificuldade em transformar dados numéricos em informações para a UBS.

1.8 Prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama

Realiza-se em dois turnos a coleta da colpocitologia oncótica (CCO) do colo uterino. Todas as pacientes elegíveis para o exame são orientadas a realizá-lo anualmente, em consultas médicas e de enfermagem. Seus resultados são registrados em um livro de registros específico. No entanto, não há controle de mulheres que nunca realizaram o exame ou estão com os mesmos em atraso. Sabe-se que a condição primordial de um programa de rastreamento é a organização: há um sistema que controla convite e “re-convite” de mulheres para o exame, além de haver organização na periodicidade do exame (LORENZATO, 2008). O rastreio realizado na UBSF restringe-se basicamente à coleta do exame das pacientes que procuram a UBSF para tal; não há esforços dirigidos no sentido de convocar as demais pacientes.

A cobertura da realização da CCO é insuficiente (25%; n=171 coletadas/682 mulheres estimadas como elegíveis). Além de um programa de realização e controle de CCO deficiente, as poucas CCO realizadas são de péssima qualidade, o que pode explicar a baixa incidência de exames alterados (2%, n=4). Apesar de 99% (n=170) das amostras serem consideradas satisfatórias, apenas 18% (n=31) destas possuíam células representativas da junção escamocolunar. Sugere-se, portanto:

1) Iniciar um controle efetivo da população elegível e busca ativa das pacientes: com exame desatualizado, com exame alterado, coleta inadequada (sem amostras da junção escamocolunar), sem retorno ao médico para comunicação do resultado ou que nunca foram submetidas ao exame.

2) Identificar possíveis dificuldades técnicas para realização adequada da coleta: programa de reciclagem dos profissionais que executam a coleta da CCO e orientação para que as pacientes cujo exame clínico do colo uterino esteja alterado procurem serviço médico imediatamente.

Quanto à prevenção do câncer de mama, observa-se um cenário ainda pior: a mamografia é realizada de modo irregular no município, sendo a maioria das vezes necessário o deslocamento das pacientes para a capital do estado para a realização do mesmo. A necessidade do deslocamento é referido como muitas pacientes como principal empecilho à realização do exame. Por diversas ocasiões oportunas para a solicitação do exame (exemplo, acompanhamento das pacientes idosas do Programa HiperDia) não havia formulário para solicitação da mamografia na UBSF, sendo então perdida a oportunidade de rastreamento. Não há controle das pacientes elegíveis para o exame; portanto não há rastreamento organizado, prejudicando sobremaneira o controle adequado da população alvo.

É urgente iniciar um programa de controle organizado do rastreamento, com registro, controle e busca ativa das pacientes quando necessário. Tal busca deve ser realizada dentro da própria comunidade (igreja, grupos de idosos, centro comunitário etc.). É importante também buscar em associação com os

gestores municipais maneiras de contornar a necessidade de deslocamento, como agendar a realização de exames por grupos de pacientes e alugar ônibus para o deslocamento, por exemplo.

1.9 Hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus

O número de hipertensos estimados pelo Caderno de Atenção Programática foi muito superior ao encontrado na área adscrita, de 572 hipertensos. Estão atualmente cadastrados na UBSF 197 pacientes (34%). Pode estar havendo sub-diagnóstico da condição, uma vez que já observa-se um considerável número de pacientes na área que são diagnosticados por complicações agudas e crônicas da HAS não tratada (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica).

Não há a adoção de um protocolo específico. O livro de registro de hipertensos e diabéticos não permite o registro das últimas consultas e a busca ativa dos pacientes com má adesão ao tratamento. Observa-se ainda que não há busca ativa de novos casos de HAS e/ou DM, tampouco acompanhamento adequado daqueles com diagnóstico já estabelecido. Há entre os usuários o hábito da procura pela UBS apenas em situações de cuidados emergenciais. É considerável o número de pacientes que se apresentam à UBSF com uso irregular da medicação, picos glicêmicos e picos hipertensivos. Sugere-se, portanto:

- 1) Informatizar os registros dos pacientes, acrescentando mais informações para acompanhamento dos pacientes (última consulta, presença de comorbidades complicadoras, fatores de risco para doenças cardiovasculares) e agendamento de consultas de retornos, com busca ativa dos pacientes se necessário;
- 2) Criação de grupos de apoio ao paciente hipertenso, com grupos de debates para um melhor enfrentamento da condição crônica e apoio mútuo entre os pacientes;

3) Rastreamento e intervenção nos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis nestes pacientes: tabagismo, presença de diabetes melitus, dislipidemia e obesidade.

Em relação aos portadores de DM, os dados estimados pelo Caderno de Ações Programáticas também são incompatíveis com os dados da UBSF. Foram estimados 164 diabéticos, no entanto estão atualmente cadastrados na UBS 69 pacientes (42%), provavelmente por desatualização dos registros, subnotificação e baixo rastreamento. Dos 164 diabéticos da área, estimo que apenas metade realizem acompanhamento médico ou de enfermagem regulares.

Não há a adoção de protocolos para o diagnóstico e seguimento desses pacientes; não há estímulo para a adoção de hábitos de vida saudáveis e melhor adesão ao tratamento. A distribuição de hipoglicemiantes orais é consideravelmente irregular e a distribuição de insulinas é realizada pela Central de Medicamentos do município, distante da UBSF.

Dado o exposto, considera-se que melhorias dos registros dos pacientes são necessária, acrescentando mais informações para acompanhamento dos pacientes (última consulta, presença de comorbidades complicadoras, fatores de risco para doenças cardiovasculares) e agendamento de consultas de retornos, com busca ativa dos pacientes se necessário, buscando a integração entre as comorbidades (hipertensão e diabetes). Sugere-se também a criação de grupos de apoio ao paciente diabético, com grupos de debates para um melhor enfrentamento da condição crônica e apoio mútuo entre os pacientes.

É essencial buscar apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a realização dos grupos de debate, bem como para confeccionar material de apoio impresso para que os pacientes possam ter as orientações de saúde registradas em seu domicílio, para consulta por parte dos familiares a fim de melhorar a adesão.

Podemos ainda utilizar o momento da sala de espera dos pacientes para iniciar a abordagem de modificação de hábitos de vida saudáveis, focando na prevenção e no auto-cuidado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

É importante começar a solicitar o acompanhamento do cuidador ou do familiar mais próximo do paciente (cônjuge e/ou filhos) nos grupos de debates e consultas, a fim de melhorar a adesão e o monitoramento do comportamento dos pacientes em domicílio, bem como rastrear e intervir ativamente nos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis nestes pacientes: tabagismo, mal controle glicêmico e pressórico, dislipidemia e obesidade.

1.10 Saúde do idoso

Não há ação programática, registros específicos ou protocolo estabelecido para os idosos na UBSF, apesar do número considerável de idosos cadastrados (297). Todos os profissionais da equipe realizam atendimento aos idosos, apesar da ausência de protocolo definido para tal. Cerca de menos de 40% dos idosos tenham Carteira do Idoso, com atendimento atualizado. Muitos procuram a UBS por atendimento programático dentro do Hiperdia ou dentro da demanda livre, por queixas pontuais. Não há enraizada dentro dos idosos e de seus cuidadores a prevenção de agravos. Os profissionais de saúde só conseguem abordar os idosos que procuram à UBS por queixas ou acompanhamentos de programas, dada a grande demanda espontânea.

Apesar das dificuldades e falhas encontradas, os idosos que regularmente frequentam a UBSF são aderentes às propostas de modificações de estilo de vida, possuem hábitos de vida saudáveis, bom controle de suas comorbidades e boa estrutura familiar, revelando a importância do papel da família e do cuidador do idoso no sucesso das terapêuticas propostas.

No entanto, é grave tão baixa cobertura de ações preventivas em uma população tão vulnerável a comorbidades com grande potencial de morbimortalidade. Isso se reflete na grande quantidade de pacientes portadores de sequelas de doenças cerebro-vasculares. Mesmo estes são inadequadamente acompanhados, suprimidos pela grande demanda espontânea, de crianças,

gestantes e puérperas, dada a alta natalidade e fertilidade observada na área. Sugere-se:

- 1) Estimular a formação de grupos de idosos entre os que preservam capacidade de deambulação independente de cuidador, a fim de promover atividades lúdico-recreativas e físicas adequadas para o grupo;
- 2) Buscar maior integração dos idosos da área de abrangência com os profissionais do NASF: observa-se idosos portadores de depressão e síndromes demenciais que poderiam se beneficiar de atendimento psicológico; um grande número de idosos é portador de sobrepeso/obesidade e/ou HAS/DM que necessitam de orientações nutricionais voltadas para sua faixa etária. A assistente social poderia contribuir singularmente auxiliando a equipe de saúde a lidar com o grande número de idosos praticamente abandonados por seus responsáveis legais e/ou em situações de lares com grande vulnerabilidade social (em muitas famílias, o idoso é o único mantenedor financeiro de lares instáveis, com problemas sociais de desemprego, abuso de álcool e drogas, multiparidade etc. Tais situações causam estresse psíquico no idoso, deixando-o ainda mais exposto a eventos cardiovasculares);
- 3) Criar um cadastro dos idosos, a fim de identificar e orientar sobre fatores de morbi-mortalidade nesta população, com busca ativa dos que não comparecem regularmente à UBSF;
- 4) Criar um protocolo de atendimento e agendamento de consultas especial para o grupo;
- 5) Identificar quais os agravos mais prevalentes entre os idosos da área e traçar estratégias de prevenção para os mesmos;
- 6) Estabelecer junto à secretaria municipal de saúde parcerias para coleta de exames laboratoriais e disponibilização de transporte especial para consultas em atenção secundária e terciária realizadas fora do município. Muitos idosos são relutantes à realização de exames e consultas complementares pela dificuldade logística de deslocamento.

2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa, no cuidado ao recém-nascido e à criança, complemento e seguimento fundamental para as estratégias de redução de mortalidade materno-infantis, iniciadas nos cuidados pré-natais e nas maternidades. Tais cuidados iniciam-se com a primeira visita domiciliar do agente de saúde à puérpera e ao recém-nascido (RN), para orientação da família sobre os cuidados de ambos. Utiliza-se a oportunidade para ofertar as ações de saúde programadas para ambos, estimulando a presença paterna, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Posteriormente, até a criança completar 2 anos, deve haver um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com busca ativa caso necessário. A equipe de saúde deve atender para o cuidado do olhar biopsicossocial para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, no meio em que estão inseridos (BRASIL, 2012).

No entanto, na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, a prática das ações de promoção à saúde e adoção de medidas preventivas voltadas para a criança têm sido desprezados em detrimento de atendimentos pontuais, conforme demanda de pais/ responsáveis. A atenção à Saúde da Criança não tem sido adequadamente monitorada. Não há registro adequado do atendimento e de controle das visitas de puericultura.

A qualidade do registro e das informações prestadas precisa ser melhorada e ampliada. Não há agendamento para consultas regulares, o que acaba por reforçar a ótica de atendimento "conforme necessidade", sem haver a preocupação com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantis, ponto-chave da puericultura. Melhorar a qualidade do registro representa abrir a possibilidade de se realizar busca ativa dos pais faltosos, possibilitando identificar situações de risco e vulnerabilidade social às quais a criança pode

estar exposta. A busca ativa destas famílias auxilia a fortalecer o vínculo destas com a própria UBS, ampliando o significado do "cuidar" enquanto prevenção e possibilitando reconstruir nos usuários a mentalidade da prevenção à saúde.

São adscritas ao território da UBSF 3.225 pessoas, com 687 famílias. É desconhecida a distribuição por sexo das mesmas. Há 24 crianças com idade inferior a um ano, 210 com idade de um a quatro anos e 17 gestantes. Há 297 idosos, 197 pacientes portadores de HAS e 69 portadores de diabetes melito (DM); 31 pacientes são portadores de necessidades especiais. Não há registro organizado das população-alvo da ações de puericultura. Através do Caderno de Ações Programáticas, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, estima-se que há 204 crianças da área abrangente elegíveis para a intervenção

Considerando a impossibilidade de manter uma rotina de acompanhamento e atendimentos para as crianças, há um aumento do número das queixas entendidas como "demanda livre". Mães com pouca orientação, de modo geral de baixa escolaridade, procuram repetidamente atendimento com queixas inespecíficas, com pouca ou nenhuma relevância clínica, por simplesmente não compreenderem o processo de crescimento e adoecimento de seus filhos. A organização e pragmatização da Atenção à Saúde da Criança podem auxiliar a monitorar, de maneira mais completa, a puericultura na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Além disso, as melhorias implementadas com a intervenção podem auxiliar a fidelizar a população adscrita, visto que as mesmas, com o tempo, observarão os resultados certamente positivos da nova abordagem utilizada na UBSF.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Ampliar a cobertura da atenção à saúde para as crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

Objetivos específicos

1. Cobertura: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para as crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

2. Qualidade: Melhorar a qualidade do às crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

3. Adesão: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

4. Registro: Melhorar o registro das informações referentes à puericultura realizada na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

5. Avaliação de risco: Mapear as crianças de risco cadastradas na puericultura, entre zero e 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

6. Promoção da saúde: Promover a saúde das crianças cadastradas na puericultura, entre zero e 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

Metas:

1. Cobertura: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 35% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

2. Qualidade:

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

- 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- 2.9 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.
- 2.11 Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência da unidade de saúde na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

3. Adesão: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

4. Registro: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

5. Avaliação de risco: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

6. Promoção da saúde:

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de intervenção.

2.3.2 Local do estudo

UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Situa-se em uma área transicional entre zona urbana e zona rural do município de Manacapuru (Estado do Amazonas), no bairro Biribiri, limítrofe às áreas ribeirinhas do mesmo.

2.3.3 Amostra

- Critérios de inclusão

Serão incluídas na intervenção crianças, com idade de 0 a 72 meses, pertencentes à população adscrita da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.

- Critérios de exclusão

Crianças acima de 72 meses de idade ou oriundas de área de abrangência fora da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.

Para a intervenção no programa de Atenção à Criança será utilizado como protocolo o Caderno de Atenção Básica n. 33, "Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento" (BRASIL, 2012). As ações programadas para a Intervenção seguirão a proposta do curso, com modificações para melhorar a cobertura, a qualidade do cuidado, a adesão à Ação Programática, a melhoria do registro da população elegível da área adscrita, a realização da avaliação de risco nos participantes e atividades de promoção à saúde, individuais e coletivas.

2.3.4 Período

De 03 de Outubro de 2014 a 18 de Dezembro de 2014.

2.4 Ações

2.4.1 Cobertura

Para a cobertura, planeja-se ampliar a cobertura da atenção à saúde para 35% (n=61) das crianças entre zero e 72 meses. A médica responsável pela

ação realizará o cadastramento digital da população elegível, na primeira semana da ação. Os pais/responsáveis das crianças da área adscrita de 0 a 72 meses serão convidados, através de visitas domiciliares e durante atendimento clínico, pelos ACS, médica, enfermeira, odontólogo e demais profissionais da equipe, a agendarem consulta de puericultura, conforme intervalo previamente estabelecido no protocolo técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Médica, enfermeira e ACSs realizarão levantamento semanal a fim de identificar crianças faltosas, para realização de visitas domiciliares de busca ativa das mesmas.

2.4.2 Qualidade

Para efetivação das metas de qualidade, será realizado o cadastramento digital das crianças elegíveis, a partir dos cadastros de famílias dos ACSs e busca ativa das faltosas. Durante o atendimento clínico médico, serão avaliados crescimento/ desenvolvimento, peso, estado vacinal, necessidade de suplementação de ferro e avaliação odontológica para as crianças inclusas. As crianças que ainda não foram submetidas ao teste do pezinho e à triagem auditiva serão encaminhadas ao serviço de referência apropriado para tal, se elegíveis, seguindo recomendações do município.

2.4.3 Adesão

A fim de melhorar a adesão ao programa de puericultura, serão realizadas ações de divulgação na comunidade, por meio de cartazes nos comércios locais, sobre a importância dos cuidados preventivos às crianças e visitas dos ACSs em suas micro-áreas, para esclarecimento sobre a ação e convite à participação.

2.4.4 Registro

Após o cadastramento das crianças elegíveis no programa de Saúde da Criança, a equipe da UBSF será treinada para o preenchimento adequado da ficha espelho, bem como para a atualização do cadastro das crianças da área de abrangência.

2.4.5 Avaliação de risco

A avaliação de risco para as crianças será, durante a intervenção, realizada pelo médico responsável. Posteriormente, a equipe, em especial enfermeiro e ACSs receberão treinamento acerca da avaliação, a fim de aplicá-lo a qualquer criança da área de abrangência.

2.4.6 Promoção à saúde

Será reforçado, através de palestras ministradas pelos ACSs e da equipe do NASF da UBSF (composta na UBSF por psicopedagogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e educador físico), a necessidade de cuidados especiais com essa faixa etária, como alimentação apropriada para idade, situações de risco e vulnerabilidade das crianças, incentivo à práticas de atividades físicas, importância do ensino regular e da frequência à escola etc. Será discutido com a equipe da UBSF e do NASF as principais demandas de temas a serem abordadas junto à comunidade, bem como as particularidades inerentes à realidade regional.

As atribuições da equipe durante a intervenção serão:

- Médico: planejamento e execução da ação programática; capacitação da equipe; elaboração de material de divulgação e roteiro de atendimento; atendimento clínico; atendimento domiciliar de pacientes restritos ao leito, auxílio na busca ativa de famílias faltosas;
- Odontólogo e equipe de saúde bucal: atendimento clínico e preenchimento das fichas-espelho de saúde bucal;
- Enfermeiro: atendimento clínico; colaboração na divulgação da ação; realização de busca ativa de famílias faltosas;
- NASF: palestras sobre temas conforme área de atuação dos profissionais, direcionadas aos pais e/ou responsáveis, realizadas em sala de espera de visitas de pré-natal;

- ACSs: colaboração na divulgação da ação; realização de busca ativa de famílias faltosas;
- Recepcionista: separação de prontuários das crianças pertencentes ao público-alvo; orientações à comunidade sobre a intervenção.

2.4.7 Monitoramento e Avaliação

Para fins de monitoramento e avaliação da Ação, será realizado o cadastramento da população elegível, com a elaboração do Caderno de Saúde da Criança da UBSF N. S. P. Socorro, a partir dos cadernos de registros das micro-áreas dos ACSs da UBSF. Nele, serão agendados e monitorados os retornos dos pacientes, com realização de busca ativa contínua dos faltosos, com a colaboração da equipe.

2.4.8 Organização e Gestão

Foi designado um turno semanal exclusivo para atendimento infantil, sem excluir a possibilidade de atendimento por demanda livre de outros horários. Continuamente, a equipe orientava aos usuários sobre a rotina dos agendamentos e retornos das crianças da área adscrita, bem como sobre a necessidade de agendamento para atendimento odontológico, quando encaminhados por profissional médico ou enfermeiro.

2.4.9 Engajamento Público

Sistematicamente, os usuários eram convidados a participar da Ação Programática, através de convites durante atendimento clínico, em palestras na sala de espera e através dos cartazes de divulgação no bairro. Os usuários eram convidados, durante o atendimento, a divulgarem a Ação para familiares e vizinhos, e orientados sobre os demais aspectos da mesma.

2.4.10 Qualificação da Prática Clínica

A equipe da UBSF passou por três treinamentos sobre a Ação Programática, recebendo orientações sobre a dinâmica da Ação, o desenvolvimento da mesma e os atendimentos clínicos. Médico e enfermeiro revisaram o Caderno de Atenção Básica 33, “Saúde da Criança” (BRASIL, 2012), a fim de padronizar e melhorar o atendimento prestado. Toda a equipe recebeu instruções acerca do preenchimento adequado das fichas espelho disponibilizadas para a ação.

Quadro 1. Correlação de objetivos e metas com respectivas ações a serem executadas

Objetivos/Metas	Ações
1. Cobertura Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 35% das crianças entre zero e 72 meses	- Cadastramento digital da população elegível, conforme cadastro por famílias dos ACSs; - Convite ao programa: ACSs, atendimento clínico médico/enfermeiro/odontólogo, divulgação na comunidade; - Busca ativa de famílias faltosas.
2. Qualidade 2.1. Primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas. 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças. 2.3. Monitorar 100% das crianças c/ déficit de peso. 2.4. Monitorar 100% das crianças c/ excesso de peso. 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças. 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade. 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses. 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças. 2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida. 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.	- Atendimento clínico médico com avaliação de crescimento/desenvolvimento, peso, estado vacinal, necessidade de suplementação de ferro e avaliação odontológica para as crianças incluídas; - Crianças com atraso em teste do pezinho e/ou triagem auditiva serão encaminhadas ao serviço de referência apropriado para tal, seguindo recomendações do município;

2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças	
3. Adesão	- Visita médica/enfermagem/equipe do NASF/ACS/contato telefônico, seguida de convite e agendamento de consulta programada.
Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas	
4. Registro	
Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças	- Avaliação durante atendimento clínico médico;
5. Avaliação de risco	- Treinamento da equipe para realizar o mesmo.
Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.	
6. Promoção da saúde	
6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.	- Participações: NASF e ACSs;
6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.	- Discussão com equipe da UBSFS, definição de prioridades e metodologia a ser utilizada;
6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.	- Atividades de sala de espera.
6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária	

2.5 Indicadores

2.5.1 Cobertura

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

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

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

2.5.2 Qualidade

- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

- Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

- Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

- Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

- Proporção de crianças com triagem auditiva.

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.

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

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

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

- Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

2.4.3 Adesão

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

2.5.4 Registro

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.

2.4.5 Avaliação de risco

- 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.

2.5.6 Promoção da saúde

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

2.6 Logística

Estima-se que há no mínimo 204 crianças com idade de 0 a 72 meses na área adscrita à UBS. A meta de cobertura das ações será de 35%. Os registros das ações serão realizados em uma ficha espelho disponibilizada pela UFPel (Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho e Saúde Bucal do Pré-Escolar, anexos D e E) especialmente para o foco da intervenção. As fotocópias das fichas-espelho, bem como a impressão do material de divulgação, serão financiadas pelo médico responsável pela ação, durante as primeiras semanas de realização da mesma.

As fichas espelho serão tabuladas semanalmente pelo médico responsável pela ação, na base de dados eletrônica disponibilizada pela UFPel (anexos F e G). Durante a intervenção, a base de dados será alimentada pelo profissional médico responsável pela intervenção.

Para cadastro e convite das pacientes serão usados como referência de população elegível à intervenção os cadastros manuscritos das famílias pertencentes à área de abrangência dos ACS. A partir dos dados obtidos será realizado o cadastramento eletrônico das crianças elegíveis à ação, em planilha do programa Microsoft Excel® 2007, para controle das crianças já incluídas e das faltosas e composição do Caderno da Criança da UBSF (apêndice C), o qual auxilia no controle da data de retorno das consultas programáticas.

A intervenção propriamente dita terá início com a reunião de capacitação da equipe para explicação acerca de como funcionaria a intervenção, divulgação da ação e discussão de temas para atividades de sala de espera.

Serão elaborados o banco de dados eletrônico e o material de divulgação da ação, os quais serão impressos e distribuídos para os ACSs realizarem a divulgação da ação. As fichas espelho para controle dos dados coletados serão

impressas e fotocopiadas. Posterior à elaboração e impressão do material, se dará a capacitação da equipe, a ser realizada pelo médico responsável pela ação, em horário dentro do expediente da UBS, conforme agendamento prévio com a direção, através de conversa em grupo e disponibilização e leitura do material disponibilizado e treinamento do preenchimento correto das fichas-espelho. A ação será divulgada através da rádio local e no grupo comunitário do bairro.

As consultas clínicas serão agendadas previamente através dos ACSs, para o horário já utilizado para a puericultura, às sextas-feiras, nas quais eram disponibilizadas 15 fichas de atendimento médico. Em virtude do maior volume de procedimentos e controle de dados dispensado durante as consultas de puericultura para a faixa etária alvo da ação, foi acordado com os ACSs que cada um (a equipe é composta por sete ACSs) deve trazer duas crianças para atendimento, ficando estabelecido previamente o agendamento de 14 crianças.

Antes do atendimento clínico semanal, serão realizadas atividades de sala de espera, pelos ACSs e pela equipe do NASF, como orientações sobre cuidados de prevenção a acidentes, alimentação saudável, incentivo à prática de atividades físicas etc.

Durante o atendimento clínico, serão realizadas as triagens conforme estabelecido em protocolo (BRASIL, 2012), o rastreio de desvios de crescimento/ponderais, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação de risco, encaminhamento à vacinação e à odontologia e a suplementação de ferro quando aplicável. Pais e/ou responsáveis receberão orientações acerca da prevenção de acidentes na infância, alimentação e higiene bucal apropriadas para a faixa etária. A cada semana foi realizado o controle das crianças faltosas ao programa e durante o espaço reservado às visitas domiciliares, as mesmas receberão visita médica e/ou de enfermagem, para convite e agendamento de atendimento.

2.7 Cronograma

Atividades/Semana	Mês 1 – Outubro				Mês 2 – Novembro				Mês 3 – Dezembro	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Início Semana</i>	03	10	17	24	31/10	7	14	28	05	12
<i>Fim Semana</i>	09	16	23	30	06/11	13	20	04/12	11	18
Capacitação profissionais da UBS(protocolo puericultura)										
Cadastramento das crianças no programa										
Revisão dos prontuários										
Monitorização da intervenção										
Ações coletivas para Promoção de Saúde - atividades de salas de espera										
Atendimento clínico das crianças										
Atendimento odontológico prioritário as crianças de 6 a 72 meses de idade										
Consolidação dos dados em planilha eletrônica										
Busca ativa às crianças faltosas e/ou com vacinas em atraso										

 Realizado

3 Relatório de intervenção

3.1 Ações desenvolvidas durante a intervenção

A meta da intervenção em Saúde da Criança, na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, foi de ampliar a cobertura da ação programática de Puericultura em 35%, nos três meses de desenvolvimento da intervenção.

Por informações do Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, estimava-se pelo menos 204 crianças da área abrangente elegíveis para a intervenção. Planejava-se realizar o cadastramento digital das crianças elegíveis, a partir dos cadastros do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município. No entanto, percebemos que haveria grande dificuldade em obter os dados no setor responsável, com o risco ainda de haver dados desatualizados/ com duplicidade/ausência de informações. Optou-se por realizar o cadastramento a partir dos dados disponíveis na própria UBSF.

Foi realizado um levantamento de dados, a partir dos registros de famílias de cada ACS, a fim de estimarmos a população alvo do programa: crianças pertencentes à área de abrangência da UBSF, de 0 a 72 meses de idade, totalizando 286 crianças. Sendo a meta prevista de 35%, deveríamos incluir 100 crianças no programa. Ao final das 10 semanas de execução do projeto, foram incluídas 108 crianças (37,7% da população-alvo da área adscrita) (apêndice D), sendo 16 atendidas também pelo odontólogo da UBSF.

A ação foi divulgada com o auxílio dos ACS, através de cartazes informativos (apêndice E) afixados nos comércios locais mais populares (apêndice F), acessíveis à maioria da população da área de abrangência.

Os ACS realizaram busca ativa diária em suas respectivas micro-áreas, a fim de identificar crianças que não frequentavam regularmente a UBSF. Semanalmente, os próprios ACS realizavam o agendamento das crianças

selecionadas, na recepção da UBSF. Para as crianças quem não compareciam à consulta médica, era realizada busca ativa no mesmo dia, no turno seguinte. Os ACSs eram responsáveis pelo agendamento das consultas e pela busca ativa dos faltosos

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a equipe de Saúde Bucal, após reunião de esclarecimento e definição de estratégias para a intervenção (apêndice G), apoiaram de maneira exemplar o atendimento às crianças. Foi observado aumento considerável no atendimento das crianças pelo NASF. Todas as crianças encaminhadas ao mesmo foram atendidas e estão em acompanhamento especializado pela equipe. Não pudemos quantificar o aumento, pois não temos dados estatísticos de controle de agendamento no período anterior à intervenção, mas pudemos observar o grande comparecimento das famílias acompanhadas durante a intervenção ao NASF.

A equipe do NASF realizou atividades em sala de espera, voltadas para o aleitamento materno (apêndice H) e atividade externa, no XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno, realizado em 16 de Novembro de 2014, no Galpão da Ciranda Flor Matizada, com palestras e atividades de rodas de conversa com as mães e atividades lúdico-recreacionais para as crianças (apêndice I). Participaram da Ação o educador físico, a nutricionista, a enfermeira da equipe e ACSs. As atividades receberam o apoio logístico e financeiro da Ciranda Flor Matizada, grupo folclórico tradicional da cidade e da Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru.

Muitas crianças de risco, com atraso de crescimento, dislalias, com déficit ou excesso de peso, patologias odontológicas foram identificadas e tratadas, graças à intervenção e ao empenho dos envolvidos.

A Equipe de Saúde Bucal conseguiu realizar planos terapêuticos programados para crianças que nunca haviam tido consulta odontológica, após o início da intervenção. Apesar de diversas dificuldades operacionais (períodos sem água para utilização em equipamentos na UBSF, equipamento odontológico quebrado), a equipe de Saúde Bucal conseguiu atender a demanda a contento.

Na 10ª e última semana de Intervenção, foi realizada uma atividade de Promoção à Saúde, sobre Aleitamento Materno, para as gestantes do Programa de Pré-Natal da UBSF. Houve a participação de 5 gestantes da área de abrangência. Foram utilizados slides, gravuras e *folders* impressos, sobre extração e conservação do leite materno para ordenha manual (APÊNDICE I).

3.2 Ações não desenvolvidas durante a intervenção

Havia sido programada uma ação territorial, em conjunto com a equipe do NASF, sobre a importância da amamentação e direitos do nascituro (em virtude do grande número de abandonos paternos observados e crianças sem registro civil com filiação paterna), com testagem sorológica para sífilis, hepatites virais e HIV, entre as gestantes do atendimento pré-natal da UBSF.

Programou-se a ação para a última terça-feira do mês, a fim de a equipe ter tempo para a aquisição dos materiais necessários. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde realizou uma ação coletiva de testagem sorológica, ficando indisponíveis os testes para a UBSF. Além disso, o feriado nacional do Dia do Funcionário Público foi no dia da ação e a Prefeitura de Manacapuru avisou às direções das UBSF que o mesmo seria transferido para a sexta-feira apenas na véspera da ação, impossibilitando sua divulgação e realização. Porém estamos reprogramando a realização da ação, em virtude da grande necessidade de a equipe abordar tais temas junto à comunidade.

Com a reunião e digitalização dos registros individuais das crianças pertencentes às micro-áreas de cada ACS, será impresso o Caderno da Criança da UBSF. Nele, em cada registro de micro-área há o nome completo das crianças que ali residem, com a data de nascimento e data para a próxima consulta agendada. Durante a intervenção, não houve tempo para atualização do Caderno (em virtude do grande volume de atendimento clínico, posto que priorizamos o mesmo em decorrência do tempo exíguo para a coleta de dados). Será realizado ainda o treinamento da equipe para manutenção do mesmo devidamente atualizado.

A última capacitação da equipe, para exposição dos resultados da intervenção, reforço do treinamento para o preenchimento das fichas espelho e entrega do Caderno de Puericultura estava programada para Dezembro, no entanto, alguns ACSs estão em período de férias. Programa-se realizar a capacitação em Janeiro, com o quadro de funcionários completo, no entendimento que a intervenção é um processo contínuo e não tem um fim. Muito embora, entendamos que para a especialização e para fins acadêmicos, consideramos a intervenção finalizada nesta semana, ou seja, na 10ª semana.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados

A primeira dificuldade na coleta foi o preenchimento dos dados de identificação das fichas espelho, responsabilidade dos ACS. Por vezes era realizado de maneira incompleta e/ou ilegível, no entanto com novos reforços de como se daria o preenchimento correto a dificuldade foi contornada. Já nas últimas semanas de intervenção, os ACS começaram a falhar no agendamento de consultas da ação. Houve uma tentativa de fazer com que os mesmos se sentissem parte da intervenção, com o pedido de convite das gestantes para uma roda de conversa sobre aleitamento materno, no entanto, os mesmos permaneceram pouco participativos.

Observo que é difícil fazer com que a equipe se sinta parte da intervenção, especialmente quando há apenas um profissional do PROVAB inserido na UBSF. Não há um preparo da equipe em receber o profissional como participante de uma proposta diferenciada; percebe-se apenas uma tentativa de redução na quantidade de atendimentos (ex., enquanto o médico do município realiza até 12 atendimentos de pré-natal por turno, para o profissional médico do PROVAB são agendadas 6 gestantes). As equipes ainda tratam o período semanal de capacitação como “folga do médico”, a despeito das explicações já dadas. A presença do médico do PROVAB não é percebida pela equipe como melhoria ou um diferencial para a equipe, pois pouco conseguimos traduzir isso em vantagens para a UBS. Apesar de tentar realizar um atendimento diferenciado, faltam insumos básicos e condições sanitárias mínimas. A UBSF realizou atendimentos sem abastecimento de água por semanas; não há água potável

tratada para os funcionários; as instalações são exíguas e a equipe, mínima. Por muito tempo a UBSF não tinha técnico de enfermagem regularmente; eram os ACS em revezamento quem realizava a triagem. Além disso, grande parte da equipe tem contrato temporário com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual coage seus funcionários, explicitamente e implicitamente, a participarem de campanha política fora de seu horário de expediente, durante o período eleitoral, a favor do candidato apoiado pelo prefeito, período este da primeira metade da intervenção. A grande questão é: como motivar funcionários nestas condições a “vestirem a camisa” da melhoria da Atenção Básica? Uma boa estratégia seria fazer com que os funcionários se sintam concretamente parte integrante das mudanças. Boletins informais, durante as reuniões de equipe, apresentando as estatísticas de aumento no número de atendimentos de crianças de determinada micro-área, ou demonstrando maior cobertura da Saúde Bucal, dentre outras "pequenas vitórias cotidianas" podem ajudar a estimular os ACS e demais profissionais da UBS, em torno de uma mudança mais perceptível. Outra estratégia seria estimular a própria comunidade a dar feedbacks para a equipe da UBSF, positivos ou negativos, de maneira a fazer com que equipe e comunidade se sintam ambos mais participativos na mudança do processo saúde-doença no qual estamos inseridos. Ainda percebe-se uma forte separação entre ambos; a UBSF como "provedora de serviços de saúde" e a comunidade como "paciente". Colocar a todos na situação de agentes atuantes em benefício da saúde coletiva pode estimular a todos a participar de mudanças tão necessárias aqui.

Fato curioso deve ser ressaltado em relação ao conceito “vacinação completa para a idade”, visto que nos últimos 8 anos o calendário vacinal do Ministério da Saúde mudou pelo menos duas vezes, devendo esse fato ser sempre levado em consideração na tabulação dos dados.

Dois indicadores (“consulta na primeira semana de vida” e “criança colocada para mamar na primeira consulta”) tiveram a maior dificuldade de coleta. A maioria das crianças tabuladas não tinham essa informação em prontuário. Muitas vezes a criança e a puérpera receberam visita domiciliar de enfermagem na primeira semana pós-parto, mas que não era registrada em prontuário pois o mesmo ainda não tinha sido realizado (falta de registro da

criança) ou ainda o atendimento era registrado exclusivamente no prontuário da mãe. Além disso, a informação não consta na ficha espelho, o que pode levar à um viés de informação. Como as fichas espelho são usadas na tabulação dos dados, depende-se da lembrança do pesquisador recordar-se da presença/ausência dos dois indicadores.

Dificuldade inerente ao atendimento da população pediátrica é o manejo das aglomerações de crianças em diferentes faixas etárias, em virtude da grande agitação das mesmas. A equipe adotou estratégias de brincadeiras e separação de ambientes. Tentamos programar exibição de filmes infantis, no entanto não havia aparelho de DVD na UBSF.

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

A incorporação das ações é possível na UBSF, desde que a coordenação local colabore a fim de inserir a equipe para a proposta do PROVAB, não apenas incluindo o profissional, mas auxiliando-o a incorporar as mudanças necessárias na UBSF. É necessário um maior engajamento por parte da equipe na estratégia e melhor programação das ações territoriais, o que pode ser corrigido com um melhor planejamento, com mais tempo e adoção de outras estratégias para integração da equipe.

Há disponível na UBSF um micro-computador e uma impressora, que podem ser utilizados para a impressão das fichas espelho. Após a entrega do resultado do Projeto de Intervenção para a equipe, pode haver ainda uma melhora nessa situação, visto que a mesma poderá vislumbrar um resultado prático do seu esforço. Provavelmente a incorporação da ação na rotina do serviço sofrerá ainda mais dificuldades, e não me surpreenderia se com o desligamento do atual profissional a intervenção perdesse o foco. Apesar disto, o novo profissional terá a vantagem de ter uma equipe que já tem alguma idéia do que se trata a Ação Programática, como se organiza, como a mesma funciona e encontrará a Puericultura bem mais organizada do que estava antes do início da intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

4.1.1 Cobertura

1a. Objetivo: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para as crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

1b. Meta: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 35% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM)

1c. Indicador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde pelo total de crianças da mesma faixa etária pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A meta da intervenção em Saúde da Criança, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, foi de ampliar a cobertura da ação programática de Puericultura em 35%, nos três meses de desenvolvimento da intervenção. A mesma foi executada em 10 semanas, entre os meses de Outubro a Dezembro de 2014. Foi realizado um levantamento de dados, a partir dos registros de famílias de cada ACS, a fim de estimarmos a população alvo do programa: crianças pertencentes à área de abrangência da UBSF, de 0 a 72 meses de idade, totalizando 286 crianças. Sendo a meta de cobertura da ação prevista em 35%, deveríamos incluir 100 crianças no programa. Ao final das 10 semanas de execução (meses 1 a 3), foram incluídas 108 crianças, sendo 16 (14,8%) atendidas também pelo odontólogo da UBSF. Foi alcançado, após a intervenção, uma cobertura da área adscrita de 36,4% (n=108) (Figura 1).

O alcance da meta, em um primeiro momento, foi bastante auxiliado pela busca ativa dos ACS em suas respectivas microáreas. A maioria dos pais correspondeu ao chamado, comparecendo à UBSF para as consultas programadas. Ao final da intervenção, começa-se a observar um declínio no número de atendimentos, em virtude da falta de funcionários (férias de ACS, atividades paralelas da Secretaria Municipal de Saúde) e pouco

comprometimento em manter o resgate de pacientes. Durante o primeiro mês, foram atendidas 62 crianças (21,7%); no segundo mês, foram atendidas mais 35 crianças (n=97; 33,9%) e no terceiro mês, mais 11 crianças, totalizando 108 crianças ao fim da intervenção (37,8%).

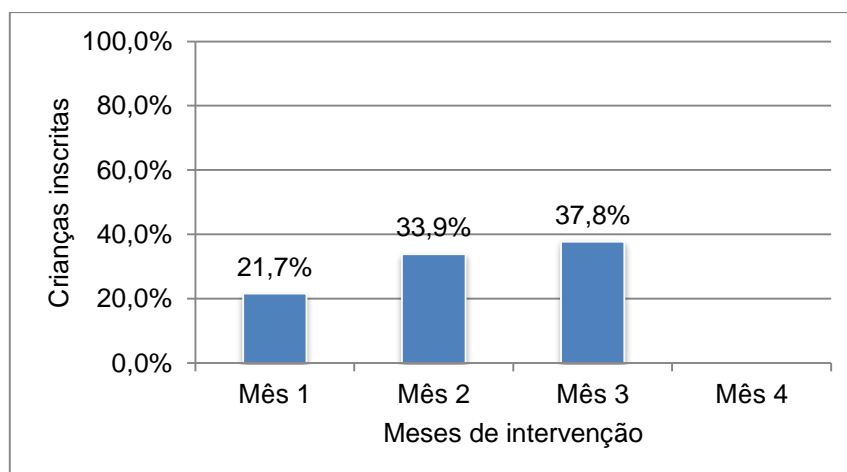


Figura 1. Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da UBSF

4.1.2 Qualidade

2a. Objetivo: Melhorar a qualidade do às crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

2b. Metas:

2b.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

- Indicador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Um dos indicadores de maior dificuldade de modificação é a data da primeira consulta. A maioria das crianças incluídas na intervenção já possuía mais de uma semana de vida; não havia na UBSF preocupação em realizar busca ativa para consulta médica do RN. A maioria dos atendimentos era

realizado em caráter domiciliar, pela enfermeira, sem registro em prontuário. Entre as crianças que nasceram durante a intervenção, e que portanto seria possível realizar a primeira consulta de puericultura mais precocemente, conseguimos alcançar atendimento de praticamente todas na primeira semana de vida. No primeiro mês, a proporção ficou em 6,5% (n=4); no segundo e terceiro meses em 5,2% (n=5) e 4,8% (n=5), respectivamente (Figura 2).

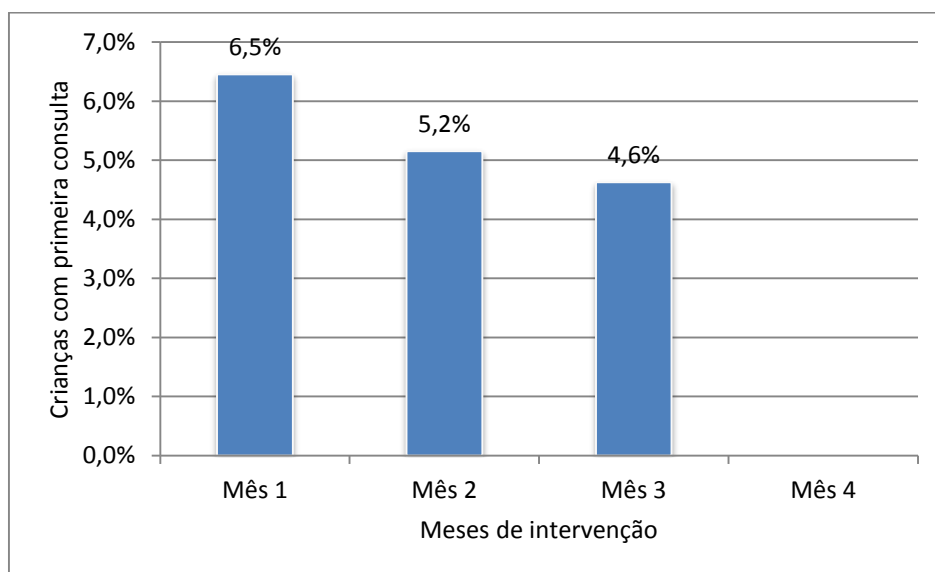


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

2b.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

- Indicador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados pelo total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todas as crianças inscritas no programa (n=108; 100%) tiveram seus dados antropométricos (peso e altura) avaliados e acompanhados, conforme necessário (Figura 3). As medidas necessárias eram realizadas durante a triagem e a avaliação nutricional para a idade, durante a consulta médica.

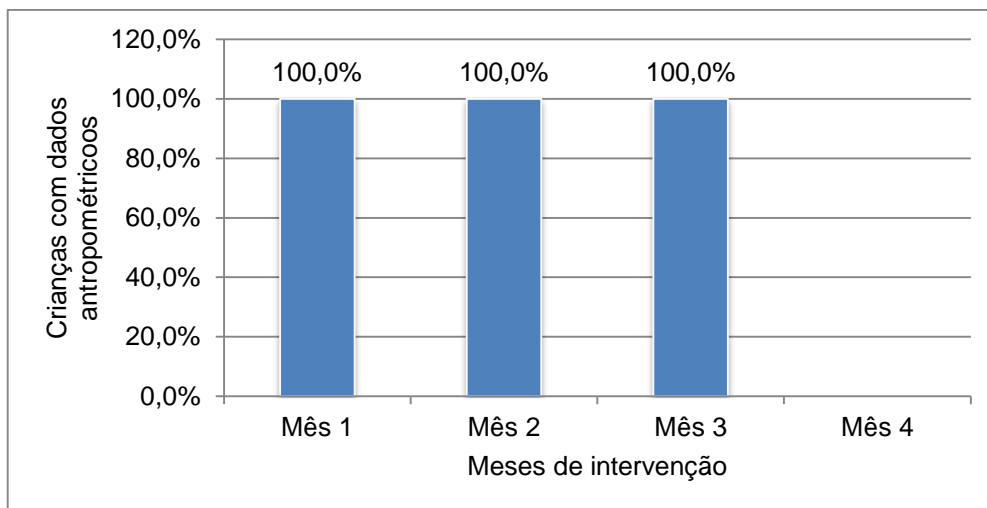


Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

2b.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

- Indicador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde pelo total de crianças com déficit de peso.

2b.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

- Indicador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde pelo número de crianças com excesso de peso.

Todas as crianças com déficit de peso (n=7; 100%) (Figura 4) ou excesso de peso (n=9; 100%) (Figura 5) foram identificadas e monitoradas durante a intervenção. As crianças com déficit ou ponderal e/ou estatural ou excesso de peso foram avaliadas através de anamnese, exame físico, exames complementares e encaminhadas ao NASF para acompanhamento conjunto com a equipe da UBSF do caso.

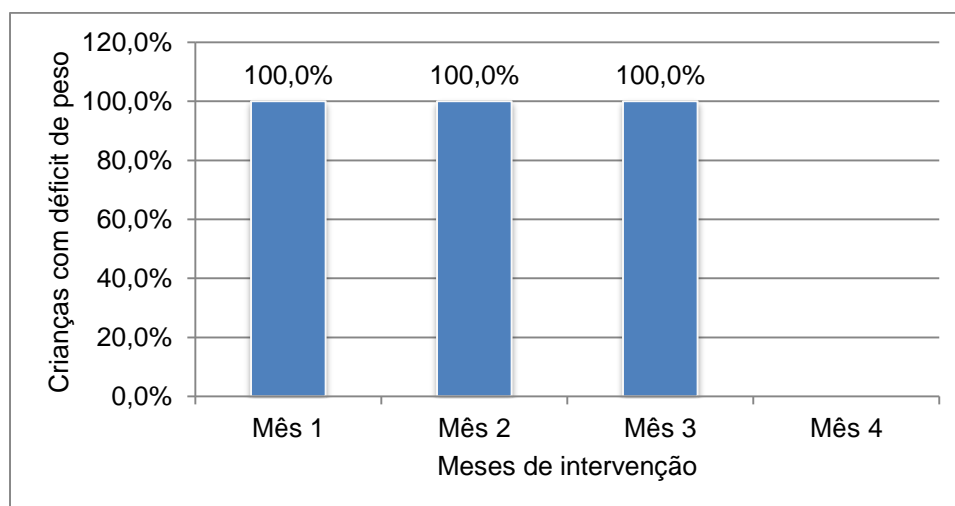


Figura 4. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

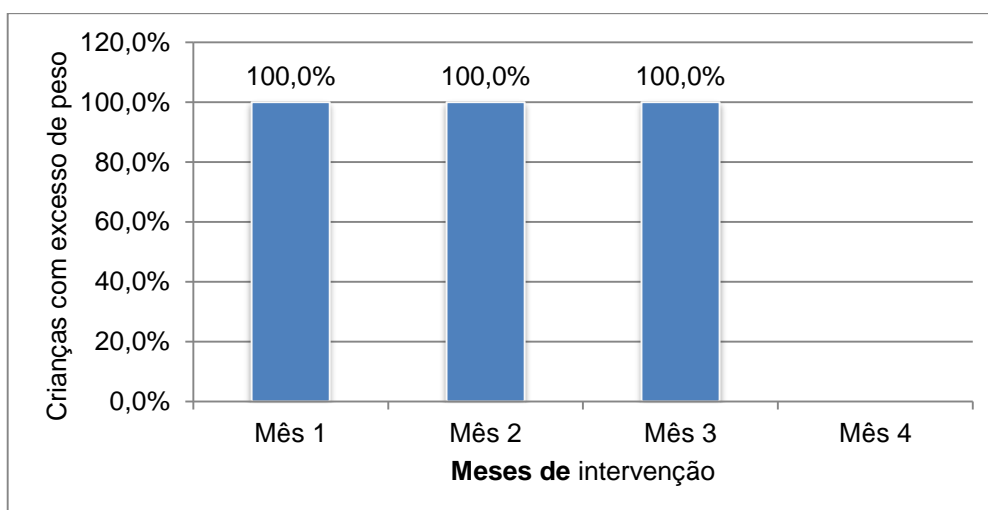


Figura 5. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas

2b.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

- Indicador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento pelo total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todas as crianças inscritas (n=108) foram submetidas a avaliação e monitoramento do desenvolvimento (Figura 6). No primeiro mês, foram avaliadas e monitoradas 62 crianças (100%); no segundo mês, mais 35 crianças foram incluídas nas avaliações (n=97; 100%) e no terceiro mês, 11 crianças (n=108; 100%).

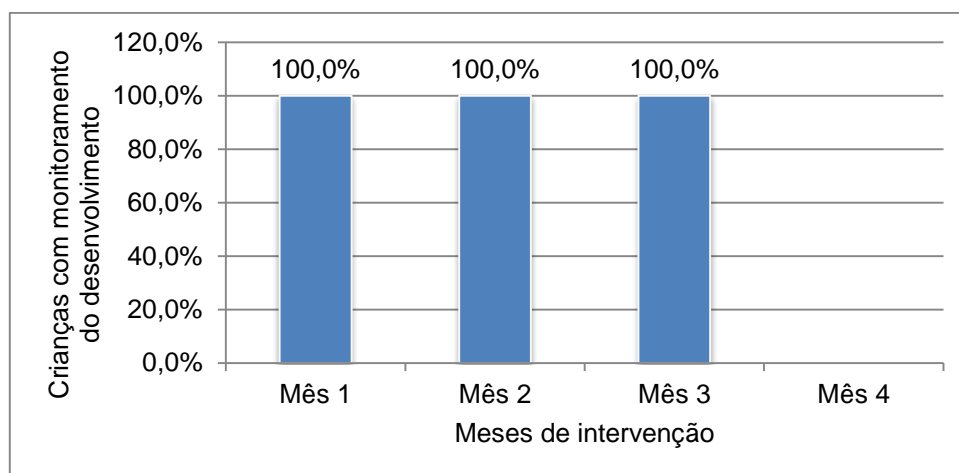


Figura 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

2b.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

- Indicador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade pelo total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Percentual considerável de crianças não apresentou caderneta vacinal atualizada. Das 62 crianças avaliadas durante o primeiro mês, apenas 49 (79%) tinham vacinação completa para a idade. No segundo mês, a proporção de vacinações completas aumentou discretamente (n=80; 83,3%), mantendo a mesma tendência no terceiro mês (n=90; 83,3%). (Figura 7). De maneira geral, a irregularidade da distribuição da vacinação, além do temor de reações vacinais eram os motivos alegados pelos pais para tais atrasos.

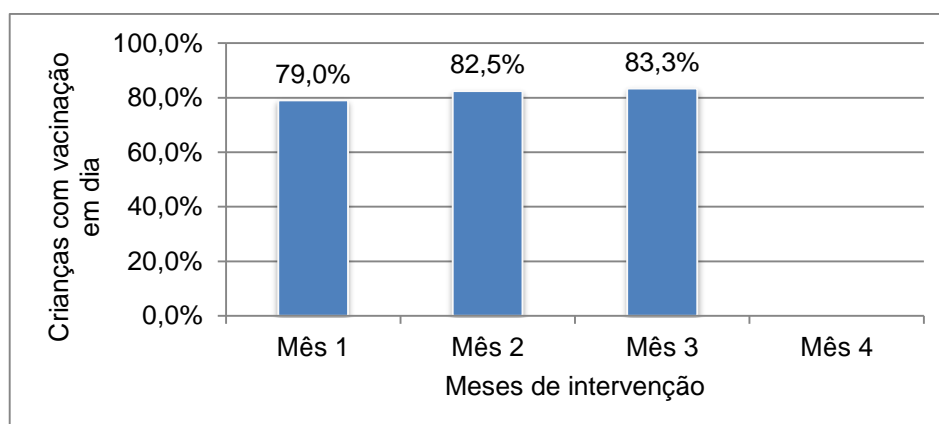


Figura 7. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

2b.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- Indicador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro pelo total de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Entre as crianças de 6 a 24 meses avaliadas no primeiro mês do Programa, 16 receberam suplementação de ferro (94,1%); no segundo mês, 30 crianças (100%) e no terceiro mês, 31 crianças (100%) (Figura 8).

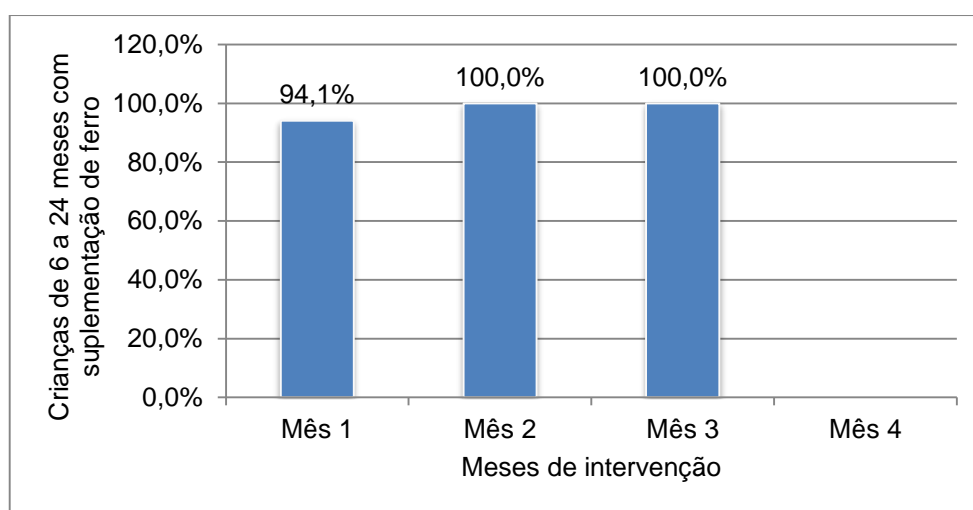


Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro

2b.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

- Indicador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva pelo total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A proporção de crianças com triagem auditiva ainda é muito abaixo do adequado. No primeiro mês, apenas 14,5% (n=9) das crianças havia sido submetida aos testes. No segundo e terceiro mês, apenas 10,3% (n=10) e 10,2% (n=11) tinham registro do mesmo. A triagem auditiva não está disponível no município na rede pública. Apenas crianças nascidas em maternidades na capital ou que realizaram o teste em clínicas particulares têm a triagem auditiva (Figura 9).

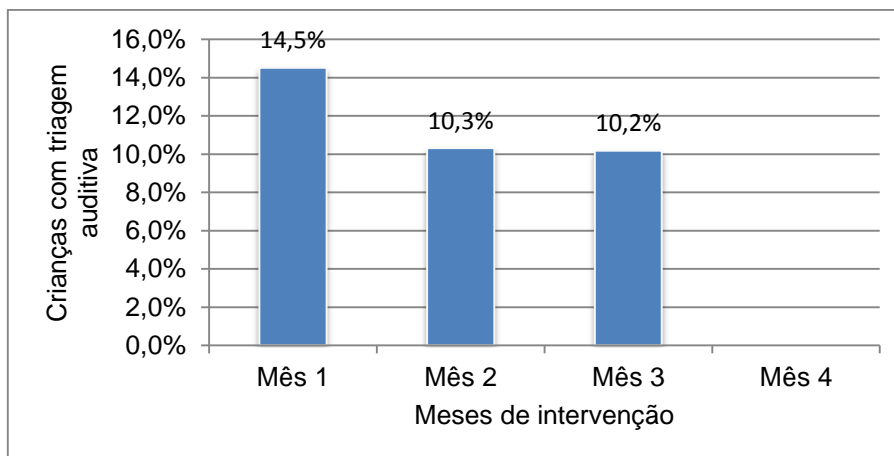


Figura 9. Proporção de crianças com triagem auditiva

2b.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

- Indicador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida pelo total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Das 62 crianças avaliadas durante o primeiro mês, apenas 14 (22,6%) foram submetidas ao teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida. Das 97 crianças avaliadas no segundo mês, 24 foram triadas (24,7%) e no terceiro mês, apenas 26 (n=24,1%) (Figura 10). O município disponibiliza o mesmo gratuitamente, no entanto, a coleta é realizada após a alta hospitalar da maternidade, o que pode explicar a baixíssima adesão ao mesmo.

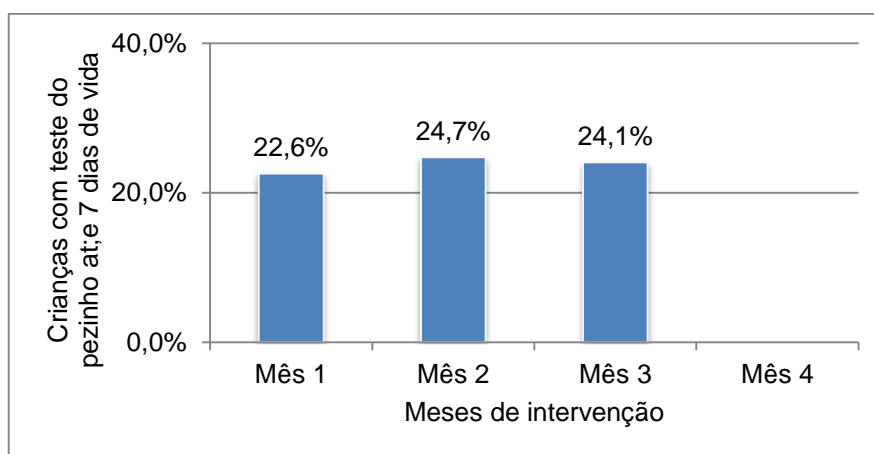


Figura 10. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

2b.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

- Indicador: Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Entre as crianças de 6 a 24 meses avaliadas no primeiro mês do Programa, 51 foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico (100%); no segundo mês, 77 crianças (100%) e no terceiro mês, 81 crianças (100%) (Figura 11).

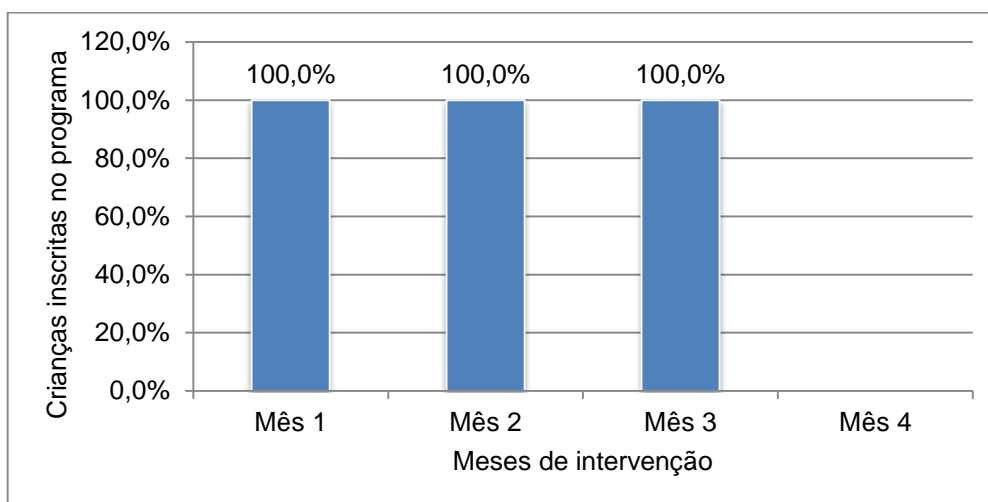


Figura 11. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

2b.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência da unidade de saúde na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

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

A meta de cobertura da primeira consulta odontológica nas crianças de 6 a 72 meses foi muito abaixo do esperado. O mês no qual houve maior cobertura da primeira consulta programática foi o primeiro, com 21,6% (n=11). Nos meses seguintes, a cobertura foi de 13% (n=10) e 14,8% (n=12) (Figura 12). Diversas dificuldades operacionais envolvem a questão do atendimento odontológico. A UBSF têm consideráveis dificuldades estruturais, especialmente relacionadas ao abastecimento regular de água e luz elétrica, o que prejudica todos os atendimentos, especialmente o odontológico. Qualquer quebra de equipamento demora considerável tempo para ser resolvido, atrasando o atendimento da demanda e dificultando ainda mais o agendamento do atendimento infantil. Mesmo quando havia a possibilidade de reservar um único turno para tal atendimento, percebe-se que a saúde bucal das crianças é renegada a um segundo plano, pelas próprias famílias, as quais desistem do atendimento ao menor sinal de necessidade de espera para atendimento.

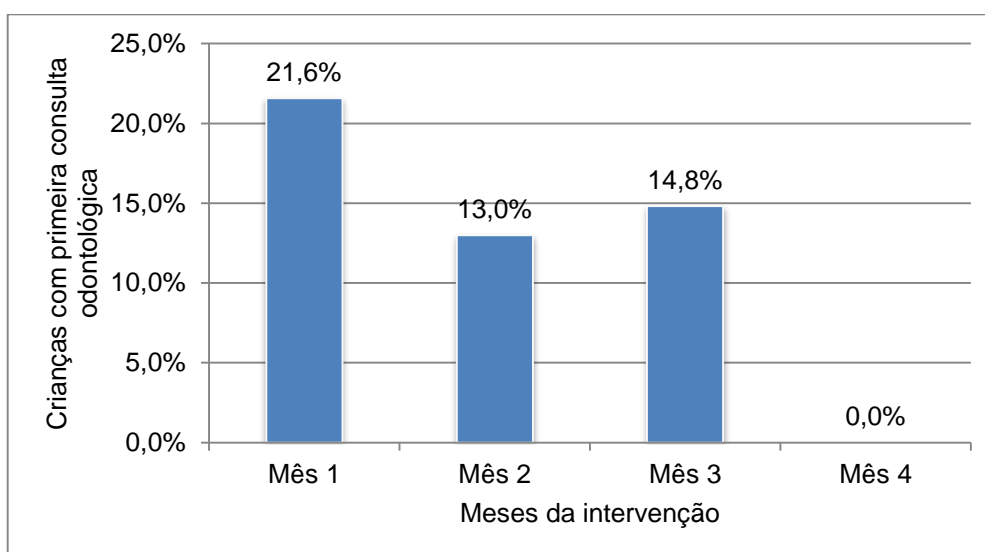


Figura 12. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

4.1.3 Adesão

3a. Objetivo: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

3b. Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

3c. Indicador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas pelo número de crianças faltosas ao programa.

Apenas três crianças com consulta agendada durante a intervenção faltaram ao agendamento programático, duas no primeiro e segundo meses (100%) e a terceira no último mês (100%). Foi realizada busca ativa para todas, sendo as três incluídas no programa (Figura 13).

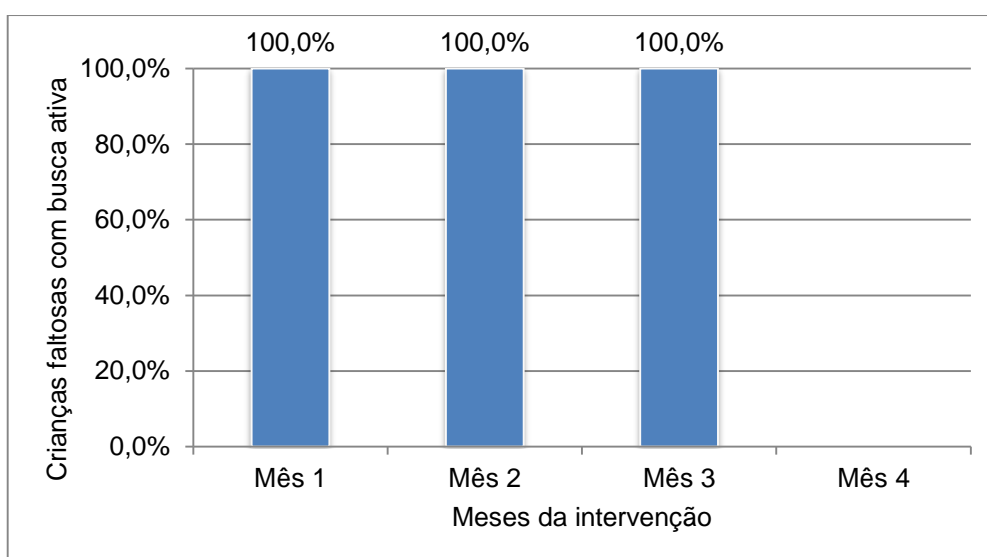


Figura 13. Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança

4.1.4 Registro

4a. Objetivo: Melhorar o registro das informações referentes à puericultura realizada na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

4b. Meta: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

4c. Indicador: Número de fichas- espelho com registro atualizado pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todas as crianças agendadas e inscritas no Programa de Saúde de Criança da UBSF têm seus registros atualizados e completos (100%; n=108), sendo gradativamente a proporção aumentada, no futuro, conforme o aumento da cobertura da ação programática. No primeiro mês, foram registrados os atendimentos de 62 crianças (100%); no segundo mês, mais 35 crianças foram incluídas (n=97; 100%) e no terceiro mês, mais 11 crianças (n=108; 100%) (Figura 14).

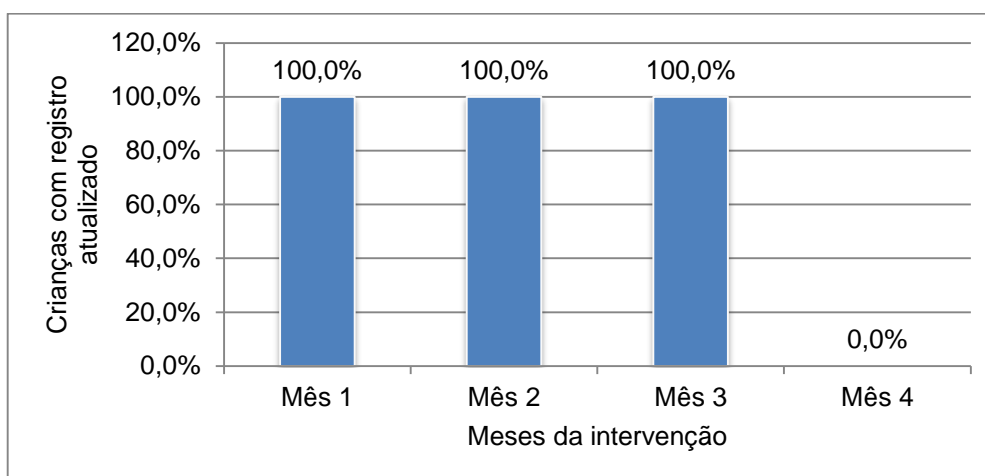


Figura 14. Proporção de crianças com registro atualizado

4.1.5 Avaliação de risco

5a. Objetivo: Mapear as crianças de risco cadastradas na puericultura, entre zero e 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

5b. Meta: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

5c. Indicador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todas as crianças inclusas no programa foram submetidas à avaliação de risco (100%; n=108); No primeiro mês, foram avaliadas crianças (100%); no segundo mês, 97 (33,9%) e ao final do terceiro mês, 108 crianças já haviam sido avaliadas no total (100%) (Figura 15). Quando pertinente ao caso, a situação da

criança e familiar foi compartilhada com seu respectivo ACS, enfermeira, odontólogo e equipe do NASF, a fim de conjuntamente ser providenciado conduta e acompanhamento adequados àquele caso.

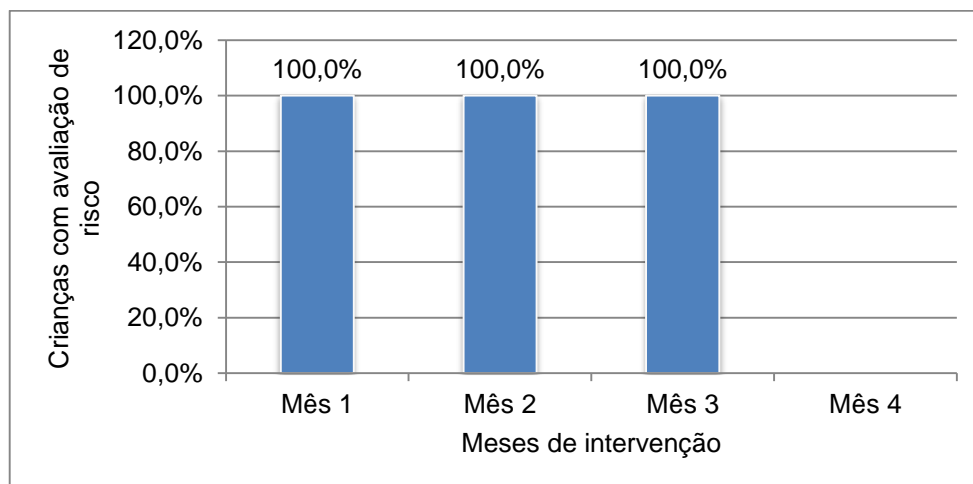


Figura 15. Proporção de crianças com avaliação de risco

4.1.6 Promoção da saúde

6a. Objetivo: Promover a saúde das crianças cadastradas na puericultura, entre zero e 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Manacapuru-AM).

6b. Metas:

6b.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

- Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A prevenção de acidentes durante a infância foi conversada diretamente com os pais/responsáveis que acompanhavam as crianças durante o atendimento clínico, sendo discutida especialmente a prevenção de acidentes domésticos e de trânsito, mais comuns na região. Todos os pais/responsáveis foram orientados adequadamente (100%;n=108) (Figura 16).

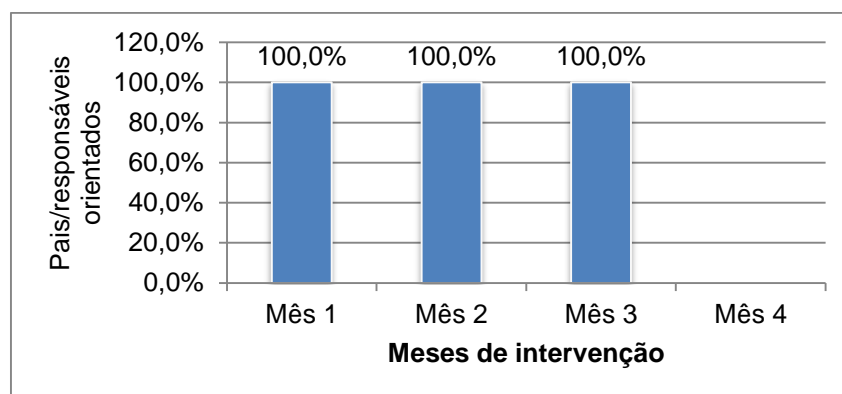


Figura 16. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

6b.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

- Indicador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura pelo número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção, apenas 5 crianças (8,1%) foram colocadas para amamentar durante a primeira consulta; nos demais meses, o alcance da meta foi de 6,2% (n=6) e 6,5% (n=7), respectivamente (Figura 17). O baixo alcance se deve ao fato de que a maioria das crianças já havia tido primeira consulta de puericultura no momento da captação dos dados da intervenção, não havendo registro de amamentação assistida por profissional de saúde em prontuário.

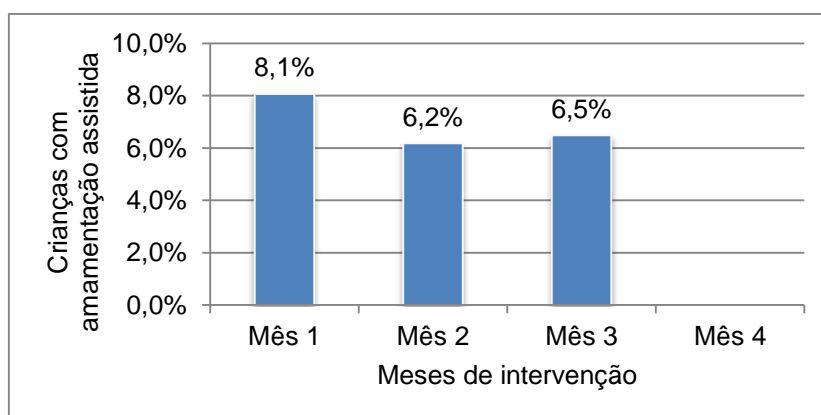


Figura 17. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

6b.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

- Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todos os pais/responsáveis das crianças inscritas no programa (100%; n=108) receberam orientações nutricionais individualizadas e adequadas à respectiva faixa etária. No primeiro mês, receberam instruções os pais/responsáveis das 62 crianças incluídas (100%); no segundo mês, foram atendidos 97 crianças (100%) com seus respectivos familiares/responsáveis e ao final do terceiro mês, 108 (100%) (Figura 18). Quando erros alimentares e situações nutricionais especiais (ex., risco nutricional) foram identificados, a família foi abordada, encaminhada ao NASF e seu ACS comunicado.

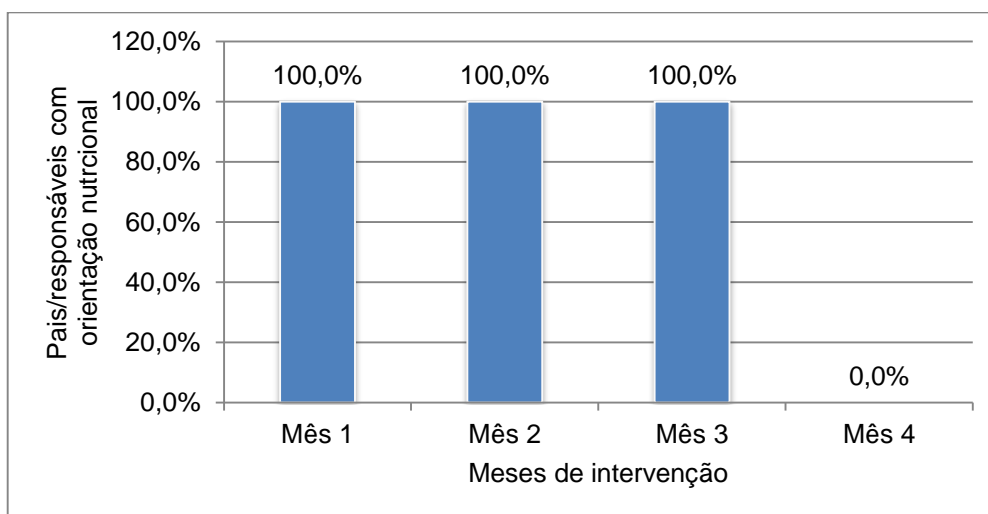


Figura 18. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

6b.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

- Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária pelo número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todos os pais/responsáveis das crianças inscritas no programa (100%; n=108) receberam orientações individualizada sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, durante atendimento. No primeiro mês, receberam instruções os pais/responsáveis das 62 crianças incluídas (100%); no segundo mês, foram atendidos 97 crianças (100%) com seus respectivos familiares/responsáveis e ao final do terceiro mês, 108 (100%) (Figura 19).

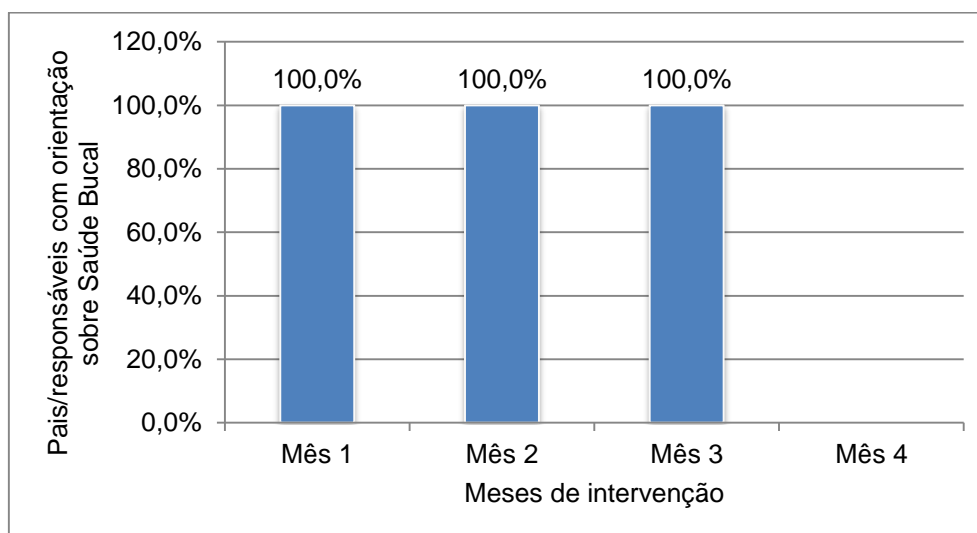


Figura 19. Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie

4.2 Discussão

A intervenção superou a meta de cobertura proposta inicialmente, de 35% (n=100), atendendo 108 crianças (36,4% de cobertura da área adscrita). Todas as crianças da área adscrita foram registradas em Caderno de Puericultura, elaborado a propósito da intervenção, a partir dos cadernos de registros dos dez ACS da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Entre as crianças atendidas durante o período da intervenção, todas foram submetidas à avaliação antropométrica, de desenvolvimento neuropsicomotor, nutricional, de risco e encaminhadas à avaliação odontológica. Destas, apenas 16 (14,8%) foram efetivamente atendidas pelo odontólogo. Todos os pais/responsáveis receberam orientações sobre alimentação apropriada conforme faixa etária, higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie dentária, e prevenção de acidentes. A atividade de Promoção em Saúde sobre Aleitamento Materno, realizada em 16/12/2014

sob forma de roda de conversa, atingiu 5 gestantes, todas pertencentes à área de abrangência.

A equipe da UBSF colaborou com a construção da Ação Programática em alguns momentos, como o início da convocação dos pacientes. Puderam observar e participar ativamente do processo de elaboração de uma Ação Programática, além de perceber os benefícios da sistematização do atendimento de determinada população-alvo. Por meio dos conhecimentos obtidos com a intervenção, estão capacitados a sistematizarem o atendimento direcionado à outros grupos populacionais de áreas especiais, como os portadores de doenças crônicas, gestantes, prevenção do câncer de colo de útero e mama. A equipe pode perceber os benefícios diretos à comunidade com a intervenção, em vista do grande número de atendimentos de crianças que não frequentavam regularmente a UBSF. Além disso, pode-se perceber a melhoria na rotina da UBSF, com a organização da agenda programática das crianças da área adscrita.

Pode-se observar que após o início da intervenção, a equipe compreendeu o real significado de “Puericultura”. Antes da Intervenção, o dia da Puericultura na UBSF era transformado em um “atendimento de demanda livre infantil”, e o mesmo ocorria inclusive nos turnos de outras ações programáticas, como o HiperDia. Em suma: não havia puericultura, apenas mero atendimento de demanda espontânea, durante o atendimento inclusive de outras ações. Após a intervenção, a rotina da UBSF ficou mais organizada, ao direcionar o atendimento de rotina para um determinado turno, sem no entanto excluir os atendimentos infantis em outros turnos.

A comunidade respondeu satisfatoriamente ao chamado para a participação da intervenção. Apesar de dificuldades inerentes ao dia-a-dia de cada família, poucos foram os faltosos. Muitas crianças em risco foram identificadas e atualmente estão sendo acompanhadas pela equipe da UBSF e do NASF, traduzindo em melhorias individuais e coletivas a iniciativa da Ação Programática.

A principal dificuldade encontrada durante a intervenção foi manter a equipe unida, pró-ativa e motivada em torno do objetivo, ao longo do tempo. Percebe-se que a motivação e a produtividade da equipe oscilam bastante, em virtude de fatores não necessariamente controláveis (ex., atrasos salariais, férias de mais de um ACS, envolvimento de funcionários em campanhas fora da UBSF). Seria salutar ter elaborado estratégias de motivação coletiva e individuais, como premiações simbólicas a cada meta parcial alcançada, no período de elaboração da intervenção, a fim de manter a equipe coesa a despeito das dificuldades.

Outro ponto a ser corrigido seria um maior investimento em busca ativa. Os ACS realizavam as buscas por conta própria; com tal estratégia pude perceber que facilmente pode-se “driblar” a meta proposta. Poderíamos ter tido maior controle das crianças incluídas através do controle semanal exclusivo com o Caderno de Puericultura. Isso ajudaria a manter os ACS unidos em torno de uma mesma estratégia. Por outro lado, “engessar” a convocação das crianças poderia ter um efeito indesejado: crianças em menor situação de risco, que não frequentam a UBSF por outros motivos (ex., as que realizam acompanhamento pediátrico particular) poderiam ser trazidas ao atendimento, em detrimento de outras em maior risco (ex., aquelas em situação de abandono familiar). As crianças que eram percebidas pelo ACS como em maior risco tiveram prioridade no agendamento, o que efetivamente se traduziu em maior benefício coletivo.

Seria interessante também pensar em estratégias para abordar o Controle Social na comunidade. Algumas situações peculiares prejudicam à Atenção à Saúde da Criança no Município: a Secretaria Municipal de Saúde ainda não disponibiliza em sua maternidade a triagem auditiva; o teste do pezinho é realizado após alta da maternidade, mediante agendamento; a triagem sorológica para toxoplasmose para as gestantes não é realizada no município. Houve uma tentativa de inserir a comunidade no questionamento destas situações; no entanto, dentro da própria equipe o assunto não seria bem recebido: diversos ACS são partidários/”apadrinhados” políticos da atual gestão. Todos os funcionários da UBSF são contratados em regime de contrato temporário municipal; logo, qualquer iniciativa popular contra a atual equipe

política não seria bem vinda. Apesar desse cenário, a importância da participação popular na construção de um Sistema Único de Saúde conforme previsto na Constituição Federal é inegável. Estratégias precisam ser elaboradas no sentido de contornar essa dificuldade dentro da própria equipe.

A incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção é possível na UBSF, desde que a coordenação local colabore a fim de inserir a equipe para a proposta do PROVAB, não apenas incluindo o profissional, mas auxiliando-o a incorporar as mudanças necessárias na UBSF. É necessário um maior engajamento por parte da equipe na ESF e melhor programação das ações territoriais, o que pode ser corrigido com um melhor planejamento, com mais tempo e adoção de outras estratégias para integração da equipe.

Há disponível na UBSF um micro-computador e uma impressora, que podem ser utilizados para a impressão das fichas espelho. Provavelmente a incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção na rotina do serviço sofrerá ainda mais dificuldades, e não me surpreenderia se com o desligamento do atual profissional a intervenção perdesse o foco. Apesar disso, o novo profissional será recebido por uma equipe na UBSF e pela comunidade que já tiveram a experiência de ter participado ativamente de uma Ação Programática, como se organiza, como a mesma funciona e encontrará a Puericultura bem mais organizada do que estava antes do início da intervenção. A fim de tentar incorporar em definitivo a intervenção e melhorar a Atenção à Saúde da Criança na UBSF, foi realizada a entrega do Caderno de Puericultura e uma nova capacitação da equipe, com entrega de instruções sobre o preenchimento das fichas espelho.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório trata do Projeto de Intervenção na Ação Programática de Puericultura, realizado na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, de 03 de outubro de 2014 a 18 de dezembro de 2014. A meta da intervenção em Saúde da Criança na UBSF foi de ampliar a cobertura da ação programática de Puericultura em 35%, nos três meses de desenvolvimento da intervenção.

Foi realizado um levantamento de dados, a partir dos registros de famílias de cada ACS, a fim de estimarmos a população alvo do programa: crianças pertencentes à área de abrangência da UBSF, de 0 a 72 meses de idade, totalizando 286 crianças. Sendo a meta prevista de 35%, deveríamos incluir 100 crianças no programa. Ao final das 10 semanas de execução do projeto, foram incluídas 108 crianças (37,7% da população-alvo da área adscrita), sendo 16 atendidas também pelo odontólogo da UBSF.

Com a reunião e digitalização dos registros individuais das crianças pertencentes às micro-áreas de cada ACS, foi impresso o Caderno da Criança da UBSF. Nele, em cada registro de micro-área há o nome completo das crianças que ali residem, com a data de nascimento e data para a próxima consulta agendada.

Foram feitas reuniões de equipe, com discussão de temas pertinentes à implantação da ação, observação de problemas relacionados à execução do projeto e orientações sobre recrutamento dos participantes, bem como sobre as dinâmicas adotadas na sala de espera. O protocolo que serviu de base para a intervenção e seu respectivo atendimento foi o Caderno de Atenção Básica nº 33, "Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento", do Ministério da Saúde, de 2012 (BRASIL, 2012). Há uma cópia do protocolo disponível para consulta dos profissionais da UBSF.

A ação foi divulgada com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACSs), através de cartazes informativos afixados nos comércios locais mais populares, acessíveis à maioria da população da área de abrangência. A comunidade participou ativamente da ação, trazendo as crianças para as consultas e avaliações, participando das rodas de conversa e atividades propostas e seguindo as orientações dadas durante o atendimento.

Os ACS realizaram busca ativa diária em suas respectivas micro-áreas, a fim de identificar crianças que não frequentavam regularmente a UBSF. Semanalmente, os próprios ACS realizavam o agendamento das crianças

selecionadas, na recepção da UBSF. Para as crianças faltosas à consulta médica, era realizada busca ativa no mesmo dia, no turno seguinte.

A equipe do NASF e a equipe de Saúde Bucal, após reunião de esclarecimento e definição de estratégias para a intervenção, apoiaram de maneira exemplar o atendimento às crianças. Foi observado aumento considerável no atendimento das crianças pelo NASF. Todas as crianças encaminhadas ao mesmo foram atendidas e estão em acompanhamento especializado pela equipe. A Equipe de Saúde Bucal conseguiu realizar planos terapêuticos programados para crianças que nunca haviam sido submetidas à consulta odontológica, após o início da intervenção. Apesar de diversas dificuldades operacionais (períodos sem água para utilização em equipamentos na UBSF, equipamento odontológico quebrado), a equipe de Saúde Bucal conseguiu atender a demanda a contento.

Na 10ª e última semana de Intervenção, foi realizada uma atividade de Promoção à Saúde, sobre Aleitamento Materno, para as gestantes do Programa de Pré-Natal da UBSF. Houve a participação de cinco gestantes da área de abrangência. Foram utilizados slides, gravuras e *folders* impressos, sobre extração e conservação do leite materno para ordenha manual e instruções sobre a pega correta e incorreta.

A principal dificuldade encontrada foi fazer com que a equipe se sinta parte da intervenção, especialmente quando há apenas um profissional do PROVAB inserido na UBSF. Apesar de tentar realizar um atendimento diferenciado, faltam alguns insumos básicos e condições sanitárias mínimas. A UBSF realizou atendimentos sem abastecimento de água por semanas; não há água potável tratada para os funcionários; as instalações são exíguas e a equipe, mínima. Por muito tempo a UBSF não tinha técnico de enfermagem regularmente; eram os ACS em revezamento quem realizava a triagem.

A grande questão é: como motivar funcionários nestas condições a “vestirem a camisa” da melhoria da Atenção Básica? Uma boa estratégia seria fazer com que os funcionários se sintam concretamente parte integrante das

mudanças. Boletins informais, durante as reuniões de equipe, apresentando as estatísticas de aumento no número de atendimentos de crianças de determinada micro-área, ou demonstrando maior cobertura da Saúde Bucal, dentre outras "pequenas vitórias cotidianas" podem ajudar a estimular os ACS e demais profissionais da UBS, em torno de uma mudança mais perceptível. Outra estratégia seria estimular a própria comunidade a dar feedbacks para a equipe da UBSF, positivos ou negativos, de maneira a fazer com que equipe e comunidade se sintam ambos mais participativos na mudança do processo saúde-doença no qual estamos inseridos.

É necessário manter a equipe atualizada e adequadamente treinada em procedimentos como aferição de pressão arterial em crianças e adolescentes, pesagem e medição de comprimento em lactentes e fornecimento periódico das suplementações preconizadas pelo Ministério da Saúde, como a dose de vitamina A e a suplementação de sulfato ferroso. É importante também adequar a maternidade local para o atendimento dos recém-nascidos, priorizando especialmente no mínimo a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) antes da alta da maternidade, tendo em vista a grande número de mães que não retornam à mesma para realizar a coleta. Outro ponto importante é a necessidade da realização da triagem pré-natal para a toxoplasmose no município. A triagem sorológica pré-natal para toxoplasmose está prevista para todas as gestantes, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, no entanto a mesma ainda não é realizada no município, gerando baixíssima adesão a realização do exame, em virtude do grande deslocamento necessário para o mesmo.

A incorporação das ações é possível na UBSF, desde que a coordenação local colabore a fim de inserir a equipe para a proposta do PROVAB, não apenas incluindo o profissional, mas auxiliando-o a incorporar as mudanças necessárias na UBSF. É necessário um maior engajamento por parte da equipe na estratégia e melhor programação das ações territoriais, o que pode ser corrigido com um melhor planejamento, com mais tempo e adoção de outras estratégias para integração da equipe.

Há disponível na UBSF um micro-computador e uma impressora, que podem ser utilizados para a impressão das fichas espelho. Após a entrega do resultado do Projeto de Intervenção para a equipe, pode haver ainda uma melhora nessa situação, visto que a mesma poderá vislumbrar um resultado prático do seu esforço. Provavelmente a incorporação da ação na rotina do serviço sofrerá ainda mais dificuldades, e não me surpreenderia se com o desligamento do atual profissional a intervenção perdesse o foco. Apesar disto, o novo profissional terá a vantagem de ter uma equipe que já tem alguma idéia do que se trata a Ação Programática, como se organiza, como a mesma funciona e encontrará a Puericultura bem mais organizada do que estava antes do início da intervenção.

O Projeto de Intervenção em Puericultura, realizado na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, pode embasar outras estruturações de Ações Programáticas dentro da própria UBSF e de outras UBSs do município de Manacapuru, uma vez que estrutura-se em torno de seis eixos principais (cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção à saúde), mostrou-se exequível dentro das possibilidades oferecidas pelo município e, principalmente, contribuiu com a melhoria do serviço de saúde oferecido à população da área adscrita.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Este relatório trata do Projeto de Intervenção na Ação Programática de Puericultura, realizado na UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, de outubro a dezembro de 2014. A meta da intervenção foi de ampliar a cobertura da Puericultura em 35%, atendendo pelo menos 100 crianças das 286 que moram no bairro do Biribiri. Ao final das 10 semanas do projeto, foram incluídas 108 crianças (cerca de 37,7% de todas as crianças do bairro), sendo 16 atendidas também pelo dentista da UBSF.

Com a reunião e digitação dos nomes das crianças moradoras das ruas de cada ACS, foi impresso o Caderno da Criança da UBSF. Nele, em cada registro de rua há o nome completo das crianças que ali residem, com a data de

nascimento e data para a próxima consulta agendada, para auxiliar o ACS e a equipe da UBSF a lembrar a data de retorno das consultas das crianças do bairro.

Foram feitas reuniões de equipe, com discussão de temas sobre a ação, observação de problemas relacionados à execução do projeto e orientações sobre o convite das crianças participantes além das atividades na sala de espera. O texto que serviu de base para a intervenção e seu respectivo atendimento foi o Caderno de Atenção Básica nº 33, "Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento", do Ministério da Saúde, de 2012 (BRASIL, 2012). Há uma cópia do texto disponível para consulta dos profissionais da UBSF.

Os agentes comunitários de saúde (ACSs) ajudaram a divulgar a ação na comunidade, com cartazes sobre a importância do atendimento, nos comércios locais mais populares, visíveis à maioria das pessoas residentes no bairro.

Os ACS também buscaram todos os dias em suas ruas as crianças que não há muito tempo não iam à UBSF. Durante a semana, os próprios ACS marcavam as consultas das crianças selecionadas, na recepção da UBSF. Aquelas que faltavam à consulta médica, era feito contato telefônico ou em domicílio, no mesmo dia, no turno seguinte.

A equipe do NASF e a equipe de Saúde Bucal, após reunião de esclarecimento e definição de estratégias para a intervenção, apoiaram a Ação Programática. Todas as crianças encaminhadas ao mesmo foram atendidas e estão em acompanhamento especializado pela equipe.

A equipe do NASF realizou atividades em sala de espera, voltadas para o aleitamento materno e participaram do XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno, realizado em 16 de Novembro, no Galpão da Ciranda Flor Matizada, com palestras e atividades de rodas de conversa com as mães e atividades recreacionais para as crianças. Muitas crianças de risco, com atraso no crescimento, problemas de fala, acima ou abaixo do peso ideal e problemas de

aprendizado foram identificadas e tratadas, graças à intervenção e ao empenho dos envolvidos, inclusive da própria comunidade.

A Equipe de Saúde Bucal conseguiu realizar tratar de crianças que nunca haviam tido consulta com o dentista, depois do início da intervenção. Apesar de diversas dificuldades da UBSF (períodos sem água para utilização do equipamentos do dentista, ou mesmo equipamentos quebrados), a equipe de Saúde Bucal conseguiu atender todas as crianças que compareceram à consulta agendada.

Na última semana de Intervenção, foi realizada uma atividade sobre Aleitamento Materno, para as gestantes que participam do Programa de Pré-Natal da UBSF. Participaram cinco gestantes do bairro, que puderam tirar suas dúvidas e ouvir explicações sobre o modo correto de amamentar, a importância da amamentação e como extrair e conservar o leite materno quando a mãe trabalha fora ou não pode amamentar diretamente à mama.

A comunidade respondeu positivamente à intervenção, trazendo as crianças para atendimento conforme agendado. É importante mantermos a qualidade da proposta, sempre participando das atividades coletivas, como as rodas de conversas e dinâmicas na comunidade, propondo novas atividades a partir das necessidades observadas e apoiando a UBSF nas novas propostas e corroborando os pedidos da UBSF no sentido de melhorar as acomodações da mesma, bem como os serviços e exames complementares fornecidos pelo município junto à administração local.

Muitas coisas ainda precisam ser feitas para melhorar o atendimento das crianças da comunidade. É preciso que o teste do pezinho, da orelhinha e os demais exames que as crianças fazem na maternidade sejam oferecidos à todas as crianças de Manacapuru, antes da alta da maternidade. Isso seria uma grande melhoria na Saúde da Criança do município, e ajudaria as famílias a conhecer possíveis doenças que suas crianças podem ter precocemente. Se os exames fossem realizados antes da alta, não seria preciso a mãe, muitas vezes recém-operada, se deslocar com a criança novamente para a maternidade para coletar

os exames. Para que isso seja feito, é fundamental que a comunidade cobre providências adequadas, junto aos gestores municipais.

Na construção do modelo de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação da comunidade é fundamental. Observar quais são as principais falhas nos serviços oferecidos à população, solicitar melhorias, questionar formas e modelos de trabalho é papel da comunidade como um todo. Participar ativamente das atividades propostas, procurar outros meios de informação sobre saúde (como a escola, outros profissionais de saúde, livros, revistas e jornais), orientar amigos, familiares e vizinhos sobre hábitos de vida saudáveis são atitudes extremamente importante para que as pessoas do bairro possam auxiliar a UBSF a melhorar a situação de saúde de todos. Apenas com a participação ativa da comunidade podemos construir um bairro com mais saúde para todos os seus moradores.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

A cada diferente etapa concluída, o curso de pós-graduação tem proporcionado grandes desafios profissionais, acadêmicos e pessoais. No início do programa, durante a Análise Situacional, o desafio foi observar e descrever a realidade na qual estou inserida, bem como dialogar, com a equipe da UBSF e a própria comunidade, para propor as mudanças necessárias na rotina do atendimento da mesma, da maneira mais adequada e parcimoniosa para todos. Com isso, aprendi a maleabilidade necessária para lidar com conflitos de interesses tão difíceis, visto que pude observar que nem sempre o que a comunidade exige, é o que deve ser ofertado pela UBSF. O contrário também foi verdadeiro: em algumas situações, o serviço ofertado pela UBSF esteve aquém do adequado, exigindo uma mudança de comportamento de todos.

Na segunda etapa, com a Análise Estratégica, foi extremamente importante o diálogo com a equipe da UBSF e a observação das principais necessidades de organização de Ação Programática. Além disso, foi importante organizar a estratégia na Ação escolhida, a Puericultura. Pensar em todas as

estratégias a serem adotadas na intervenção servirá como embasamento para a implantação de outras possíveis Ações, nesta UBSF ou em outras.

Com a Intervenção e a execução do Trabalho de Conclusão de Curso, houve estágios críticos, com a mudança do foco de intervenção. Uma vez que a equipe da UBSF desconhecia a Ação Programática realizada pelo profissional médico do PROVAB do exercício 2013/2014 na UBSF, eu havia optado por realizar a intervenção com a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama. No entanto, após realizar a Análise Estratégica, elaborar o Projeto de Intervenção e iniciar a mesma, consegui descobrir que havia sido a mesma Ação Programática do profissional anterior, sendo portanto necessária a mudança de tema. Lidar com prazos, atrasos, morbidades pessoais, equipe com desfalques e empenho ora participativo ora desmotivado, UBSF com infra-estrutura inadequada entre outras dificuldades, foi extremamente desgastante em alguns momentos. No entanto, apesar das dificuldades, penso que os resultados obtidos foram satisfatórios, superando inclusive minhas expectativas.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. s.d.a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130250>>. Acesso em: 26 Mai 2014.

_____. Informações de Saúde. DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde. Amazonas. s.d.b Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/am.htm>>. Acesso em: 26 Mai 2014.

_____. Ministério da Saúde. Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: índice de efetividade da atenção básica. s.d.c. Disponível em: <<http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>>. Acesso em: 26 Mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro De 2011. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm> . Acesso em: 26 Mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 26 Mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2014.

Google Maps, s.d. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/Manaus,+AM/Manacapuru,+AM/@-3.193364,-60.4733515,11z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x926c0567d6e5a85b:0xf0db730c4985e2dc!2m2!1d-60.0216872!2d-3.1188274!1m5!1m1!1s0x926b61d0daf34b6f:0xf73b6f1974661b4e!2m2!1d-60.6319066!2d-3.2897192>>. Acesso em: 28 Mai 2014.

LORENZATO, F. R. B. In: COELHO et al. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd, 2008.

PEREIRA, H. S.; FRAXE, T. J. P.; WITKOSKI, A. C. (Org.). Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007. Disponível em:

<http://www.institutopiatam.org.br/comunidades_ribeirinhas_modos_de_vida_web.pdf>.

Acesso em: 26 Mai 2014.

PLATAFORMA deepAsk. s.d. Disponível em:

<<https://www.deepask.com/goes?page=manacapuru/AM-Confira-os-indicadores-municipais-e-dados-demograficos-sociais-e-economicos-do-seu-municipio>>. Acesso em: 26 Mai 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - BRASIL.
s.d.

Disponível em:

<[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em: 26 Mai 2014.

Apêndices

Apêndice A. Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

Apêndice B. Área ribeirinha adscrita à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

Apêndice C. Caderno da criança da UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

Apêndice D. Metas de atendimento semanal

Apêndice E. Cartaz de divulgação da intervenção em puericultura

Apêndice F Divulgação da ação programática

Apêndice G. Reunião com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Apêndice H. Atividade sobre aleitamento materno, realizada pela equipe do NASF

Apêndice I. XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno

Apêndice J. Roda de conversa “aleitamento materno”

Apêndice A. Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Perpétuo Socorro



Apêndice B. Área ribeirinha adscrita à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro



Apêndice D. Metas de atendimento semanal

	Semana	Início	Fim	Crianças atendidas	TOTAL	% da meta
MÊS 1	1	03/out	09/out	13	13	15,3
	2	10/out	16/out	7	20	23,5
	3	17/out	23/out	22	42	49,4
	4	24/out	30/out	20	62	72,9
MÊS 2	5	31/out	06/nov	1	63	74,1
	6	07/nov	13/nov	17	80	94,1
	7	21/nov	27/nov	10	90	105,9
	8	28/nov	04/dez	7	97	114,1
	9	05/dez	11/dez	8	105	123,5
MÊS 3	10	12/dez	18/dez	3	108	127,1

Meninos e meninas Garotos e garotas Curumins e cunhatãs



**Precisam ir ao posto de saúde regularmente
para ver como está seu crescimento e desenvolvimento!**

**Marque a consulta do seu filho, neto, sobrinho, afilhado, enteado
na UBS Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, no Biribiri ou
com seu Agente de Saúde**

**Se seu Agente de Saúde já marcou a consulta, não falte!
Sua presença é muito importante para nós**

Apêndice F Divulgação da ação programática



Apêndice G. Reunião com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família



Apêndice H. Atividade sobre aleitamento materno, realizada pela equipe do NASF



Apêndice I. XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno





Apêndice J. Roda de conversa “aleitamento materno”

Figura 20. Quadros utilizados na roda de conversa sobre aleitamento materno





Figura 21. Instrução sobre extração e conservação do leite materno

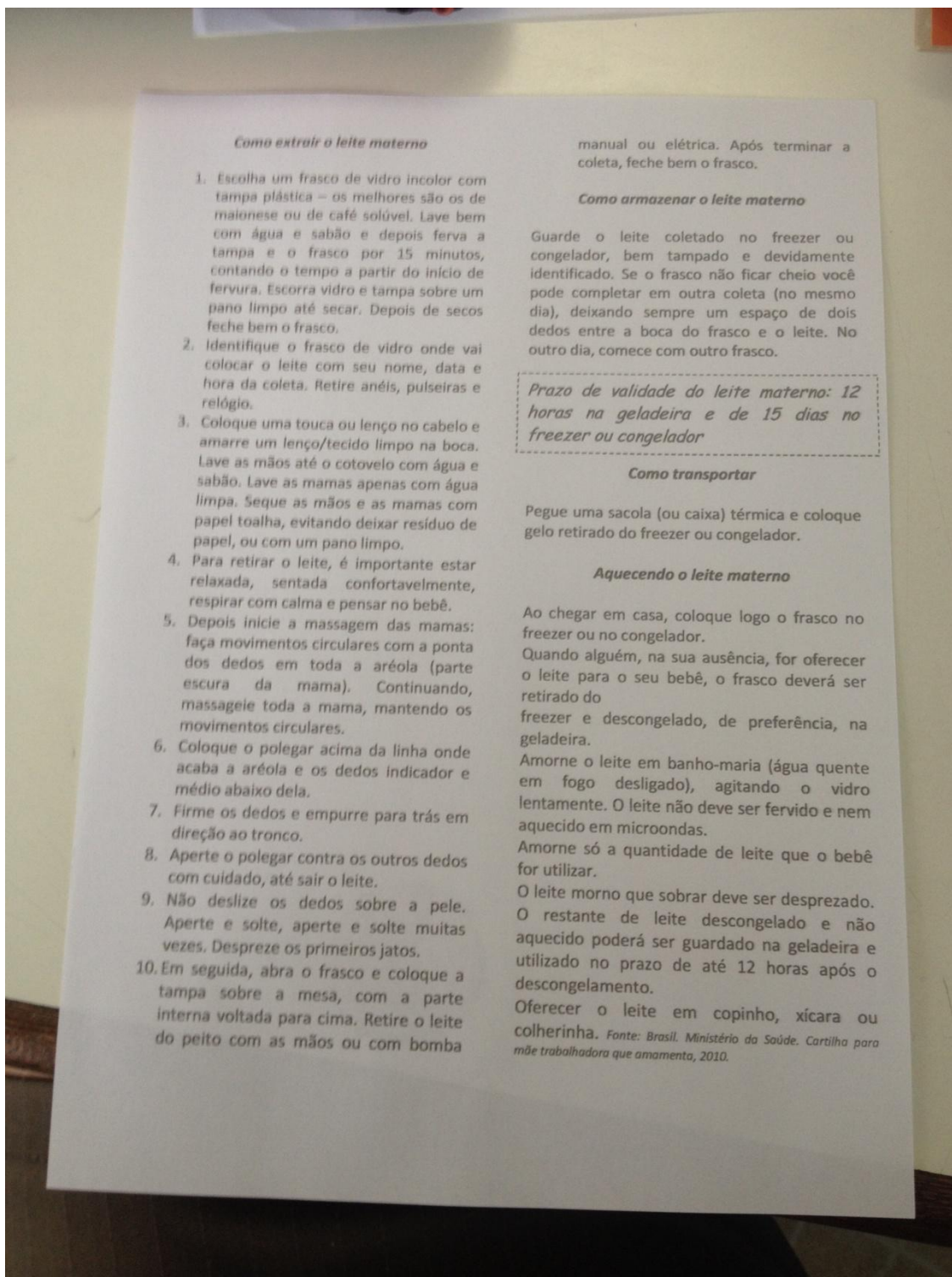


Figura 22. Roda de Conversa – Aleitamento Materno (16/12/14)



Figura 23. Slides exibidos

POSIÇÃO DA MÃE

A mãe escolhe uma posição



Figura 9 Figura 10



Figura 11 Figura 12

PEGA DO BEBÊ

Barriga do bebê encostada no corpo da mãe



Figura 13

COMO AMAMENTAR - TÉCNICAS

Como colocar o bebê no peito

Quando o peito estiver muito cheio, antes de amamentar, massagear e espremer a região da aréola para tirar um pouco de leite. Isto é para deixar a aréola mais macia e mais fácil para o bebê mamar.

Figura 14 Deixar que o próprio bebê pegue o peito.



Figura 15 Figura 16 Figura 17 Figura 18

COMO AMAMENTAR

Quando oferecer o peito



Figura 19 Figura 20 Figura 21 Figura 22

Desde a sala de parto.

Sempre que o bebê quiser, de dia ou de noite.

Em cada mamada, oferecer ambos os peitos, se o bebê desejar. Deixar o bebê mamar até soltar o peito.

COMO TERMINAR A MAMADA



Figura 23 Figura 24 Figura 25

Deixar o bebê mamar até soltar o peito espontaneamente. Se preciso, a mãe pode colocar o dedo mindinho na boca do bebê para ele soltar o peito.

Posições para arrotar

PREPARANDO A GESTANTE PARA A AMAMENTAÇÃO

Tipos de bicos



Figura 26 Figura 27 Figura 28

Protuso Plano Invertido

Todos os tipos de bico de peito possibilitam a amamentação. A criança mama o peito e não o bico.

Não há necessidade de cuidados especiais com os bicos durante a gestação.

PREPARANDO A GESTANTE PARA AMAMENTAR



Figura 29 Figura 30 Figura 31 Figura 32 Figura 33

Não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.

Não espremer o peito durante a gestação.

Avaliar se o bico fica saliente não tem importância para a amamentação.

Usar sutíl ajuda na sustentação do peito.

RETIRADA DO LEITE DO PEITO (ORDENHA)

Extração manual



Figura 34 Figura 35

Porque facilita a amamentação.

Quando o peito estiver cheio ou empedrado.

Preferir a retirada do leite com as mãos.

Amamentar somente o seu filho.

Quando a mãe é HIV positivo não pode amamentar o filho e o seu leite deve ser secado.

Anexos

Anexo B. Manacapuru – zonas urbana e rural

Anexo C. Manacapuru – bairro Biribiri: território adscrito à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

Anexo D. Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho

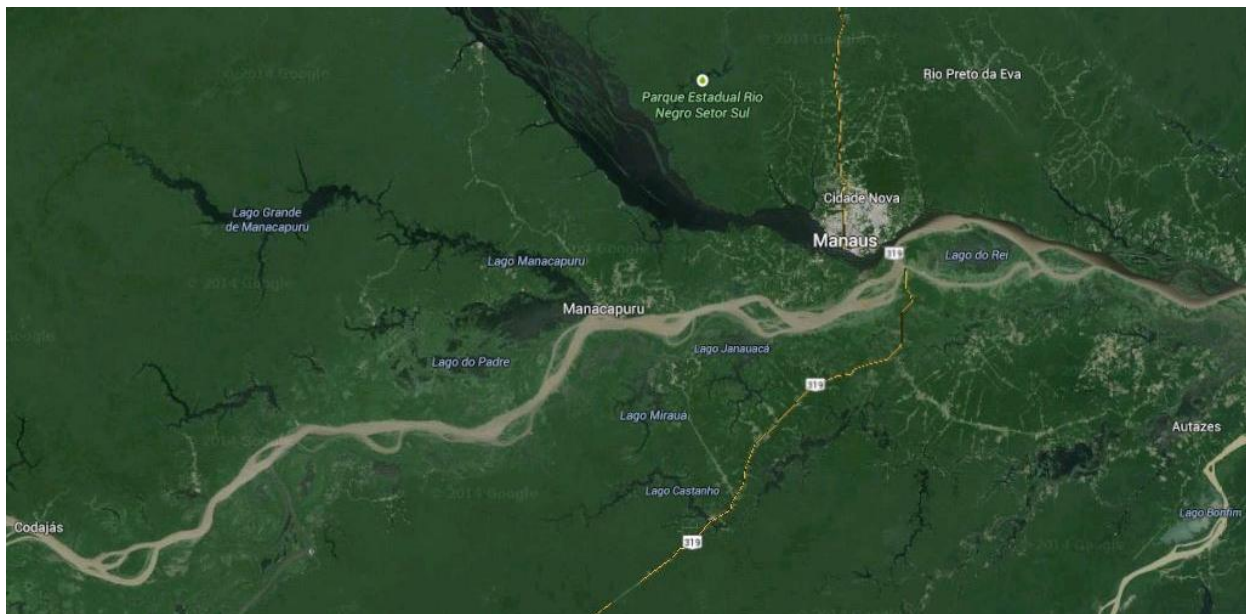
Anexo E. Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho Saúde Bucal do Pré-Escolar

Anexo F. Planilha de coleta de dados Saúde da Criança

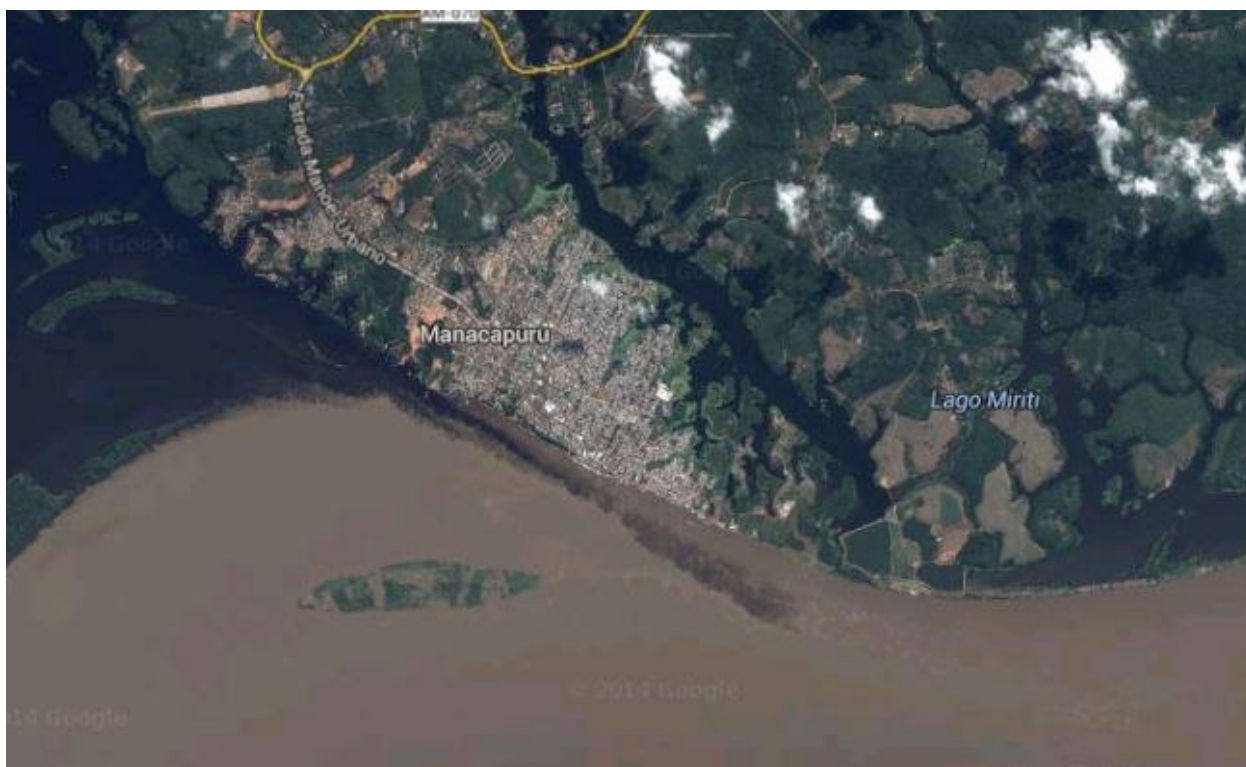
Anexo G. Planilha de coleta de dados Saúde Bucal do Pré-Escolar

Anexo H. Documento do Comitê de Ética em Pesquisa

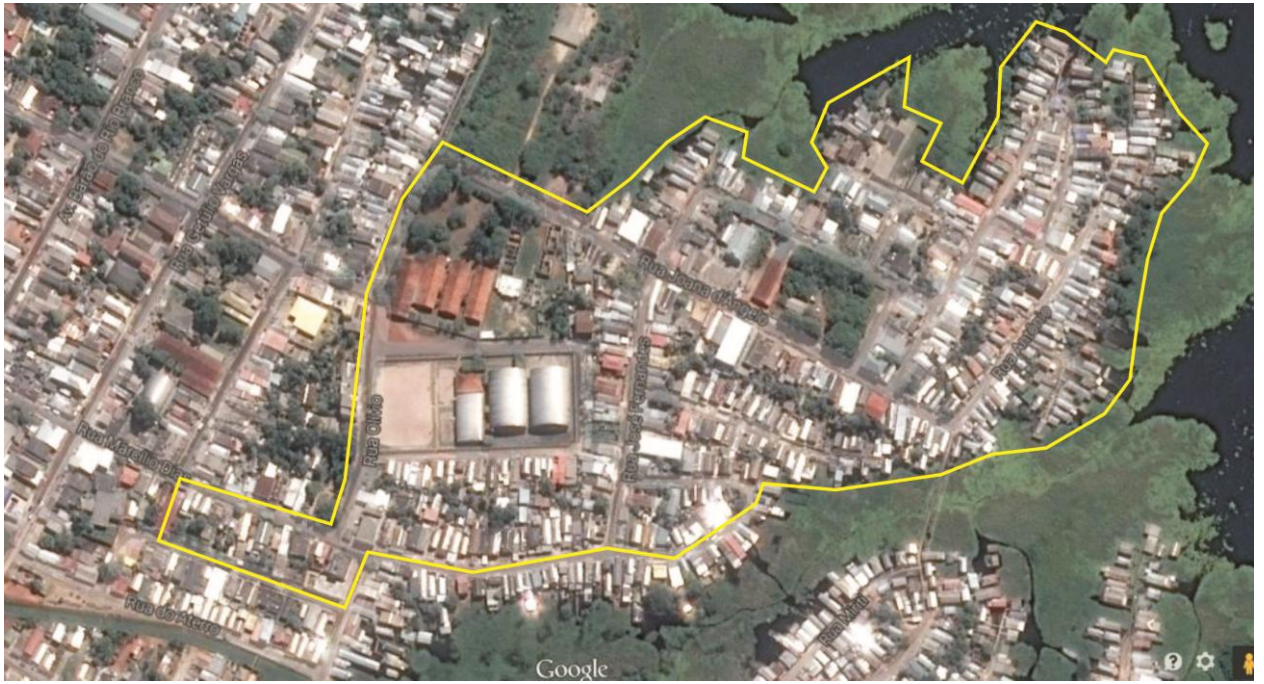
Anexo A. Manacapuru – acesso terrestre





Anexo B. Manacapuru – zonas urbana e rural



Anexo C. Manacapuru – bairro Biribiri: território adscrito à UBSF Nossa Senhora do Perpétuo Socorro



Anexo E. Programa Saúde da Criança - Ficha Espelho Saúde Bucal do Pré-Escolar

  Especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Pelotas		SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR					
Data do ingresso no programa ___/___/___		Número do prontuário: _____		Cartão SUS _____			
Nome completo: _____		Data de nascimento ___/___/___		Telefones de contato: _____/_____			
Endereço: _____		Nome do pai: _____					
Nome da mãe: _____							
Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

Anexo F. Planilha de coleta de dados Saúde da Criança

Planilha_coleta de dados Crianças_final - Microsoft Excel

1 Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde	286
--	-----

→ Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independentemente se frequentam o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIA6 ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde	62	97	108	

→ OBSERVAÇÕES
Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	286
Menores de 12 meses	2,86
De 12 a 24 meses	2,86
De 25 a 72 meses	8,58
Total de crianças entre zero e 72 meses	14,3

→ Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

→ Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

Pronto

Planilha_coleta de dados Crianças_final - Microsoft Excel

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança está com excesso de peso?	A criança está com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi registrada
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	Vitor Gabriel Monteiro de Souza	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
2	Marcos Paulo Mendes de	13	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
3	Emily Milena Santos Correia	60	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
4	Bianca Mendes do Nascimento	38	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
5	Pedro Rafael Moreira de Souza	4	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
6	Italo Adiel dos Santos Correia	24	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
7	Adria Letícia dos Santos de Souza	60	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
8	Josiel da Silva Almeida	60	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
9	Marta Coelho Barbosa	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
10	Ivan da Silva Lima	11	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
11	Alessandro Soares de Jesus	20	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
12	Leonardo Soares de Jesus	32	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
13	Eliandro Sousa Sampaio	25	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	
14	Kaua Rafael Pereira dos Santos	24	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
15	Rafane da Costa Mendonça	60	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
16	Adriano Moraes de Oliveira	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	
17	Ysamen Gabriel da Silva Oliveira	15	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
18	José Luiz da Silva Lima	7	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
19	RN de Jessica Ribeiro Nogueira	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
20	Jefferson da Silva Torres	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
21	Daniel Teles Costa	14	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
22	Hananda Leal Bezerra	46	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	
23	Geilson Souza da Silva	37	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	

Pronto

Anexo H. Documento do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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