

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

**Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na
Estratégia da Saúde da Família-Sede, no município de Bom Princípio/RS.**

Lara Ardenghi Nogueira

Pelotas, 2015

Lara Ardenghi Nogueira

Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Estratégia da Saúde da Família-Sede, no município de Bom Princípio/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, Turma 6, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Francine Cardozo Madruga

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N778a Nogueira, Lara Ardenghi

Atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Estratégia da Saúde da Família - sede, no município de Bom Princípio/RS / Lara Ardenghi Nogueira ; Francine Cardozo Madruga, orientadora. — Pelotas, 2014.

123 f.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Madruga, Francine Cardozo, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Agradecimentos

Em especial aos meus pais, Solange e Paulo, e a minha irmã Paula, sempre presentes em todas as atividades da minha vida, grandes incentivadores dos meus desafios. Agradeço também ao meu namorado André, meu exemplo mais real e fiel na prática da medicina, minha melhor dupla. Aos meus colegas na Estratégia da Saúde da Família, em especial a enfermeira Rosane, técnica de enfermagem Arlete e aos agentes comunitários de saúde, Alceu, Ana, Beatriz, Liane e Jacinta, sem os quais este projeto não seria possível. E por fim, a Equipe de Saúde Bucal da Unidade, ao dentista Cléber e a técnica em saúde bucal Juliane, que muito colaboraram com o sucesso do trabalho.

Lista de figuras

Figura 1 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Bom Princípio, RS, 2014.	82
Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Bom Princípio, RS, 2014.	84
Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Bom Princípio, RS, 2014.	85
Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Bom Princípio, RS, 2014.	86
Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. Bom Princípio, RS, 2014.	87
Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimetro. Bom Princípio, RS, 2014.	87
Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Bom Princípio, RS, 2014.	88
Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Bom Princípio, RS, 2014.	89
Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva. Bom Princípio, RS, 2014.	90
Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Bom Princípio, RS, 2014.	91
Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Bom Princípio, RS, 2014.	92
Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Bom Princípio, RS, 2014.	93
Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. Bom Princípio, RS, 2014.	94
Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. Bom Princípio, RS, 2014.	95
Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco. Bom Princípio, RS, 2014.	96

Figura 16 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Bom Princípio, RS, 2014....	97
Figura 17 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Bom Princípio, RS, 2014.....	98
Figura 18 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie. Bom Princípio, RS, 2014.	98
Figura 19 Gráfico indicativo do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Bom Princípio, RS, 2014.....	99
Figura 20 Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Bom Princípio, RS, 2014.	100
Figura 21 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico. Bom Princípio, RS, 2014.....	102
Figura 22 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de fluoroterapia. Bom Princípio, RS, 2014.	103
Figura 23 Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Bom Princípio, RS, 2014.....	103
Figura 24 Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. Bom Princípio, RS, 2014.	104
Figura 25 Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. Bom Princípio, RS, 2014.	105
Figura 26 Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal. Bom Princípio, RS, 2014.....	106
Figura 27 Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre dieta. Bom Princípio, RS, 2014.	107
Figura 28 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Bom Princípio, RS, 2014.	107

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atenção Primária a Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
RN	Recém nascido
SF	Sulfato Ferroso
JEC	Junção Escamo-Colunar
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	21
1.1 Qual a situação da ESF em seu serviço?	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Ações	28
2.3.2 Cronograma	72
3 Relatório da Intervenção	75
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	75
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	77
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	80
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	80

4	Avaliação da Intervenção	82
4.1	Resultados	82
4.2	Discussão da Intervenção	108
4.3	Relatório da Intervenção para os Gestores Municipais	110
4.4	Relatório da Intervenção para a Comunidade	113
5	Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem. ...	115
6	Bibliografia	1177
	Anexos.....	118
	Anexo A - Planilha de coleta de dados Saúde da Criança.	119
	Anexo B - Ficha espelho Saúde da Criança.	121
	Anexo C - Parecer do Comitê de Ética	123

Resumo

NOGUEIRA, Lara Ardenghi. **Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Estratégia da Saúde da Família-Sede, no município de Bom Princípio/RS.** 2015. 124f.: il.; il. Trabalho de conclusão de curso – Programa de Pós-Graduação em saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

A atenção à Saúde da Criança é um dos grandes pilares da Atenção Primária. O atendimento clínico prestado a este grupo de alta vulnerabilidade requer cuidados especiais e atenção integral, sendo fundamental o envolvimento de equipe multiprofissional e o engajamento de toda a família. Sabe-se que a qualidade no processo do crescimento e desenvolvimento da criança interfere de forma direta na saúde do adulto. Sendo assim, o sucesso na qualidade da saúde destas acarretará benefícios de uma vida inteira. Desta forma, a atenção básica deve investir incansavelmente na atenção oferecida a este grupo, capacitando profissionais de saúde quanto a prática adequada de cuidado na puericultura. A intervenção realizada no município de Bom Princípio, na ESF Sede, abrangeu cuidados, técnicas e procedimentos, embasados no protocolo do Ministério da Saúde. Durante o projeto foi realizada qualificação dos profissionais da estratégia, reuniões de equipes e diálogos diretos com a comunidade, todos envolvidos nas metas de melhorias na atenção dispensada as crianças menores de 72 meses de idade. Conseguimos uma cobertura de 50% das crianças da área de abrangência com 100% de acompanhamento do desenvolvimento. No entanto, não basta que tenhamos a assistência correta se não houver fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família. A atenção à saúde da criança inicia antes mesmo do nascimento, durante o planejamento familiar, para adaptação do ambiente ao nascimento da criança. Assim, o acolhimento deve ter início ainda durante a gestação, com a equipe da saúde da família fortalecendo a formação do elo entre o sistema de saúde e a família. Desta forma, conclui-se que a Puericultura engloba não somente a saúde da criança, mas de todos aqueles que estão envolvidos no seu desenvolvimento adequado.

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

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado com o propósito de obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, modalidade à distância, e está organizado em seis capítulos.

No primeiro capítulo é apresentada a análise situacional da Unidade de Saúde Sede da cidade de Bom Princípio, no Estado do Rio Grande do Sul, neste tópico está delineada a estrutura física do serviço, o modo como ocorre o processo de trabalho na unidade, também é mostrado o relatório da análise situacional.

No segundo capítulo, a análise estratégica está apresentada, assim como a justificativa para a intervenção com foco em Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, os objetivos e metas, indicadores, logística cronograma da intervenção.

O terceiro capítulo contém o relatório da intervenção no qual são descritas todas as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades vivenciadas e a articulação entre a intervenção e a rotina do serviço.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão da intervenção, além disso, estão dispostos os relatórios da intervenção para a comunidade e para os gestores a fim de esclarecer ao público alvo quais foram os resultados alcançados até o momento e buscar apoio para a continuidade da atividade.

No quinto capítulo é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção.

O último capítulo deste trabalho de conclusão de curso apresenta as referências utilizadas durante a confecção da intervenção e da sua análise.

1 Análise Situacional

1.1 Qual a situação da ESF em seu serviço?

O primeiro contato que tive com a minha ESF ocorreu dia 06 de março. Desde o princípio percebi que se trata de uma Unidade de saúde privilegiada em alguns critérios, porém com alguns pontos a serem melhorados.

Localizada no centro do município de Bom Princípio, a UBS – Sede, como é chamada, é instalada em um prédio de dois andares em excelente estado. Na parte inferior estão os consultórios de atendimento, sala de vacinas, sala de curativos, espaço para fisioterapia, recepção, farmácia, sala de espera e banheiros. No segundo andar, estão salas de reuniões, banheiro da equipe e cozinha. A estrutura é muito boa, toda reformada para melhorar o atendimento ao público, de fácil acesso. O ambiente é organizado, climatizado, com acesso a internet e dispõe de serviço de limpeza em tempo integral.

A equipe da Estratégia em Saúde da Família é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde e a equipe de saúde bucal, composta por um dentista e uma técnica em saúde bucal. Além disso, trabalham na mesma Unidade, mais dois médicos clínicos gerais, um médico pediatra, um médico ginecologista e obstetra, um médico psiquiatra, uma psicóloga, um fisioterapeuta, um farmacêutico e duas secretárias. A maioria deles exercem suas obrigações de forma responsável e efetiva. No entanto, como em tantos outros serviços de saúde, existem aqueles que não cumprem sua carga horária, prejudicando o serviço de outros que precisam se “desdobrar” para atender a demanda da comunidade. Até este momento não tive problemas com encaminhamentos para atendimentos especializados, mas sei que muitos pacientes aguardam por muito tempo por estas consultas. O atendimento psiquiátrico e psicológico é realizado somente em um dia da semana, normalmente na quinta-feira. Desta forma, o número de consultas é bem limitado, e não consegue

atender a toda a demanda da sociedade. Mesmo tendo uma equipe com muitos profissionais, a comunidade ainda carece de outras especialidades, como educadores físicos e nutricionistas.

De forma geral, o ambiente de trabalho é ótimo, e a turma se relaciona muito bem. Todas as consultas são agendadas com antecedência. Alguns horários ficam disponíveis para atendimentos de urgência e retornos. Temos poucos atendimentos de urgência e emergência porque no município há serviço 24horas na Unidade de Pronto Atendimento – UPA, que fica muito próxima a UBS-Sede.

A comunidade se relaciona muito bem com a maioria dos membros da equipe. Por se tratar de um município pequeno (cerca de 12.000 habitantes) todos se conhecem. Isto facilitou muito o início do meu trabalho, já que fui muito bem recepcionada. A população adstrita à minha ESF é em torno de 2.000 pessoas, e temos cinco agentes comunitários. Outras três ESF estão presentes no município. A equipe, que já trabalha junto há muito tempo (alguns há mais de 15 anos), me auxilia de forma exemplar desde o primeiro dia na Unidade, e são todos muito prestativos. Desde a primeira semana realizamos as visitas domiciliares, palestras, e reuniões em grupos.

Há proximidade da comunidade com a equipe, no entanto, às vezes nos traz alguns inconvenientes, já que alguns acham um jeitinho de conseguir “privilégios”, como, por exemplo, consultas extras e solicitações de exames. Estou tendo dificuldades com estas situações, em quemuitas vezes tenho que ser firme na minha postura, indo contra a questão cultural do município, a fim de manter aquilo que aprendi na faculdade.

De forma geral, penso que estou em uma ESF privilegiada. Durante a faculdade, no município de Rio Grande, tive contato com outras ESF que tinham condições bem inferiores àquelas que encontro em Bom Princípio, principalmente do ponto de vista econômico. Percebo que o município investe na saúde pública e espero poder contribuir para aperfeiçoar algumas condições.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Localizada entre a Grande Porto Alegre e a Serra Gaúcha, a cidade de Bom Princípio comporta uma população de 12.822 habitantes, segundo os dados SIAB. Distribuídos no município, estrategicamente posicionadas para atender à população, encontram-se quatro Unidades de Saúde que prestam atendimento a população, todas elas dispoendo de Estratégia da Saúde da Família, porém, sem assistência de Núcleo de Apoio de Saúde da Família - NASF, que muito contribuiria positivamente na prestação de serviços em saúde. Com relação ao atendimento especializado, a maioria das necessidades não é sanada no município. Alguns dos profissionais especialistas que prestam atendimentos no município são psiquiatras, ginecologistas, pediatras, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e odontólogos. Quanto ao atendimento odontológico, o município não dispõe de CEO, e os atendimentos de média complexidade não são garantidos a população, a qual necessita buscar atendimento privado. Demais especialidades são encaminhadas para atendimentos de referência em localidades próximas, como na cidade de Farroupilha, localizada a 34,9km, Caxias do Sul, a 51,9km ou na capital Porto Alegre, localizada a 76,6 km. O serviço hospitalar é prestado pelo Hospital São Pedro Canísio, e os atendimentos de urgências e emergências são realizados na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Na avaliação complementar a saúde, a população dispõe de acesso à maioria dos exames necessários com rapidez suficiente, como radiografias, ultrassonografias laboratórios em geral. No entanto, apresenta problemas na execução de exames e avaliações de maior complexidade, como no caso de ressonâncias nucleares magnéticas, dosagem de hemoglobina glicada, avaliação por endocrinologistas, dermatologistas ou ortopedistas, com queixas recorrentes de demora no serviço prestado.

A Unidade Básica de Saúde – SEDE, uma das quatro Unidades presentes no município, realiza atendimento a população urbana, presta atenção a Saúde de forma mista, com modelo de Estratégia de Saúde da Família associada a forma tradicional, com 100% de vínculo ao SUS.

Com relação à estrutura física, a Unidade é instalada em edifício de dois andares em excelente estado, localizada no centro da cidade, construída para este

fim, e não adaptada como outras tantas. Na andar inferior estão os consultórios de atendimento, sala de vacinas, sala de curativos, espaço para fisioterapia, recepção, farmácia, sala de espera e banheiros. No segundo andar, estão salas de reuniões, banheiro da equipe e cozinha. Todos estes ambientes possuem janelas de alumínio, ventilação direta, iluminação natural, paredes laváveis e com superfície lisa, pisos laváveis e de superfície lisa, portas de material lavável, maçanetas de alavanca, armários e prateleiras de superfície lisa, de fácil limpeza e corredor com mais de 1,20 m de largura. A estrutura da Unidade é muito boa, com ambiente organizado, climatizado, com acesso a internet e serviço de limpeza em tempo integral, características que tornam o espaço adequado ao atendimento prestado.

No entanto, apesar de bem estruturada, ainda apresenta questões a serem melhoradas afim de satisfazer as sugestões propostas no Manual da Estrutura da UBS. Como exemplo, podemos citar o fato de os pisos da Unidade não apresentarem estrutura antiderrapante, o que dificulta a locomoção segura de todos que circulam no local, sendo portadores de deficiência física ou não; os lavatórios não possuem torneiras com fechamento que dispense a utilização das mãos, essencial, já que possibilitaria a higienização adequada das mãos, meio tão comum de transmissão de doenças. A sinalização através de textos, figuras, braile ou recursos sonoros não está disposta de forma adequada. Alguns ambientes não são sinalizados o que dificulta a localização, por parte dos usuários, dentro da Unidade.

Além disto, infelizmente a UBS de Bom Princípio se encaixa nas conclusões do estudo de Siqueira e Cols 2009 – Barreiras Arquitetônicas, e também não está adequadamente equipada de forma a facilitar a acessibilidade dos usuários. Os corredores não possuem corrimãos, não há banheiro específico para utilização de deficientes físicos, apesar de um sanitário dispensar bom espaço para manobras, e a estruturação com rampas não abrange todos os acessos a Unidade. Algumas situações podem e devem ser melhoradas afim de facilitar o bom andamento do serviço. Felizmente, o Município dispensa boa atenção à saúde, no entanto, outras questões devem ser avaliadas. A adequação as normas propostas no Manual, certamente, seria muito benéfica, tanto para os usuários, quanto à equipe.

Em atividade na Unidade, encontramos uma Equipe de Saúde da Família, composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde. A equipe, que trabalha junto há muitos anos, apresenta como característica relevante o

forte vínculo com a população da área de abrangência, e tem conhecimento satisfatório quanto às maiores necessidades apresentadas pela comunidade. Além disto, trabalham na mesma Unidade, mais dois médicos clínicos gerais, um médico pediatra, um médico ginecologista e obstetra, um médico psiquiatra, uma psicóloga, um fisioterapeuta, um farmacêutico, três técnicas em enfermagem e duas secretárias. A maioria deles exercem suas obrigações de forma responsável e efetiva. Mesmo tendo uma equipe com muitos profissionais, a comunidade ainda carece de outras especialidades, como educadores físicos e nutricionistas. De forma geral, o ambiente de trabalho é ótimo, e a turma se relaciona muito bem. Todas as consultas são agendadas com antecedência. Alguns horários ficam disponíveis para atendimentos de urgência e retornos.

Durante o processo de mapeamento e territorialização da área de atuação são desenvolvidas, pelos profissionais, atividades como identificação de grupos de risco, famílias em risco, indivíduos em risco e grupos de agravos. A atividade de territorialização muito facilita o trabalho da equipe, já que possibilita o reconhecimento de grupos vulneráveis contribuindo para elaboração de atividades primordiais especificamente para esta população. Conforme consta na Portaria 2488, a adstrição dos usuários deve estabelecer vínculos entre os usuários e a equipe, construindo relações de afetividade e confiança, e isto, com certeza, é perceptível, de forma positiva, na Unidade.

A ESF tem 100% de adstrição da população, com um total de 2.848 pessoas (928 famílias), inferior ao máximo recomendado pelo Ministério da Saúde, que compreende 4.000 pessoas. A média de usuários por ACS é de 569 pessoas (também inferior ao máximo recomendado, de 750 pessoas), e, desta forma, adequado ao tamanho da área. Avaliando o perfil demográfico e a população estimada para cada faixa etária, a área comporta 142 crianças menores de 5 anos, 544 pessoas entre 5 e 20 anos, 1.761 adultos entre 20 e 59 anos, e 389 idosos, denominadores próximos a distribuição da população brasileira por faixa etária.

De forma negativa, a equipe pouco realiza busca ativa aos pacientes faltantes. Além disto, não há nenhum tipo de protocolo em funcionamento dentro do Serviço. A ausência destes dificulta o trabalho executado e a adesão dos pacientes ao tratamento. Existem alguns grupos de atividades nesta UBS e todos da equipe costumam participar. Porém não há grupos de adolescentes, portadores de sofrimento

psíquico (muito prevalentes nesta área), pré-natal, puericultura e saúde da mulher. A ausência destes grupos é prejudicial ao acompanhamento de muitos pacientes.

Considerando a leitura “MS 2011, Acolhimento à Demanda Espontânea” e analisando o Processo de Trabalho desempenhado na Unidade, observamos uma boa técnica de acolhimento, apesar de requerer algumas melhorias. A equipe de enfermagem (enfermeira, técnica e auxiliares) e as recepcionistas, são quem realizam o primeiro contato de acolhimento com os pacientes. Apesar de as consultas serem todas pré-agendadas, com horário definidos, nenhum paciente que chega a UBS por livre demanda ficará sem acolhimento e atenção. A equipe tem vínculo muito sólido com os usuários, o que facilita a comunicação e a avaliação destes, já que tem sensibilidade para notar algumas necessidades que não estão explícitas.

Na leitura do Manual do Ministério da Saúde, percebemos que a organização das agendas de trabalho se dá de forma efetiva. Durante os turnos de trabalho os pacientes são pré-agendados, conforme disponibilidade. No entanto, sempre são destinados dois a três horários por turno para atendimentos à livre demanda que possam surgir no decorrer do dia. Além disto, conforme descrito no documento, há disponibilização de três horários semanais para retornos e eventuais reavaliações que possam ser necessárias. A estratégia funciona muito bem, e normalmente há capacidade, disponibilidade e disposição para o atendimento dos pacientes que buscam atendimento.

Porém, não há uma organização sistemática para a técnica do Acolhimento, quanto a horários, turnos e escalas. O acolhimento é realizado em todos os turnos e horários em que a UBS está funcionando. Também não há um ambiente disponível para o acolhimento. Por dia atendemos um número significativo de pessoas, isto faz com que na maior parte do tempo as salas de espera estejam abarrotadas de usuários. Desta forma, a abordagem ao paciente em ambientes sem privacidade prejudica o vínculo entre o usuário e o “acolhedor”. A existência de ambiente próprio e adaptado para exercer a técnica de Acolhimento, certamente facilitaria a abordagem.

Normalmente não há excesso de demanda para atendimento imediato ou prioritário seja por parte do enfermeiro, médico ou dentista. Quando isto ocorre, em se tratando de atendimentos imediatos ou prioritários, os pacientes são encaminhados ao atendimento na UPA. Caso não seja esta a situação, uma nova consulta é agendada o mais breve possível, no máximo para o dia seguinte.

A UBS realiza atendimento de puericultura a crianças menores de 12 meses, apenas, e não até 72 meses. Neste momento, 16 crianças menores de 1 ano realizam acompanhamento de puericultura na Unidade (53% abaixo do esperado). O baixo índice de cobertura é sinal de alerta quanto à falta de informação que a população tem a respeito da necessidade do acompanhamento regular, mesmo na ausência de doença.

As consultas são realizadas três dias por semana, no turno da tarde, pelo médico pediatra. Os problemas agudos são atendidos pelo pediatra, quando este se encontra na unidade, ou, então, pelos médicos clínicos gerais. Além disto, é realizado Teste do Pezinho nos primeiros 7 dias após o nascimento, assim como todas as vacinas do Calendário Nacional. Não há protocolo de atendimento ou para regular o acesso destas crianças a outros níveis de saúde. Não é possível realizar avaliação criteriosa da qualidade do atendimento prestado, já que os dados são indisponíveis. Não há nenhum controle quanto à regularidade das consultas pediátricas, e desta forma não temos como avaliar o número de consultas em atraso. Nos prontuários clínicos, únicos utilizados, já que não há prontuários específicos, não há registros quanto à idade em que foi realizado o primeiro atendimento de puericultura, o número de pacientes com triagem auditiva regular, ou avaliação e monitoramento de crescimento e desenvolvimento. Certamente, a criação de protocolos e a organização de arquivos específicos possibilitaria melhor assistência a estas crianças.

A Unidade disponibiliza a todas as crianças da área, a Caderneta da Criança. Esta, no entanto, não é preenchida de maneira adequada, e desta forma, na maioria das vezes não apresenta dados a respeito de crescimento e desenvolvimento das crianças. Com relação ao atendimento prestado, temos carências com relação às orientações aos pais. Não há grupos de mães de crianças da puericultura, que poderia auxiliar nos cuidados com o RN e a criança, com orientações a respeito de aleitamento materno e prevenção de acidentes, por exemplo.

As quinze gestantes da área são acompanhadas pelo médico obstetra da Unidade, têm acesso a todos os exames do protocolo no MS, solicitados já na primeira consulta, normalmente iniciado no primeiro trimestre da gestação, tem, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, e são vacinadas conforme o protocolo (em dia com o calendário vacinal). Não é possível avaliar quanto à regularidade na suplementação de ferro devido à indisponibilidade de dados no prontuário clínico.

As consultas são realizadas todos os dias da semana, no turno da tarde, e a gestante já sai da Unidade com a próxima consulta agendada. Não há protocolos de atendimentos, nem para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Também não há arquivo específico para registro dos atendimentos, e estes são feitos apenas nos prontuários clínicos. É escassa a existência de grupos de gestantes, essenciais para o oferecimento de informações com relação à gestação, cuidados com o RN e amamentação.

O atendimento prestado às gestantes apresenta sério problema quanto ao registro dos dados, tanto no prontuário clínico, quanto na Carteira da Gestante. A existência de prontuários específicos para as gestantes, e, se possível, estes fossem feitos de forma informatizada, poderia melhorar muito o atendimento prestado.

Além disso, a Unidade de Saúde não realiza qualquer tipo de acompanhamento regular a puérpera. A maioria das gestantes realiza a primeira consulta nos primeiros sete dias após o parto com o obstetra que trabalha na UBS, porém não há registro específico, e então, os dados são escassos, quanto ao início do uso de anticoncepcional, por exemplo. A ESF não se envolve no atendimento prestado a este grupo, não há nenhum tipo de protocolo que regula o acesso destas, logo, não é possível avaliar claramente a qualidade da atenção prestada.

Na área de abrangência da Unidade Sede, encontram-se 801 mulheres na faixa etária entre 25-64 anos. Destas, 620 estão em dia com seu exame citopatológico, uma cobertura de aproximadamente 77%. A Unidade mantém uma média de 25% das mulheres com exames em atraso e, portanto, sem a prevenção secundária efetiva. Os índices coletados chegaram a esta média no mês de Março de 2014, quando foi realizado o Mês da Mulher, e estas tiveram mais facilidade para acesso a exame de pré-câncer e mamografia. Dos exames realizados, apenas dois vieram com alterações significativas e necessitaram avaliação e acompanhamento com especialista. Segundo a equipe, estas pacientes foram acompanhadas de forma regular, no entanto, há indisponibilidade de documentação que comprove o seguimento. 78% das amostras coletadas foram satisfatórias, pois apenas 13 amostras precisaram ser coletadas novamente. Não há disponibilidade quanto ao número de amostras representativas da JEC.

Na UBS é realizado exame citopatológico, um dia por semana, no turno da manhã, apenas. A maioria das coletas é realizada pela enfermeira da ESF, mas alguns casos são acompanhados pela médica ginecologista, principalmente em casos de

exames prévios alterados. Não temos na unidade nenhum tipo de controle específico das amostras, resultados, etc. Assim como não há nenhum prontuário para registro e melhor organização dos testes de triagem. A inexistência destes dificulta o acompanhamento regular, uma avaliação mais criteriosa dos dados coletados e um seguimento adequado das pacientes. Não há uma estratégia de seguimento definido, tanto para pacientes com exames normais, quanto para aquelas com exames alterados. Quem decide a conduta para estas é a médica ginecologista.

Com relação à prevenção primária, os profissionais da equipe orientam quanto à importância do uso de preservativos nas relações sexuais. No entanto, não temos grupos específicos com orientações sobre cuidado. Temos muitas carências quanto à presença de grupos. Ocorrem palestras e grupos de orientação a respeito do tabagismo. Porém, não existem informações suficientes quanto à presença de abordagem específica ao tabagismo como fator de risco para neoplasia de colo do útero.

O primeiro passo para melhorar o seguimento das mulheres com exames alterados é melhorar as informações prestadas à comunidade, seja através de grupos, ou mesmo nas consultas individuais. Além disto, é essencial o estabelecimento de protocolos, afim de uniformizar o atendimento prestado, e desta forma, envolver toda a equipe no mesmo projeto.

Cerca de 78% das mulheres com mais de 50 anos estão com o exame de mamografia em dia. Da mesma forma que aconteceu com os índices do controle do câncer do colo do útero, a maior disponibilidade de exames no mês Rosa da Mulher (Março), possibilitou ampliar consideravelmente a cobertura. No entanto, o atendimento prestado não é baseado em protocolos de atendimentos, e na maioria das vezes não são observadas as orientações do Ministério da Saúde quanto às indicações de rastreamento. Nem todas as mulheres que realizaram o exame de mamografia passaram por atendimento médico anterior e uma minoria realizou exame clínico das mamas. Além disto, não há pesquisa significativa quanto a existência de fatores de risco. O registro dos atendimentos é realizado em prontuário clínico, e não há nenhum tipo de arquivo específico, o que prejudica muito o processo de acompanhamento das mulheres que tem exames alterados. O registro em prontuários específicos poderia melhorar o acompanhamento das mulheres que apresentarem exames alterados e que foram encaminhadas a atendimentos especializados, as

quais, muitas vezes, nem retornam a UBS, prejudicando a continuidade do cuidado à saúde.

Quanto às ações de prevenção primária, muitas carências. Não são realizadas ações de controle de peso corporal, assim como não há grupos/palestras específicas para mulheres, com orientação sobre riscos do consumo excessivo de álcool e benefício das atividades físicas regulares na prevenção do câncer de mama. Infelizmente, não há ações efetivas de prevenção de Câncer de mama na UBS.

A ESF acompanha 334 hipertensos diagnosticados. A estimativa do número de hipertensos com mais de 20 anos na área é de 637, cerca de 100% acima do número que temos em registros (334). Este número corresponde a 17% da população. Com o valor estimado teríamos uma prevalência de HAS de 33%. Considerando a prevalência desta doença crônica e também avaliando a qualidade das consultas prestadas na Unidade, conclui-se que muitos pacientes hipertensos ainda não foram diagnosticados, logo, não fazem o acompanhamento terapêutico corretamente, e, portanto, apresentam sérios fatores de riscos à saúde mal controlados.

Durante o ano de 2013 foi realizado na Unidade de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família, um trabalho dedicado aos pacientes hipertensos e diabéticos, que trouxe muitos benefícios à comunidade. Fornecendo um atendimento integral, busca ativa, grupos com orientações pertinentes e dedicando atenção especial a este grupo, a equipe conseguiu melhorar os indicadores de qualidade. Dos 334 pacientes hipertensos da área, temos 125 (37%) com estratificação de risco cardiovascular, dado aquém do desejado, necessitando extrapolar esta avaliação aos outros membros do grupo. Além disto, o número de pacientes com atraso nas consultas, conforme avaliação do protocolo e o número de pacientes com exames complementares em dia nos fornecem dados alarmantes. Temos 70% destes pacientes (233 pessoas) com consultas clínicas em atraso e apenas 36% (120) com exames periódicos em dia. 57% dos pacientes hipertensos (192) foram orientados com relação à dieta e exercícios físicos, através de abordagem individual ou em grupos.

Apesar dos atendimentos aos hipertensos serem realizados todos os dias da semana, durante todos os turnos de trabalho, a cobertura ainda não está adequada. Quem participa do atendimento a estes pacientes são médicos e equipe de enfermagem. Há outros profissionais que muito poderiam contribuir com o sucesso da terapêutica, como educadores físicos e nutricionistas, auxiliando nas orientações

quanto às mudanças nos hábitos de vida. Além disto, os pacientes não saem da consulta com a próxima já agendada, o que dificulta a continuidade da atenção. Ao implantar a estratégia do agendamento de retorno é possível controlar de forma mais efetiva como está a questão do acompanhamento a estes pacientes, quanto à regularidade de exames de controle e consultas médicas. O atendimento em serviço especializado não segue nenhum tipo de orientação ou critérios de necessidades.

O número estimado de pacientes diabéticos com mais de 20 anos na área (182) está cerca de 300% acima do valor que temos cadastrados no SIAB (apenas 62 diabéticos). Considerando a alta prevalência de Diabetes Mellitus na população maior de 40 anos e a avaliação inicial da comunidade adstrita (caracterizada pela falta de cuidado com a dieta e prática de exercícios físicos, alta prevalência de dislipidemia e hipertensão), conclui-se que a cobertura aos pacientes diabéticos ainda está ineficiente, com número, provavelmente, considerável de pacientes não diagnosticados e que, portanto, mantem níveis glicêmicos não controlados, apresentando fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Os indicadores de qualidade da atenção ao DM ainda não atingiram um nível adequado. Com relação ao risco cardiovascular, apenas 39% dos pacientes (total de 24 pacientes diabéticos) apresenta estratificação e, portanto, avaliação adequada. 69% dos pacientes está com consultas médicas em atraso, e apenas 35% dos pacientes (22 diabéticos) está com os exames complementares periódicos em dia conforme protocolo. A indisponibilidade de dados referentes a avaliação dos pés, sensibilidade e palpação de pulsos periféricos, leva a acreditar que este tipo de avaliação não é realizada na Unidade. Quanto às orientações referentes a dieta e exercícios físicos, assim como os pacientes hipertensos, além de receberem orientações diárias nas consultas com médicos e equipe de enfermagem, estes pacientes participaram também das palestras e grupos feitos no ano passado com estas informações. Por isto, temos 65% dos pacientes diabéticos orientados nestes critérios.

Conforme dados do SIAB, o número de idosos residentes na área é de 401, constituindo aproximadamente 14% da população total adstrita, valores próximos as estimativas. O atendimento ao paciente idoso é realizado todos os dias da semana, em todos os turnos de trabalho, com participação ativa da equipe de enfermagem emédcos. São desenvolvidas atividades de imunizações, promoção de saúde, diagnostico e tratamento de problemas de saúde, sedentarismo e tabagismo.

A grande maioria dos pacientes idosos (87%) possui a Caderneta do Idoso, porém, esta não é solicitada nas consultas médicas. Não é possível avaliar a percentagem de idosos que estão com suas consultas em dia, pois não há um acompanhamento regular, prontuário específico, nem seguimento de protocolo para estes pacientes. Estes não saem da consulta com o retorno agendado, e retornam conforme necessidade. Segundo os dados atualizados no mês de Fevereiro deste ano, 17% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos estão com a consulta em dia. Mas este dado não se refere ao total da população com mais de 60 anos. 46% dos idosos (total de 180 pessoas) são hipertensos, e apenas, 10% (38 pessoas) tem diagnóstico de diabetes (dados retirados do prontuário específico HAS-DM). 20% das pessoas com mais de 60 anos tem registrado avaliação de risco cardiovascular para morbimortalidade, mas não há nenhum registro quanto à avaliação Multidimensional Rápida, ou quanto à avaliação da fragilidade, os quais acredito que não são realizados. Apenas 30% (118 indivíduos) dos idosos estão orientados quanto à importância da atividade física e hábitos alimentares. O número ainda é baixo, mas houve uma melhora expressiva nestes índices no ano passado, quando foram realizadas palestras com esta finalidade.

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

Ao avaliar comparativamente o texto inicial a respeito da situação da ESF com o relatório final da análise situacional, percebe-se claramente o quanto superficial foi o primeiro. Naquele momento não havia dados suficientes para avaliar a qualidade do serviço prestado ao público, e mesmo não havia conhecimento a respeito das maiores carências da comunidade assistida. No decorrer da análise é possível perceber, então, quantos problemas estão presentes no funcionamento da Unidade, e como podemos agir afim de melhorar a qualidade do atendimento prestado.

Durante a realização desta avaliação detalhada dos serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde – Sede, é possível perceber claramente alguns critérios a ser melhorados, que não haviam sido

considerados na avaliação inicial nas semanas de ambientação. Nesta, não foi possível avaliar de forma efetiva a qualidade do serviço e as carências apresentadas pela população adstrita, já que não havia contato suficientemente sólido com a equipe e a comunidade, restando então, naquele momento, uma análise mais informal, quanto a equipe e a estruturação física da Unidade. No entanto, neste momento, a avaliação torna-se mais criteriosa e sólida.

Um número considerável de dados, necessários para a avaliação da atenção dispensada pela equipe, está indisponível, devido à escassez de informações nos prontuários clínicos, inexistência de registros específicos para grupos de risco e a falta de adesão dos profissionais a existência de protocolos nos atendimentos, os maiores problemas encontrados na Unidade. No entanto, como características positivas, já notadas na segunda semana de ambientação, temos uma equipe com forte vínculo com a comunidade a qual presta atendimento, com engajamento satisfatório às atividades realizadas, disposta a melhorias, e a disponibilidade de recursos pessoais e financeiros. Durante toda a coleta de dados a equipe se mostrou interessada, buscou dados, e se surpreendeu em conjunto quanto a indisponibilidade e desorganização dos registros existentes. Alguns dos maiores problemas, os quais merecem destaque, são a falta de controle efetivo nas atividades de prevenção primária, secundária e rastreamento de Câncer de Colo do Útero e Câncer de Mama, a baixa cobertura aos pacientes doentes crônicos, e principalmente o precário atendimento prestado a puericultura, com escassez de dados e pouca orientação e informação a população. Desta forma, percebe-se o quanto a atenção a saúde pode ser melhorada afim de aperfeiçoar o atendimento prestado à comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A elaboração de qualquer ação programática requer amplo conhecimento da situação atual da questão abordada, além de disponibilidade, engajamento de equipe e determinação a fim de atingir êxito nas metas pré-determinadas. A elaboração de um plano de ação, certamente, facilita a coesão de toda a equipe na atividade a ser realizada. Considerando que a atenção à Saúde das Crianças é um dos pilares da Atenção Primária, a execução de ações programáticas com a finalidade de exercer melhorias no atendimento prestado a crianças de 0 a 72 meses de idade, deve ser uma das metas da atenção primária. O atendimento prestado a este grupo de alta vulnerabilidade requer cuidados especiais, atenção integral e vínculo com toda a família. Mesmo com uma melhora considerável na qualidade do atendimento prestado ao grupo, no País ainda mantemos dados alarmantes. Segundo o Ministério da Saúde, por exemplo, destacamos que 68,8% dos óbitos infantis em menores de um ano, ocorrem no período neonatal, sendo estas, em grande parte, por causas evitáveis por ações de serviços de saúde. Desta forma, verificamos a importância em manter adequada qualidade da atenção a saúde neste momento da vida, o qual beneficiará o desenvolvimento do adulto no futuro.

A UBS Sede, do Município de Bom Princípio, localizada em arquitetura de dois andares, no centro da cidade, de fácil acesso, bem equipado e organizado, com ambiente amplo e limpo, dispõe de recursos suficientes para realizar atendimento satisfatório a todos os usuários da rede básica. A população adstrita busca ativamente a consultas clínicas. No entanto, a partir da análise situacional, percebe-se um número restrito de crianças menores de 72 meses em acompanhamento regular. A Equipe de Saúde da Família, formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e técnico em higiene bucal, além dos agentes comunitários em saúde, pouco se envolve nas atividades realizadas pelo pediatra às crianças da área. Buscamos, a partir do trabalho a ser realizado, estimular e aproximar a equipe a este grupo da população.

De toda a população adstrita a Unidade de Saúde, apenas 16 são crianças menores de doze meses em acompanhamento regular na puericultura. Dado de

cobertura abaixo do esperado para a área, evidenciando o baixo vínculo desta população a Unidade. Além disto, a qualidade da atenção está fragilizada. Apesar do amplo e livre acesso deste grupo populacional ao atendimento com o profissional pediatra e da facilidade na execução de estratégias como Teste do pezinho e promoção da vacinação proposta pelo Ministério da Saúde, o serviço demonstra grande falhas. As crianças acompanhadas não são avaliadas de forma efetiva quanto ao crescimento e desenvolvimento, as mães não recebem orientações sobre aleitamento materno ou cuidados com RN, e não há nenhum tipo de seguimento com a equipe de odontologia, por exemplo. A carência do atendimento prestado alerta para a complexidade do problema encontrado e justificam a escolha do tema Atenção à Saúde da Criança.

A escassez de dados disponíveis para a análise situacional correta da Saúde da Criança, apenas corroborou a necessidade de uma intervenção imediata neste grupo. Os indicadores de qualidade da atenção prestada aos menores de 72 meses demonstram a precariedade no atendimento realizado. Certamente, durante a execução das atividades de melhorias, encontraremos como maior desafio a adesão das famílias à Unidade com o fortalecimento do vínculo com a equipe, que possibilitará o melhor engajamento de toda a comunidade na atenção à saúde destas crianças. A população de abrangência, ainda não tem consciência da importância do atendimento de puericultura, e deixa a procura do atendimento médico apenas para situações de urgência. Porém, temos na ESF indivíduos comprometidos com suas atividades, que contribuirão de forma positiva na elaboração de projetos e metas, com objetivo final de possibilitar mais informações à comunidade, melhorar a qualidade da atenção ao grupo, prevenir doenças, diagnosticar precocemente e reabilitar pacientes, quando necessário.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na ESF Sede, município de Bom Princípio, Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança
2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança
3. Melhorar a adesão da atenção à saúde da criança
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
6. Promover saúde da criança

Metas saúde da criança

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

Metas de saúde bucal

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura da atenção a saúde bucal da criança
2. Melhorar a qualidade da atenção a saúde bucal dos escolares
3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal
4. Melhorar o registro das informações
5. Promover a saúde bucal das crianças

Relativa ao objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança **Meta 1.1** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

Meta 2.1 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência

Meta 2.2 Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Meta 2.3 Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao Objetivo 3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta3.1 Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta3.2 Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta4.1 Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao Objetivo 5. Promover a saúde das crianças

Meta5.1 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta5.2 Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento:

Na quinta-feira de cada semana reunir os dados acumulados no decorrer dos últimos dias e cadastrá-los no sistema digital específico criado

Organização e Gestão:

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

Detalhamento:

Cadastrar as crianças em prontuário eletrônico específico com objetivo de facilitar o monitoramento das ações em saúde, através de revisão de prontuários clínicos e coleta de dados por parte dos ACS.

Cadastrar também toda e qualquer criança que busque ativamente atendimento pediátrico para problemas agudos, através da utilização de prontuários não eletrônicos de cadastramento, os quais poderão ser utilizados por toda a equipe (inclusive ACS, durante a busca ativa).

Ação: Priorizar o atendimento das crianças.

Detalhamento:

Estabelecendo um mínimo de dois turnos semanais afim de disponibilizar o atendimento necessário, observando com a equipe os melhores horários para contemplar àquelas responsáveis pelas crianças que exercem atividades fora da residência.

Agendar de forma programada consultas aos pacientes cadastrados e solicitar aos agentes comunitários que informem ao grupo os horários estabelecidos.

Buscar ativamente as crianças que não comparecerem a consulta programada.

Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre o programa de saúde das crianças e quais seus benefícios.

Detalhamento:

Realizar palestra e/ou grupo com orientações à comunidade a respeito do novo projeto em andamento, estimulando a participação e o engajamento público, esclarecendo os benefícios do acompanhamento regular.

Qualificação da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento:

Estabelecer reuniões entre os membros da equipe a fim de qualificar a prática clínica, capacitar o acolhimento às crianças e esclarecer quanto às orientações previstas no protocolo do Ministério da saúde, afim de que todos tenham as mesmas condutas nas várias situações cotidianas.

Objetivo 2 -Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

Meta 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

Ações

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento:

Solicitar aos agentes comunitários o cadastramento de todas as gestantes da área, com as respectivas datas prováveis do parto, afim de acompanhar de forma mais regular mesmo aquelas que não realizam pré-natal na Unidade.

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

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

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

Detalhamento:

No prontuário eletrônico, revisado e atualizado semanalmente, controlar as crianças que já foram avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento, com reconhecimento daquelas que apresentam fatores de riscos, com déficit ou excesso de peso.

Buscar ativamente aquelas crianças que não foram avaliadas.

Na quinta-feira, avaliar as curvas coletadas no decorrer da semana e atualizar os prontuários eletrônicos com os novos dados. Reconhecer as crianças com alterações de crescimento e solicitar comparecimento em consulta clínica.

Ao reconhecer crianças com alteração de crescimento e desenvolvimento, estas deverão precocemente ser avaliadas por médico especialistas. Orientar os agentes comunitários a realizar visita domiciliar a estas crianças, após a avaliação do especialista, com a finalidade de manter acompanhamento simultâneo na Unidade com referência e contra-referência.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

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

Detalhamento:

Garantir que 100% das crianças em acompanhamento estejam em dia segundo o calendário vacinal das crianças.

Estabelecer na Unidade o funcionamento correto da Ficha Espelho.

Revisar as fichas espelho periodicamente (na quinta-feira).

Para as crianças com atraso vacinal, solicitar visita domiciliar.

Verificar a caderneta de todas as crianças que forem atendidas na Unidade.

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

Detalhamento:

Buscar que 100% das crianças cadastradas estejam realizando suplementação com ferro.

Avaliar através dos prontuários clínicos e entrevistas individuais (consultas ou visitas domiciliares), quais crianças estão fazendo a suplementação. No caso das visitas domiciliares diagnosticarem ausência da conduta, agendar o mais breve possível consulta médica para iniciar a complementação.

Atualizar semanalmente (quinta-feira), na planilha eletrônica, quais as crianças cadastradas estão realizando a indicação de forma regular, e buscar ativamente àquelas que não estão, e desta forma, monitorar o percentual de crianças com suplementação adequada.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram Teste do Olhinho

Detalhamento:

Implementar na Unidade de saúde, a prática do Teste do Olhinho a 100% das crianças cadastradas.

Disponibilizar, nos prontuários clínicos de cada paciente, espaço para anotação de todos os testes de triagem, com respectivos resultados. Durante a revisão semanal, cadastrar as crianças avaliadas no prontuário eletrônico.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Detalhamento:

Durante o cadastramento das crianças, realizar revisão de prontuários clínicos ou das Cadernetas de saúde, a fim de coletar os dados a respeito da triagem auditiva e da realização do teste do pezinho. O Teste do Pezinho já é realizado na Unidade de Saúde, de forma regular, para todas as crianças, nos primeiros 7 dias de vida.

Orientar os ACS sobre a necessidade em manter este índice em 100%.

Na primeira visita domiciliar, que deverá ocorrer nos primeiros quatro dias de vida, solicitar ao ACS que informe aos responsáveis a necessidade de realizar o teste no máximo até o 7º dia de vida.

Atualizar o cadastro informatizado com as crianças que realizaram de forma regular o teste do pezinho e buscar ativamente aquelas que não realizaram.

Avaliar, através do cadastro, o percentual de crianças que não realizaram a recomendação.

Disponibilizar, nos prontuários clínicos de cada paciente, espaço para anotação de todos os testes de triagem, com respectivos resultados. Durante a revisão semanal, cadastrar as crianças avaliadas no prontuário eletrônico.

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

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

Detalhamento:

Criar prontuário eletrônico específico para o monitoramento da saúde bucal destas crianças, assim como ficha para avaliação no momento da consulta odontológica, com os padrões a serem avaliados.

Orientar a equipe no preenchimento correto das fichas de avaliação, digitalizadas e não digitalizadas. Fornecer aos ACS as informações corretas a respeito dos horários de atendimentos ao grupo.

Revisar prontuários semanalmente, transferindo informações dos prontuários escritos para os digitalizados.

Organização e Gestão:

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

Detalhamento:

Solicitar aos agentes comunitários visita a ser realizada de preferência nos primeiros 4 dias de vida, com a finalidade de orientar o responsável a procurar a Unidade no máximo até o 7 dia. Orientar às mães das crianças que, por opção pessoal, não realizarão acompanhamento na Unidade, a importância do acompanhamento simultâneo com o médico auxiliar.

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

Detalhamento:

Solicitar a gestão municipal o fornecimento dos materiais necessários para a realização das medidas antropométricas.

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

Detalhamento:

Utilizar as tabelas no Ministério da Saúde para a avaliação do crescimento das crianças e as recomendações quanto ao desenvolvimento neuro-cognitivo.

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

Detalhamento:

Quando necessário, solicitar junto a gestão municipal, encaminhamento para avaliação com especialista. Garantir retorno do paciente para a Unidade, através de visita domiciliar, após a investigação complementar.

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

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Ação: Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento:

Controlar adequadamente os estoques de vacinas, com revisão mensal, e solicitar o mais breve possível a disponibilização de todas as necessárias, assim como os materiais para aplicação.

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento:

Solicitar ao gestor, disponibilidade suficiente de medicação necessária para toda a população.

Ação: Garantir junto ao gestor a disponibilização de Oftalmoscópio para a realização do teste. Garantir o encaminhamento ao especialista quando necessário.

Detalhamento:

Solicitar, junto à gestão municipal, a disponibilização de, no mínimo, um Oftalmoscópio pediátrico para a execução do Teste.

Observar as crianças com testes alterados, realizar encaminhamentos a especialistas quando necessário e realizar visita domiciliar a estes após a avaliação complementar.

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo. Garantir o encaminhamento ao especialista quando necessário.

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

Detalhamento:

Exigir, junto ao gestor municipal, a permanência em 100% das crianças com Teste do pezinho nos primeiros 7 dias, assim como a realização de triagem auditiva.

Encaminhar ao especialista, os pacientes com exames alterados e realizar visitas domiciliares a estes após a avaliação, com a finalidade de manter a continuidade do acompanhamento.

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

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

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

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

Detalhamento:

Contatar a equipe de saúde bucal, com a finalidade de organizar horário de atendimento para este grupo, como exemplo, solicitar a estes a disponibilização de um turno semanal para atendimento do grupo.

Engajamento Público:

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

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

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

Detalhamento:

Realizar grupo com as mães, com a finalidade de orientar na interpretação das tabelas presentes na Caderneta da Criança, para que estas possam acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de forma mais efetiva.

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

Detalhamento:

Realizar grupos com as mães, com informações a respeito do calendário vacinal, garantindo conhecimento suficiente a respeito das doenças que serão prevenidas.

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

Detalhamento:

Organizar grupos de mães a fim de orientar a necessidade da reposição de ferro, garantindo conhecimento de seus benefícios e riscos de sua inexistência.

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância do teste do olhinho.

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

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

Detalhamento:

Realizar grupos com as mães, ainda durante o pré-natal, para fornecer as informações necessárias a respeito dos testes de triagem e as vantagens no diagnóstico precoce.

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

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

Detalhamento:

Organizar palestras na comunidade, com informações a respeito da importância da saúde bucal e da avaliação precoce a estas crianças, e já disponibilizar no momento da palestra as opções de horários, para que estes já saiam deste momento com a consulta odontológica agendada.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento:

Estabelecer reuniões entre os membros da equipe a fim de qualificar a prática clínica, capacitar o acolhimento às crianças e esclarecer quanto às orientações previstas no protocolo do Ministério da Saúde, a fim de que todos tenham as mesmas condutas nas várias situações cotidianas.

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

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Ação: Padronizar a equipe.

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

Ação: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento:

Distribuir entre os membros da equipe, tabelas e orientações quanto ao crescimento e desenvolvimento normal esperado, a fim de que, possamos reconhecer precocemente as crianças com atraso.

Realizar reunião de equipe para treinamento das técnicas de medidas antropométricas e exemplificar.

As medidas antropométricas poderão ser realizadas pelos médicos, enfermeira ou técnicas em enfermagem. Todos deverão saber como preencher as curvas e deverão ter consciência a respeito da necessidade de manter o acompanhamento simultâneo com as curvas que ficarão na Unidade.

Utilizar as tabelas e o protocolo do Ministério da Saúde para a avaliação do crescimento das crianças e as recomendações quanto ao desenvolvimento neuro-cognitivo.

Estabelecer como prioridade o preenchimento correto das tabelas na Caderneta da criança, porém, criar tabelas para cada criança que permanecerá na Unidade, em prontuário específico, para o acompanhamento efetivo por parte da equipe

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

Detalhamento:

Orientar a técnica de enfermagem responsável pela vacinação quanto ao preenchimento correto da Caderneta da Criança assim como o calendário vacinal de cada criança que deverá ficar na Unidade.

Disponibilizar na sala de vacina os calendários completos recomendados.

Distribuir entre todos os membros da equipe as orientações propostas pelo Ministério, a fim de que todos estejam aptos a interpretar os cartões de vacina.

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

Detalhamento:

Garantir ao médico, através da leitura do protocolo do Ministério da Saúde, conhecimentos suficientes das doses e posologias necessárias de ferro para cada condição clínica.

Ação: Orientar o médico a respeito da técnica correta para a realização do teste do olhinho.

Ação: Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Detalhamento:

Realizar leituras adicionais a respeito da técnica correta para o teste do olhinho.

Realizar leitura complementar a respeito da triagem auditiva

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

Detalhamento:

Na reunião da equipe, verificar o conhecimento a respeito do teste do pezinho. Fornecer material para leitura domiciliar a respeito da técnica. Verificar junto a gestão a possibilidade de curso preparatório.

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

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

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

Detalhamento:

Orientar a equipe no preenchimento correto das fichas de avaliação, digitalizadas e não digitalizadas. Fornecer aos ACS as informações corretas a respeito dos horários de atendimentos ao grupo.

Avaliar, em conjunto com a equipe de saúde bucal, a necessidade de realizar uma reunião com a equipe de saúde, com a finalidade de orientar sobre as questões abordadas no projeto.

Objetivo 3 -Melhorar a adesão ao Programa Saúde da Criança.

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

Ações**Monitoramento e Avaliação:**

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

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

Detalhamento:

Manter atualizado o cadastro eletrônico, toda a semana, com a relação das crianças com consultas em atraso e buscar ativamente estas crianças com a consulta já programada.

Fazer grupo com os ACS, com orientações com relação a leitura da Caderneta a fim de rastrear as crianças que estão com a consulta atrasada.

Através do cadastro, avaliar o número médio de consultas realizadas na puericultura, para todas as crianças que completarem o primeiro ano de vida.

Organização e Gestão:

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

Detalhamento:

Disponibilizar mínimo de dois horários semanais para buscar ativamente crianças faltosas.

Disponibilizar 3 a 4 horários semanais para estas crianças provenientes da busca ativa.

Engajamento Público:

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

Detalhamento:

Realizar grupos informativos a mães, com objetivo de informar a necessidade do acompanhamento regular a todas as crianças, mesmo na ausência de doença.

Vejo como maior desafio a manutenção do acompanhamento regular, já que muitas crianças realizam atendimento com médico auxiliar, e não na Unidade de Saúde.

Orientar aos ACS, e estes à comunidade, os benefícios em manter o acompanhamento simultâneo.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento:

Realizar um encontro com os ACS para promover as orientações necessárias para manter o acompanhamento regular destas crianças.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das Informações.

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

Ações

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento:

Através dos dados registrados no prontuário eletrônico, atualizados semanalmente, monitorar o acompanhamento e o percentual de crianças em acompanhamento regular.

Buscar ativamente, através de visitas domiciliares, àquelas crianças que não realizam acompanhamento regular.

Organização e Gestão:

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Ação: Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento:

Criar prontuário eletrônico específico, que deverá ser atualizado semanalmente, a fim de melhorar o controle dos indicadores.

Criar fichas de prontuários escritos específicos para ficarem disponíveis na Unidade, com todas as informações e indicadores que deverão ser avaliados em cada criança cadastrada, junto anexar os dados de desenvolvimento e curvas de crescimento de cada criança.

Garantir o preenchimento adequado da ficha espelho, solicitando a técnica responsável à manutenção da atualização de todas as crianças vacinadas em cada semana.

Engajamento Público:

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

Detalhamento:

Durante um encontro com a comunidade, orientar quanto ao trabalho que está sendo feito, levando exemplos para que os pais verifiquem os dados coletados e salientar a possibilidade de requererem cópias de prontuários.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento:

Realizar um encontro com a equipe de ESF para apresentar os prontuários que serão utilizados e como preenchê-los corretamente.

Treinar e orientar a equipe quanto à revisão da Caderneta de todas as crianças que forem atendidas na Unidade.

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

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

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento:

Reconhecer, com auxílio de revisão de prontuários e informações trazidas pelos ACS, quais são as crianças de alto risco.

Cadastrar adequadamente as crianças identificadas a fim de manter acompanhamento mais regular destas crianças.

Monitorar, através do cadastro, quais são as crianças de risco e se estas estão com as consultas de puericultura em dia.

Caso não estejam, realizar visitas domiciliares e agendar a próxima consulta imediatamente.

Organização e Gestão:

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Ação: Identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento:

Fornecer horário adequado, conforme a disponibilidade do responsável, para o atendimento destas crianças, estabelecendo “Porta-Aberta” na Unidade.

Engajamento Público:

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

Detalhamento:

Realizar grupos com a comunidade com informações a respeito de fatores de riscos para aumento de morbi/mortalidade.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento:

Capacitar, através das reuniões de equipe, os ACS e equipe de enfermagem, na identificação de situações de risco.

Objetivo 6 – Promover a saúde das Crianças.

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

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

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

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

Ações

Monitoramento e Avaliação:

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

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

Detalhamento:

Através de listas de presença controlar quais os responsáveis compareceram nos grupos. Após cada encontro, atualizar tabela de presenças em prontuário eletrônico para melhor controle.

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

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

Detalhamento:

Criar, tanto em prontuário escrito de cada paciente, como no prontuário eletrônico, espaço específico para avaliação e monitoramento do aleitamento materno.

Na primeira consulta, a ser realizada nos primeiros 7 dias, observar o aleitamento materno, a técnica correta da pega, em todas as crianças avaliadas.

Durante a consulta, atualizar o prontuário escrito específico.

Na quinta-feira, atualizar no prontuário eletrônico, quais as crianças foram avaliadas.

Em qualquer encontro, avaliar a permanência do aleitamento materno, seja em consulta clínica ou visita domiciliar e informar em prontuário escrito às crianças que não estão mais em aleitamento materno.

Após a suspensão do aleitamento materno, avaliar o tempo médio de duração da amamentação.

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

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento:

Monitorar, através de listas presenciais, quais responsáveis foram orientados e manter atualizado nos prontuários eletrônicos sempre, após qualquer atividade com a comunidade, quais aqueles que ainda não receberam orientações.

Fazer busca ativa, aos que não comparecem às palestras, para fornecer tais orientações.

Organização e Gestão:

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

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

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

Detalhamento:

Discutir, em reunião de equipe, quais são os membros que participarão das atividades em grupo.

Avaliar a possibilidade de criação de teatros informativos.

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

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

Ação: Organizar todo material necessário para essas atividades.

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

Detalhamento:

Disponibilizar um turno a cada 30 dias para visitas a escolas/creches.

Realizar grupos nas escolas e creches de escovação supervisionada.

Solicitar ao gestor a disponibilização de kits de escovas de dente, pastas e fio dental, para a distribuição durante os grupos.

Engajamento Público:

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

Detalhamento:

Orientar, através da realização de grupos, aos interessados da comunidade, assim como a própria equipe de saúde, quais são os acidentes mais frequentes na infância e como preveni-los com técnicas adequadas dentro das casas.

Incentivar a participação com atividades diversificadas, com imagens e atividades em grupo.

Levar aos grupos exemplos reais de como prevenir acidentes no lar.

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

Detalhamento:

Realizar grupos de mães e RN, com as informações de aleitamento, técnicas e vantagens. Avaliar comparativamente com leite industrializado e leite de vaca.

Nos grupos, abrir espaços para dúvidas a respeito do tema, muitas delas proveniente do conhecimento popular.

Nos grupos de aleitamento materno, orientar também a respeito da transição alimentar que deverá ocorrer a partir dos 6 meses.

Levar aos grupos, opções reais de alimentações, como receitas de papas salgadas, por exemplo.

Criar folders com informações pertinentes de aleitamento materno e alimentação adequada e distribuir em grupos e visitas domiciliares.

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

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

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

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

Detalhamento:

Estabelecer contato com professores e educadores a fim de criar novas ideias de adesão deste grupo as práticas de saúde.

Estimular os ACS, e estes a comunidade em geral, para a participação nos grupos.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento:

Realizar reuniões com a equipe de saúde, para orientar os benefícios no comparecimento nos grupos de orientações.

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

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

Detalhamento:

Fornecer material para leitura sobre aleitamento materno e orientação nutricional.

Disponibilizar apresentação em slide com informações pertinentes.

Orientar os membros da equipe, que todos devem, exaustivamente, incentivar aleitamento materno.

Elaborar, em conjunto, folder com informações.

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

Detalhamento:

Sempre, antes da realização dos grupos na comunidade, reunir a equipe de saúde para disponibilizar as informações que serão tratadas no encontro.

Saúde Bucal das Crianças

Objetivo 1- Ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal da criança.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança periodicamente

Detalhamento:

Disponibilizar, para a equipe de saúde bucal, prontuários específicos para o atendimento das crianças.

A cada 2 semanas, recolher os prontuários preenchidos e avaliar, através do cadastro eletrônico, quais as crianças procuraram atendimento.

Organização e Gestão:

Ação: Organizar uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

Ação: Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS.

Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

Detalhamento:

Organizar, com auxílio ativo dos ACS uma lista de todas as crianças desta faixa etária, com endereço respectivo.

Avaliar, com os ACS, horário adequado, para realizar um mínimo de 2 visitas domiciliares as crianças cadastradas no programa.

A cada duas semanas, discutir com os ACS o monitoramento da ação.

Ação: Organizar a agenda para as consultas programáticas.

Detalhamento:

Organizar, com a equipe de saúde bucal, a agenda do odontólogo, com a finalidade de disponibilizar um turno semanal para o atendimento destas consultas.

Engajamento Público:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade.

Ação: Informar a comunidade sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

Detalhamento:

Realizar grupos com a comunidade, com a participação preferencial da equipe de saúde bucal, para fornecer informações sobre o assunto e incentivar a busca ativa da Unidade.

Durante o encontro, levar a agenda do odontólogo a fim de já deixar programado consulta odontológica.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos 6 meses de idade.

Ação: Capacitar os ACS para informar às famílias das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS da necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento:

Organizar, com a equipe de saúde bucal, reuniões com os outros membros da equipe a fim de orientar estes a respeito da importância da saúde bucal.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.

Meta 2.1 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência

Meta 2.2 Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Meta 2.3 Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da Unidade que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática.

Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído.

Detalhamento:

Organizar, em prontuário eletrônico, a partir da listagem formulada pelos ACS, quais são as crianças avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico e quais destas tiveram sua consulta odontológica. Neste grupo, avaliar quais concluíram o atendimento proposto.

Monitorar a cada duas semanas a listagem, a partir dos dados do prontuário específico odontológico.

Organização e Gestão:

Ação: Organizar a agenda para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade.

Ação: Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que necessitam realizar atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento.

Ação: Agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade.

Ação: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

Detalhamento:

Durante os encontros de grupos, avaliar as crianças com necessidade de atendimento. Realizar este tipo de avaliação a todas as crianças que forem a Unidade para consultas médicas.

Disponibilizar, na sala do odontólogo, listagem para assinalar quais são as crianças que necessitam deste atendimento, com respectivos endereços.

Preferencialmente já deixar agendado as próximas consultas necessárias.

Conforme seja possível, disponibilizar um turno semanal para o atendimento deste grupo.

Ação: Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Detalhamento:

Avaliar, em conjunto com a equipe de saúde bucal, quais os materiais necessários para a execução do trabalho, e solicitar junto a gestão a disponibilização.

Engajamento Público:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário.

Detalhamento:

Através de grupos, orientar a comunidade e aos membros da equipe, a diferença entre consultas programáticas e as não programáticas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento.

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

Ação: Capacitar os profissionais para o manejo da criança.

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

Detalhamento:

Através de grupos, orientar a comunidade e aos membros da equipe, a diferença entre consultas programáticas e as não programáticas.

Avaliar, com o odontólogo, qual o melhor material para leitura e disponibilizar para equipe cópias destes.

Orientar a todos da equipe, como proceder ao avaliar uma criança que não está aderindo ao tratamento odontológico e agendar o mais breve possível consulta com odontólogo.

Objetivo 3- Melhorar a adesão ao atendimento de saúde bucal.

Meta 3.1 Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta 3.2 Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia).

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento:

A cada semana avaliar o número de crianças que compareceu a consulta programática. Para aqueles que não estiveram presentes em consultas agendadas, realizar visita domiciliar para busca ativa.

Organização e Gestão:

Ação: Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e subsequentes).

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

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

Detalhamento:

A cada duas semanas, durante a revisão dos prontuários odontológicos específicos, transportar as informações para os prontuários eletrônicos.

Avaliar quais foram as crianças faltosas e contatar o ACS da área para busca ativa, no máximo em uma semana.

Organizar, com a equipe de saúde bucal, a possibilidade de “Porta- Aberta” para estas crianças provenientes da busca ativa.

Engajamento Público:

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

Detalhamento:

A principal iniciativa será informar a comunidade a respeito da importância da avaliação odontológica, mesmo na ausência de queixas clínicas, com a finalidade de melhorar a adesão.

Produzir folder com informações a respeito da saúde bucal, disponibilizar através de imagens informações sobre sinais de alarme.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas.

Detalhamento:

Disponibilizar para a equipe acesso às informações do prontuário e cadastro eletrônico e orientá-los no manejo do monitoramento.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ações**Monitoramento e Avaliação:**

Ação: Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS

Detalhamento:

Em intervalos de 14 dias, revisar prontuários específicos de saúde bucal e transportar as informações para prontuário eletrônico.

Organização e Gestão:

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos.

Ação: Implantar registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das crianças (tipo ficha espelho da Caderneta da Criança) para os atendimentos odontológicos.

Detalhamento:

Criar, em conjunto com a equipe de saúde bucal, ficha de avaliação específica para ser anexada no prontuário individual (clínico) de cada paciente cadastrado na Saúde da Criança.

Simultaneamente, adicionar no prontuário eletrônico abas que possibilitem a atualização semanal do atendimento que está sendo prestado.

Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento:

Orientar a comunidade quanto à disponibilidade das fichas de avaliação.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Detalhamento:

Capacitar a equipe de saúde bucal no preenchimento dos dados relevantes do prontuário odontológico específico.

Objetivo 5- Promover a saúde das crianças.

Meta 5.1 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta 5.2 Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta 5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ações

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ação: Monitorar os registros de orientação sobre dieta aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ação: Monitorar os registros de orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento:

Nos grupos de encontro, estabelecer listas de presença, e após, sinalizar no prontuário eletrônico e no prontuário específico de atendimento odontológico, quais crianças e responsáveis receberam tais orientações, para monitorar o percentual de responsáveis orientados nestas questões.

Organização e Gestão:

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal.

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre dieta.

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento:

Definir, em encontro com a equipe, qual a melhor forma de organizar os encontros na comunidade ou escolas. De preferência, solicitar ao técnico de saúde bucal a responsabilidade sobre hábitos em higiene bucal, aos ACS e equipe de enfermagem a possibilidade de informar a respeito de dieta a hábitos de sucção.

Engajamento Público:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento:

Fortalecer o engajamento público através de palestras na comunidade e nas escolas, com orientações a respeito de higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritivas e prevenção de oclusopatias a 100% das crianças/responsáveis cadastrados.

Promover a “Escovação Supervisionada”

Organizar folderes interativos, vídeos ilustrativos e grupos de escovação supervisionada nas escolas, com as orientações previstas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança.

Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre dieta conforme a idade da criança.

Ação: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento:

Com ajuda do odontólogo, capacitar, nas reuniões, a todos da equipe com as orientações pertinentes. Fornecer material para leitura.

2.3.2 Indicadores

Indicadores saúde da criança

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança

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

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

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

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

2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitorada.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores de saúde bucal das crianças

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança

1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador 1.1: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares

2.1. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência

Indicador 2.1: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

2.2. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Indicador 2.2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

2.3. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

3.1. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Indicador 3.1: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

3.2. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Indicador 3.2: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

Relativos ao objetivo 5: Promover a saúde da crianças

5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

5.2. Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.3: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na Saúde da Criança, utilizaremos o Protocolo do Ministério da Saúde, de 2012, “Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento”. A enfermeira irá imprimir o protocolo do Ministério da Saúde e disponibilizará na sala do médico e na sala da enfermagem, uma cópia. Caso necessário, nova cópia será impressa.

Na UBS Sede de Bom Princípio, não há em funcionamento nenhum tipo de registro específico para o atendimento às crianças. Desta forma, será necessária a criação de ficha espelho, com dados do nascimento, espaço para avaliar aleitamento materno, espaço para sinalizar testes de triagem realizados, anexar à ficha espelho o calendário vacinal da criança, semelhante ao presente na Caderneta, tabela de crescimento e desenvolvimento, assim como a ficha de avaliação odontológica de cada criança. A elaboração da ficha espelho será realizada pelo médico, com auxílio da enfermeira e do odontólogo. O projeto visa aumentar para 70% o número de crianças menores de 72 meses em acompanhamento regular na Unidade. Será preciso solicitar, junto ao gestor municipal, a disponibilização de, no mínimo, 70 cópias de prontuários clínicos e odontológicos (fichas espelhos), assim como de calendário vacinal e curvas de crescimento e desenvolvimento. No decorrer das atividades os dados das fichas espelho serão preenchidos pelo médico, enfermeiro e auxiliar, e ficarão disponíveis na secretaria da Unidade. Para acompanhamento da intervenção, será elaborada planilha eletrônica de coleta de dados, que deverá conter as mesmas informações presentes nos prontuários clínicos, porém de forma resumida, para controle do atendimento prestado. O prontuário eletrônico deverá ser atualizado semanalmente, com os dados coletados nos últimos sete dias. A revisão do prontuário eletrônico será realizada mensalmente.

Para organização inicial dos prontuários específicos, o médico irá revisar os prontuários das 16 crianças que estão, neste momento, em acompanhamento de puericultura, e transcrever as informações coletadas nestes para as fichas espelho.

Desta forma, poderemos avaliar inicialmente como está o atendimento prestado a estas crianças. É possível também, que seja necessária visita domiciliar inicial a estas crianças, com a finalidade de avaliar dados disponíveis na Caderneta de Saúde de cada uma delas e informações prestadas pelos responsáveis, já que os prontuários clínicos não são preenchidos de forma adequada.

Para aumentar o número de crianças em acompanhamento, o passo inicial será feito pelos ACS, que farão uma listagem de todas as gestantes da área com a respectiva data provável do parto. Nos primeiros quatro dias pós parto as ACS deverão realizar visita domiciliar solicitando consulta médica até no máximo 7 dias completos de vida. O ACS comunica ao auxiliar de enfermagem o nascimento de RN na área. Caso não ocorra agendamento de consulta em até 7 dias, a médica e a auxiliar de enfermagem realizarão visita domiciliar. As datas do nascimento e a data da primeira consulta deverão ser sinalizadas pelo médico ou ACS nos prontuários, escritos e eletrônicos. Ao final de cada primeira consulta o médico sinalizará no prontuário eletrônico quantos dias se passaram até a realização da primeira consulta. Durante esta primeira consulta, o médico deverá sinalizar na ficha espelho, em espaço adequado para triagens, quais os testes que foram realizados, com as respectivas datas. Nesta consulta, também deverá ser realizado o Teste do Reflexo Vermelho, pelo médico. Além disto, o médico deverá observar a mamada. Ao realizar a atividade, sinalizará em prontuário escrito quais crianças foram observadas.

A avaliação de crescimento e desenvolvimento, assim como os dados do peso, poderão ser realizadas e sinalizadas, nos prontuários escritos, pelo médico, enfermeira ou auxiliar. Aquelas crianças que tiverem medidas alteradas deverão ter ser prontuários separados dos demais.

A auxiliar de enfermagem responsável pelas vacinas, deverá realizar o preenchimento correto da Caderneta da Criança, assim como da ficha espelho, no espaço referente as vacinas realizadas. No início do projeto, as crianças deverão ter seus calendários vacinais atualizados nas fichas-espelho. Neste momento poderemos avaliar se alguma criança tem vacinas em atraso.

Durante a revisão dos prontuários clínicos, ou visitas domiciliares, quando necessário, o médico deverá avaliar quais são as crianças que estão recebendo complemento de sulfato ferroso. Nesta fichas-espelhos, deverá ter espaço para determinar o mês da última mamada, e ao lado a respectiva duração da atividade. 30º dia.

Nas fichas-espelho, deverá ser disponibilizado espaço para sinalizar as crianças de risco. Após avaliação, o médico deverá sinalizar quais são estas crianças. Estas crianças deverão ter acesso na forma de “Porta Aberta” na Unidade, quando necessário. Ao chegar na Unidade, a secretária deverá contatar o médico e este realizará o atendimento na forma de urgência. Além disto, após cada consulta, o médico deverá agendar o retorno desta na agenda de consultas.

Conforme já referido, então, toda quinta-feira, o médico coletará os dados dos prontuários escritos e irá transcrevê-los em prontuário eletrônico. Estes dados são referentes a crianças que: realizaram a primeira consulta, com a data do nascimento respectiva, e aquelas que não compareceram a Unidade nos primeiros 7 dias de vida; revisão do calendário vacinal, sinalizando vacinas em atraso; crianças que estão recebendo ou iniciaram a suplementação de sulfato ferroso; dados de triagens; e dados de amamentação. Ao completar 1 e 5 anos, todas as crianças terão suas fichas-espelhos revisadas, a fim de monitorar o número médio de consultas realizadas.

Em todos os encontros de grupos, palestras, etc, auxiliar de enfermagem deverá passar lista de presença. Após a atividade, esta irá sinalizar em prontuário eletrônico, em espaço adequado, quais foram os responsáveis que estiveram presentes na orientação. Ao final de 30 dias, o médico revisa os prontuários e avalia qual a percentagem de responsáveis presentes nos encontros.

A fim de aumentar a percentagem da população de zero a 72 meses em acompanhamento, o médico deverá solicitar que os agentes comunitários façam uma listagem de todas as crianças da comunidade. Todas as crianças que procurarem atendimento na Unidade deverão ser cadastradas. Caso alguma criança, não cadastrada, realize atendimento médico com outro médico da Unidade, que não pertença a ESF, a secretária deverá comunicar ao médico da Estratégia e este disponibilizará horários para conversar com o responsável a respeito do projeto, realizando o cadastramento simultâneo deste.

Para priorizar o atendimento das crianças, a Unidade irá disponibilizar dois turnos semanais para o atendimento preferencial destas, conforme necessário, provavelmente segundas e quartas no turno da manhã. O agendamento destas consultas poderá ser realizado com a secretária por ligação telefônica. A busca ativa das crianças faltosas deverá ser realizada preferencialmente pelos agentes comunitários. O médico, ao avaliar os prontuários clínicos, deverá solicitar aos agentes a visita. Estes terão no máximo 7 dias para dar um retorno quanto a busca

ativa realizada, pois deverão ter no mínimo, dois horários disponíveis para estas buscas. O médico irá organizar a agenda para disponibilizar 3 a 4 horários semanais para receber estas. O médico, em contato com o agente comunitário, irá programar a consulta destes pacientes.

A enfermeira da ESF deverá revisar quais são os materiais disponíveis na Unidade para a realização das atividades de triagem, como material para medidas antropométricas, oftalmoscópio e dispensação do suplemento de ferro. O médico e a enfermeira avaliarão a necessidade de materiais novos e solicitarão para a gestão municipal. A secretária irá controlar a quantidade de suplemento de ferro disponível e irá comunicar ao médico quando não houver disponibilidade da medicação. A enfermeira irá solicitar o medicamento quando não houver mais na Unidade. A cada 30 dias a auxiliar de enfermagem deverá revisar a disponibilidade de vacinas e materiais, com controle de estoque e data de vencimento das vacinas. Caso necessário deverá comunicar a enfermeira e esta solicitar junto à gestão.

Conforme avaliação do médico, enfermeira ou auxiliar, as crianças avaliadas quanto ao desenvolvimento, deverão ter seus prontuários clínicos separados. O médico deverá solicitar avaliação do especialista. Neste momento o médico deverá comunicar ao agente comunitário esta avaliação e solicitar realização de visita domiciliar para manter acontra-referência.

Quanto aos testes de triagem, a Unidade já realiza o Teste do pezinho nos primeiros 7 dias. Acredito que não teremos problemas na manutenção da estratégia. Ao avaliar as crianças com teste auditivo em atraso, o médico deverá solicitar avaliação complementar e realização do teste. Quando necessário, o médico deverá solicitar avaliação do especialista.

Na atenção a saúde bucal, através da listagem produzida pelos agentes comunitários, o cadastramento destas crianças será realizado. O médico irá conversar com o odontólogo para disponibilizar um turno para atendimento destas crianças, preferência sextas, turno da manhã.

Enfermeira, auxiliar e médico deverão saber orientar toda criança que procurar atendimento na Unidade. Além disto, em conjunto, elaborarão palestras sobre tais assuntos. Os agentes comunitários poderão solicitar ao médico visita domiciliar para realização de orientações quando necessário.

A equipe deverá disponibilizar um turno a cada 30 dias para realizar atividade na Escola/creche e comunidade em geral. Para as atividades na escola, o médico

contatará professores e coordenadores na escola para avaliar os assuntos a serem discutidos. Os ACS também poderão solicitar ao médico a discussão de assuntos de interesse na comunidade. O material necessário será organizado PELO MEDICO, enfermeira e auxiliar de enfermagem. A técnica de enfermagem deverá organizar lista de presença nas atividades e deverá atualizar em prontuários após as atividades. Os ACS irão distribuir os convites para o comparecimento no grupo. O médico e a enfermeira irão expor ao grupo como será realizado o projeto, e suas características.

Para melhorar o engajamento público, os agentes comunitários deverão informar aos responsáveis pelo início do projeto. Nas primeiras semanas, o médico e a enfermeira deverão agendar um turno para realizar grupo com estes responsáveis. Entre os assuntos abordados nestes encontros estarão: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, avaliação de calendários vacinais, importância de testes de triagem, saúde bucal, fatores de risco para morbimortalidade na infância, aleitamento materno, alimentação na infância e suplementação de ferro. Em todos os encontros o auxiliar de enfermagem disponibilizará listas de presenças para melhorar o controle na promoção à saúde. O médico, em conjunto com a equipe, irá elaborar os materiais a serem utilizados nas palestras, entre eles, apresentações em slides, folderes, etc.

O projeto de intervenção visa também capacitar a equipe de saúde. Para iniciar o projeto, a enfermeira irá agendar reunião inicial com a equipe. O médico e a enfermeira irão orientar a todos a respeito do projeto, a importância do protocolo do Ministério da Saúde, a atenção a Saúde da criança e puericultura. A Secretária da Unidade deverá ser orientada pelo médico como realizar o acolhimento das crianças. O médico irá imprimir cópias do protocolo para distribuir entre os membros da equipe.

Realizaremos, com a equipe de saúde, alguns encontros para capacitar a todos sobre algumas atividades, como: a orientação do preenchimento dos formulários, treinamento das técnicas corretas de avaliação de crescimento (medidas antropométricas) e desenvolvimento, treinar o preenchimento das curvas e avaliação dos resultados e no preenchimento das fichas espelhos/prontuários escritos e eletrônicos, a leitura da Caderneta de Vacina, importância da suplementação de ferro e técnicas para realização do reflexo vermelho, fatores de risco para morbimortalidade, acidentes na infância, aleitamento materno e alimentação na infância. Para estas atividades, o médico e a enfermeira irão elaborar o material necessário, seja para exposição ou para leitura. O odontólogo deverá realizar um

encontro com a equipe para fornecer orientações a respeito da saúde bucal, avaliação das crianças de 6 a 72 meses quanto à necessidade de atendimento odontológico, acolhimento, cadastramento e identificação correta destes pacientes.

Saúde Bucal das Crianças

Para monitorar a qualidade do atendimento odontológico, médico e odontólogo criarão ficha de avaliação para as crianças em acompanhamento. Durante os atendimentos odontológicos, a equipe de saúde bucal deverá preencher adequadamente os dados em prontuário escrito. O médico, em reunião de equipe, deverá capacitar a todos a respeito do preenchimento adequado da ficha espelho odontológico. Apenas médico, dentista, enfermeiro e técnico em saúde bucal deverão ser orientados com relação ao preenchimento do prontuário eletrônico. A equipe de saúde bucal irá avaliar a disponibilidade de materiais necessários e, caso necessário, irá solicitar junto a gestão municipal aqueles que sejam necessários. Na quinta feira de cada semana o auxiliar de saúde bucal deverá transportar os dados coletados nos últimos sete dias para o prontuário eletrônico. Ao final de 30 dias o médico, junto com o odontólogo, irá avaliar os dados coletados, referentes ao número de crianças inscritas no programa.

Durante qualquer contato com a equipe de saúde, seja em consultas médicas, visitas domiciliares ou realização de grupos, as crianças deverão ser avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico, seja pela equipe de saúde bucal, pelo médico ou enfermeiro da ESF. As crianças identificadas deverão ser reunidas em listagem específicas sob responsabilidade da enfermeira. Preferencialmente, no momento da identificação dos mesmos, deverá entrar em contato com a secretaria da UBS para agendamento da consulta. Conforme seja possível, o médico irá conversar com o odontólogo a fim de disponibilizar um turno semanal para o atendimento destas crianças.

A primeira consulta programática deverá ser agendada imediatamente a todo responsável que buscar a Unidade. Caberá à secretária estabelecer este elo entre a equipe de saúde bucal e o paciente. Além disto, durante a realização de grupos,

poderão ser agendadas estas consultas. O odontólogo deverá disponibilizar mínimo 4 horários semanais para o atendimento das crianças com consultas programáticas. Durante a realização destes grupos com informações a respeito de higiene, dieta, sucção e prevenção de oclusopatias, o técnico de enfermagem ou o técnico de saúde bucal irá passar lista de presenças. Esta lista deverá ser atualizada pelo mesmo nos prontuários eletrônicos. Em 30 dias o médico irá avaliar o percentual de responsáveis que compareceram ao grupo.

As ACS deverão organizar lista com nome e endereço de todas as crianças do projeto, assim como organizar a visita domiciliar a estas famílias. A técnica de saúde bucal deverá contatar as ACS quais as crianças são faltosas. Estes terão um máximo de 7 dias para realizar visita domiciliar nestas famílias. A cada duas semanas, o médico irá avaliar com as ACS como está o acompanhamento destas crianças.

Conforme mencionado, então, ao final de 7 dias a técnica em saúde bucal irá transportar os dados dos pacientes atendidos nos últimos 7 dias para o prontuário eletrônico. Estes dados serão referentes a quais crianças foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, se estas compareceram ou não ao atendimento, quais crianças agendaram sua primeira consulta programática e quais compareceram ao atendimento. Em intervalos de 30 dias, o médico se reunirá com o odontólogo, a fim de discutir e analisar os dados coletados, as crianças que concluíram tratamento e a periodicidade das consultas. Após esta discussão, será agendada reunião com toda a ESF para discussão de metas e objetivos.

Em reunião de equipe, o odontólogo deverá capacitar a todos para orientar a comunidade sobre a importância da consulta programática a partir dos 6 meses, a diferença entre esta e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, treinamento para diagnosticar as principais alterações bucais na criança, manejo e manutenção da adesão ao tratamento, orientações sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. O médico, com orientação do odontólogo, irá avaliar materiais para disponibilizar aos membros da equipe para leitura.

Para melhorar o engajamento público à saúde bucal, informar sobre a importância da consulta odontológica programática, como agenda-las, a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a importância na conclusão do tratamento e do acompanhamento regular a saúde bucal, assim como aos seus direitos com relação ao acesso aos registros, a equipe

de saúde bucal, irá organizar, em conjunto com a enfermeira, um turno disponível para orientação da comunidade. Os ACS irão distribuir convites às famílias.

Além disto, em outro turno agendado, a equipe de saúde bucal, o médico e a enfermeira, organizarão um turno de atividades com a comunidade a fim de fornecer orientações a respeito de higiene bucal, dieta e hábitos de sucção. O odontólogo e o técnico em saúde bucal irá disponibilizar um turno para realização de escovação supervisionada nas escolas. O médico e o odontólogo irão construir folder para distribuição nos grupos e visitas domiciliares.

3 Relatório da Intervenção

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

No decorrer de doze semanas, a Estratégia da Saúde da Família da Unidade de Saúde Sede, no município de Bom Princípio, incorporou ao serviço o programa de assistência à saúde das crianças de zero a 72 meses, com base nas recomendações do Ministério da Saúde. Anteriormente ao início do Programa, pais procuravam atendimento médico apenas em caráter de urgência/emergência. O fato de não haver na UBS nenhum tipo de acompanhamento regular a puericultura foi o que motivou a escolha da intervenção. Durante as atividades, infelizmente, alguns problemas inviabilizaram que o programa fosse 100% executado. No entanto, é possível perceber claramente o real valor positivo que o projeto trouxe para a comunidade.

Conforme planejado, conseguimos organizar a agenda do médico para a realização das consultas. Temos em cada turno de trabalho dois horários disponíveis para atendimento das crianças. Nas situações especiais em que os responsáveis pelas crianças não conseguem comparecer a Unidade nos horários disponibilizados, realizamos consultas em horários extras. Conforme mencionado no projeto, qualquer criança que chegasse a Unidade deveria ser Acolhida e cadastrada. A partir do início do projeto qualquer criança que chega até a UBS é acolhida pela secretária ou pela técnica de enfermagem, estas fazem a orientação inicial e encaminham para agendamento de consulta com o médico. Este, então, realiza o cadastramento da criança e a primeira consulta, coletando todos os dados necessários para o preenchimento da ficha-espelho, como, por exemplo, os dados do nascimento. A partir de então, novas consultas passam a ser agendadas conforme a regularidade proposta pelo Ministério da Saúde. Todas estas consultas são realizadas pelo médico da ESF, com auxílio da técnica de enfermagem para avaliação das medidas antropométricas.

Na elaboração do Projeto de Intervenção ficou organizado como funcionaria a estrutura física e humana. De fato, conseguimos dispor de todo o material que precisávamos. Nas primeiras semanas, produzimos as fichas-espelho, as curvas de

crescimento e a impressão do Manual e do cronograma, base para o projeto. Todo este material está disponível na UBS. A Unidade já possuía balanças adequadas e calibradas (para menores e maiores de dois anos), fitas métricas, e antropômetros. Havia carência de Oftalmoscópio para realização do teste do Olhinho. Este material foi solicitado na Secretaria de Saúde, e hoje, dispomos de um oftalmoscópio adequado para a realização do Teste do Reflexo Vermelho. Além disto, a técnica de vacinação realiza mensalmente a avaliação dos estoques de vacina, e comunica a enfermeira a regularidade destes, para que não haja falta de nenhuma imunização.

Quanto à organização do serviço, tivemos que realizar algumas mudanças para atender a demanda. Nas primeiras semanas reunimos a equipe e apresentamos o Projeto de Intervenção, caracterizando exatamente qual seria o papel de cada profissional. Além disto, enfatizamos a importância dos agentes comunitários de saúde, que foram os grandes responsáveis pela disseminação da ideia na comunidade. No início da intervenção, conforme havia sido programado, estes fizeram a listagem das crianças de cada área, e assim, em cada reunião, conseguimos avaliar concretamente quais as crianças faltantes, para realização da busca ativa. Os ACS mantêm a estratégia de comunicar a técnica de enfermagem o aparecimento de uma nova criança na área adscrita. Isto ocorre a cada 15 dias, nas reuniões de equipe. Após esta comunicação inicial a equipe busca ativamente a família para a realização do cadastramento.

Conforme previsto no projeto, algumas atividades foram iniciadas. Os ACS comunicam nascimento das crianças em até três dias, para que a equipe realize visita domiciliar em no máximo quatro dias. A regra é que todos os RNs sejam visitados em no máximo sete dias de vida. Estes atendimentos são muito positivos na criação do vínculo da família com a ESF e conseguimos perceber muita falta de informações quanto aos cuidados com o recém-nascido, excepcionalmente em mães primigestas. Com a finalidade de sanar estas carências, organizamos grupo com gestantes, na presença de médico pediatra, técnica de vacinação e nutricionista. A ideia é manter estas reuniões semestralmente para atender a todas as gestantes da área. A ESF já está planejando o próximo encontro.

Das crianças cadastradas todas realizaram consulta na primeira semana de vida, estão monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento, e avaliadas quanto ao risco. Nas primeiras semanas, fizemos a capacitação da equipe para o preenchimento das fichas-espelhos e também para a avaliação das medidas

antropométricas. Assim, os técnicos da ESF conseguiram ajudar no preenchimento das fichas. As fichas-espelhos já preenchidas ficam armazenadas na sala de vacinação. Toda criança vacinada é também avaliada quanto ao crescimento e os dados são registrados na ficha. Aquelas crianças com déficit ou excesso de peso, além de receberem na Unidade todas as orientações médicas quanto à alimentação adequada conforme a idade, foram também encaminhadas ao atendimento com o nutricionista. Crianças com atraso no desenvolvimento foram avaliadas cuidadosamente. Conseguimos estabelecer em conjunto com fonoaudióloga e com a psicóloga, o atendimento multiprofissional destas crianças, quando foi necessário. Assim, a partir do início do projeto, todas as crianças com atraso de desenvolvimento são avaliadas adequadamente por estes especialistas. Os ACS orientam todas as crianças RN a realizarem o teste da Orelhinha e agendam a consulta com a fonoaudióloga para os primeiros dias de vida da criança. O fato de dispormos destes profissionais foi de extrema importância. Considero positivo o engajamento destes com o projeto, pois conseguimos manter “feedback” entre profissionais e a ESF, o que traz muitos benefícios ao atendimento integral dos pacientes.

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

Na décima segunda semana de intervenção, conseguimos avaliar de forma mais fiel quais foram os indicadores alcançados. Mesmo com a meta de atingir 70% das crianças entre zero e setenta e dois meses, a proporção de crianças inscritas no projeto ficou em 50%. Tivemos alguns empecilhos que impediram que este número fosse maior. No início do projeto tínhamos reservado dois horários por turno para o atendimento específico destas crianças. Em diálogo com os responsáveis pelas crianças percebemos que este horário restrito era inadequado para muitos em decorrência do horário de trabalho. Então, passamos a atender conforme a disponibilidade da agenda. Mesmo assim, muitas crianças não compareceram a Unidade por indisponibilidade de tempo dos pais, os quais trabalham em tempo integral, deixando que as crianças permaneçam na creche durante estes momentos.

Avaliamos a possibilidade de realizar o cadastramento na própria escola, ou então que os agentes comunitários de saúde o fizessem em casa. Desconsideramos a hipótese já que seria impossível que os pais estivessem presentes, e, logo, nos faltariam as informações a respeito da criança.

Os indicadores de qualidade de saúde nos mostraram alguns problemas. A porcentagem de crianças com o calendário vacinal não atingiu 100%. Acredito que este fato ocorreu porque muitas mães não levaram para a consulta a caderneta de vacinação, e, portanto, não consideramos estas com o calendário completo. Concluímos as doze semanas com 22,9% das crianças com fichas-espelho incompletas, devido a este fato. Na última semana fizemos busca ativa a estas, mas algumas não foram encontradas.

Entre as crianças de seis a 24 meses, apenas 50% estão fazendo uso de Suplementação de Ferro conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. No início do cadastramento percebi o quanto as mães eram resistentes e não compreendiam a real necessidade da prevenção. No decorrer da semana conseguimos satisfatoriamente inserir a técnica em algumas famílias. Outras ainda necessitam, mas, certamente, conseguiremos atingir um maior número de crianças para prevenção de anemia.

Cerca de 60% das crianças fizeram Triagem Auditiva e Teste do pezinho na primeira semana de vida. Percebi que a grande maioria das crianças que não fizeram ou que não obedeceram ao critério de tempo foram crianças mais velhas, com idade maior que 3 anos. Acredito que nos últimos anos tivemos um maior incentivo a realização destes programas e, desta forma, temos mais crianças regularmente sendo avaliadas. Tínhamos algumas crianças que não haviam realizado a Triagem auditiva. Contatamos a Fonoaudióloga e conseguimos que todas as menores de 3 meses fizessem o teste.

Quanto ao atendimento de saúde bucal, apesar de não termos atingido a meta de 50%, acredito que tivemos muitos ganhos. Nas primeiras semanas, contatei diversas vezes a equipe de saúde bucal para organizar e incentivar estes atendimentos visto a importância deste. 83% das crianças entre 6 e 72 meses foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento a saúde bucal. Destas, 26,4% fizeram a primeira consulta programada com o dentista. Sei que o número ficou 50% abaixo da meta que tínhamos estipulado, mas sei também o tamanho da dificuldade que foi engajar a equipe de saúde bucal. No início pensei, inclusive, que fosse

impossível. O dentista, durante todo projeto, se mostrou bem acessível e interessado. O nosso grande problema foi a indisponibilidade de tempo, visto que, além das agendas já estarem lotadas para os três próximos meses, tinha um mês em que a ESF ficaria sem atendimento odontológico devido a férias. Conseguimos então organizar alguns turnos para atendimento “Porta-Aberta”, o que possibilitou que algumas crianças fossem avaliadas. Mais uma vez, destaca-se o papel dos ACS na passagem de informações para as famílias.

As reuniões com a ESF foram realizadas regularmente. No início do projeto, discutimos metas, objetivos e a importância do projeto de ação elaborado. Capacitamo-nos quanto a leitura da Caderneta de Saúde, na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, no controle do calendário vacinal, nas orientações quanto aos hábitos alimentares e quanto a saúde bucal, na presença do dentista da equipe. Não conseguimos seguir corretamente o cronograma previsto, pois tivemos que nos adequar as outras atividades da Unidade e aos ciclos de férias. Estes encontros foram muito proveitosos.

Tivemos muitos problemas na realização dos grupos com a comunidade. Por indisponibilidade de tempo dos pais, e, também, por falta de engajamento das famílias na saúde da criança, durante as nossas reuniões, os ACS salientaram que a melhor estratégia seria a realização dos grupos na creche. Entrei em contato com a diretora diversas vezes. Uma delas, inclusive, conseguimos agendar um encontro com os pais. Porém, este foi desmarcado pela mesma. Já tínhamos organizado a atividade, da qual participaríamos eu, a enfermeira e a equipe de saúde bucal. No entanto, a diretora da creche contatou para cancelamento da atividade, visto que algumas crianças ainda estavam em férias. Ficou de retornar, porém, até este momento, não recebemos nenhum contato. Acredito que haja carência de conhecimento quanto a real importância destas atividades.

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

Acredito que a maior dificuldade na sistematização de dados ocorreu na coleta dos dados. Não tivemos dificuldades na contabilização dos dados, no fechamento das planilhas ou nos cálculos dos indicadores. No entanto, para que a coleta dos dados ocorresse adequadamente era preciso que os responsáveis pelas crianças tivessem disponíveis os dados da Caderneta da Criança.

Os ACS sempre orientavam quando a necessidade de comparecer a consulta médica portando a documentação da criança, porém, mesmo assim, em muitos encontros estes não traziam a Caderneta, impedindo que as fichas-espelhos estivessem atualizadas. Na tentativa de melhorar este indicador fizemos busca ativa a estas famílias com a finalidade de preencher corretamente as fichas. Mesmo assim não conseguimos que 100% das crianças cadastradas estivessem com todos seus dados armazenados na Unidade.

O preenchimento dos dados coletados nas planilhas eletrônicas foram todos realizados por mim. Disponibilizamos dois horários por semana para que eu realizasse a atualização, todas realizadas na quinta-feira. O fechamento das planilhas ocorreu da forma correta e muitas vezes avaliamos em conjunto os resultados dos indicadores.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Com a conclusão destes meses de trabalho, considero como muito positivo os ganhos no atendimento prestado a criança menor de 72 meses. Estamos mantendo nossos atendimentos regularmente, o que é importante, e acredito que a estratégia vai permanecer na equipe. Na última semana decidimos por armazenar as fichas-espelho na sala de vacinação, visto que um maior fluxo de crianças será avaliado. Acredito que, caso eu não esteja na Unidade, não será mantido a atualização das planilhas em computador, já que não há ninguém, que não seja eu, que realize este preenchimento. Sei que tivemos alguns problemas que não permitiram atingir nossas metas integralmente. Porém, percebo muitas mudanças no funcionamento do serviço

e principalmente, na concepção do que é realmente o atendimento de puericultura, no sentido de prevenção e promoção da saúde, e não apenas na atenção a doença. Acredito que toda a equipe participou de forma satisfatória, mas cabe ressaltar a importância da ação dos ACS, já que estes são o elo entre equipe e comunidade.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Saúde da Criança

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

1.1.

Meta: Ampliar a cobertura da atenção a saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Indicador: número crianças inscritas no programa de saúde da criança da Unidade de Saúde.

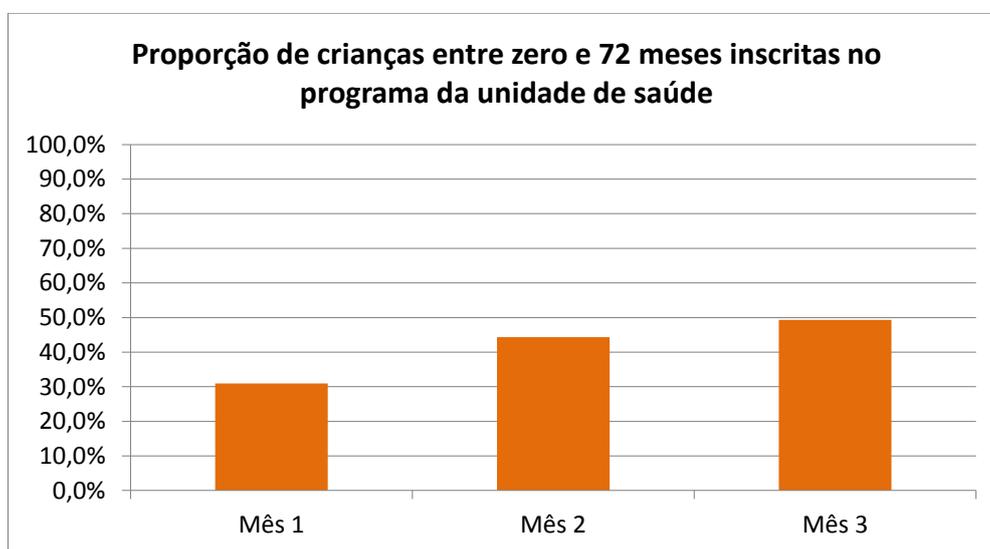


Figura 1 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Bom Princípio, RS, 2014.

Durante a elaboração das metas do projeto de intervenção, estabelecemos que um mínimo de 70% das crianças da área seriam cadastradas regularmente. De um total de 142 crianças, conseguimos cadastrar 70, alcançando a um indicador de 49,3% no final das doze semanas de intervenção. Ao observar os três meses de

evolução, percebo que a maioria das crianças foram inscritas no primeiro mês de intervenção. Percebi que com o passar das semanas este número foi caindo gradativamente, chegando nas últimas semanas a uma média de 1 a 2 crianças por semana.

Sei que não atingimos a meta preestabelecida, porém, considero que o número de crianças acompanhadas já é muito positivo. Vejo que os agentes comunitários de saúde tiveram fundamental importância no cadastramento destas crianças, pois foram os responsáveis pelo vínculo entre a família e a Unidade. Anterior ao projeto, as crianças da área não eram acompanhadas regularmente. Hoje, conforme mencionado, temos 70 crianças acompanhadas. A equipe, de forma geral, se empenhou para que este número fosse atingido. A dinâmica entre técnicas de vacinação-secretárias-enfermeira-médico fortaleceu muito a estratégia, visto que todas as crianças que chegavam a Unidade eram acolhidas.

Tivemos como maior dificuldade o fato de que a grande maioria dos pais permanecia trabalhando durante todo o período em que a Unidade estava funcionando, deixando as crianças em tempo integral na creche. Mesmo disponibilizando muitos horários flexíveis, acredito que este foi o maior empecilho no cadastramento destas crianças.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à Criança.

2.1.

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

Indicador:proporção de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

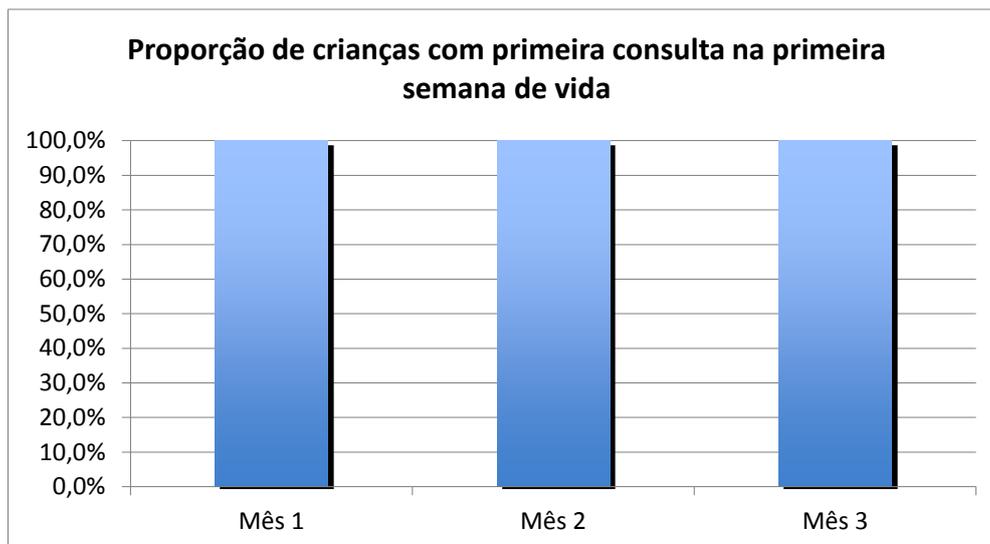


Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Bom Princípio, RS, 2014.

100% das crianças cadastradas, ou seja, 70 crianças, receberam a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida. Durante o preenchimento das fichas-espelho, sempre questioneei a existência desta primeira consulta na primeira semana de vida e todas as mães confirmaram. Acredito que possa haver algum viés de memória, pois atendemos algumas crianças carentes quanto à atenção dos pais, e, portanto, não vejo como real este dado.

Durante a definição do projeto, estabelecemos que os ACS fariam a listagem das crianças e gestantes da área, no início da intervenção. Isto possibilitou o acompanhamento e a busca ativa destas famílias. Nestas doze semanas tivemos apenas 3 nascimentos. Todos eles foram comunicados pelo ACS nos primeiros 3 dias, e a equipe de saúde realizou a visita domiciliar nos primeiros 7 dias. Podemos concluir então, que desde o início da intervenção, 100% dos recém-nascidos foram avaliados nos primeiros dias do nascimento.

2.2.

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

Indicador: proporção de crianças com monitoramento do crescimento.

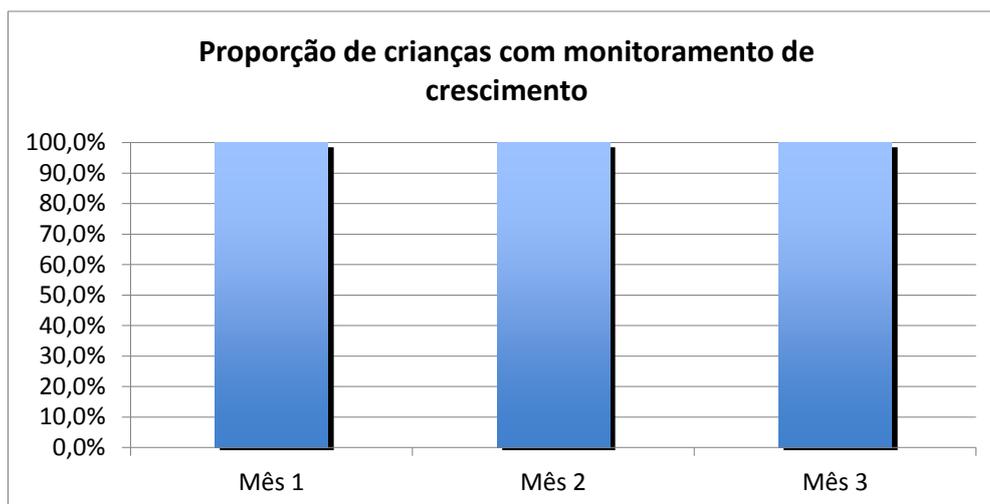


Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Bom Princípio, RS, 2014.

Todas as 70 crianças cadastradas no projeto de intervenção estão sendo monitoradas quanto ao crescimento. Desta forma, atingimos a meta de 100% das crianças cadastradas. No decorrer dos 3 meses mantemos a estratégia de avaliar todas as crianças quanto a este critério.

Temos na Unidade, desde o início da intervenção, disponível todo o material para o acompanhamento do crescimento das crianças. Além disto, no início da intervenção realizamos a capacitação da equipe quanto às medidas antropométricas e a avaliação nas curvas de crescimento. Desta forma, vários membros da equipe estavam aptos a monitorar o crescimento destas crianças. Orientamos o preenchimento correto da ficha-espelhos e também das curvas das Cadernetas de Vacinação, para que a família também possa acompanhar este crescimento. Acredito que esta estratégia será fielmente seguida na Unidade.

2.3.

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

Indicador: proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

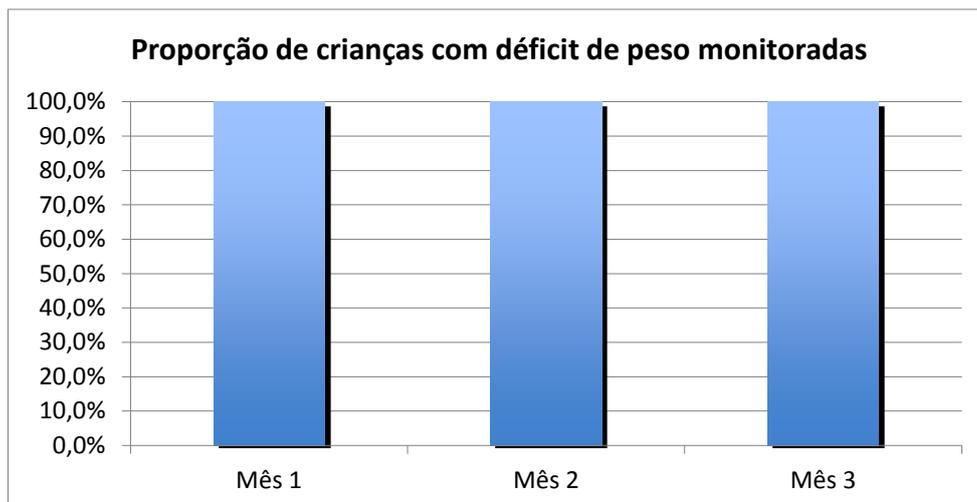


Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Bom Princípio, RS, 2014.

Nove das crianças avaliadas estão com déficit de peso. Todas elas (100%) estão sendo monitoradas. Percebo que todas elas têm uma curva de crescimento cronicamente abaixo do esperado, a maioria por serem crianças prematuras. Nenhuma delas estava apresentando eventos agudos.

Conforme mencionado no item 2.2., o empenho de toda a equipe de saúde, que já tem domínio das técnicas de medidas antropométricas, facilitou que este indicador atingisse a meta de 100%.

2.4.

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

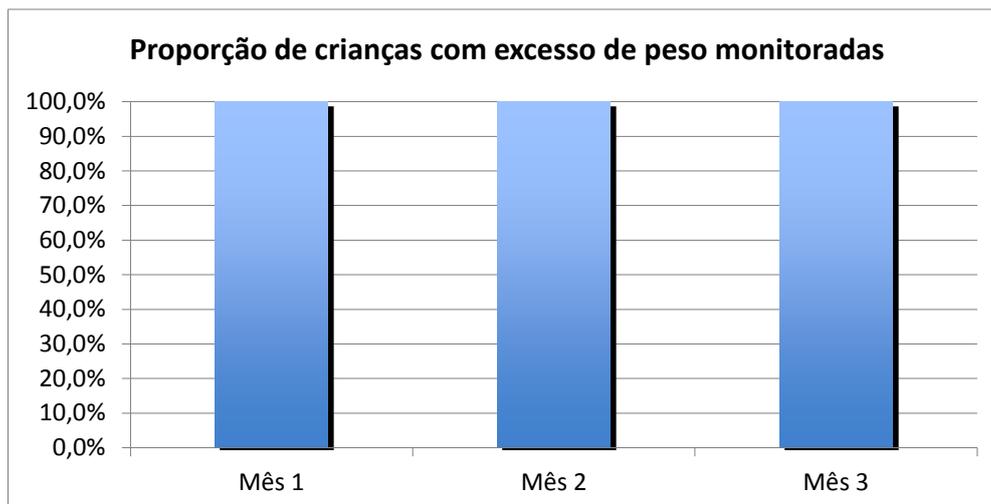


Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. Bom Princípio, RS, 2014.

Quinze, das setenta crianças cadastradas, está com excesso de peso, o que representa cerca de 21% das nossas crianças menores de 5 anos. Todas elas (100%) estão em acompanhamento regular na Unidade.

No decorrer desta avaliação tivemos algumas crianças com obesidade grave. Estas foram encaminhadas para avaliação nutricional. Todos os pais foram incansavelmente orientados.

2.5.

Meta: Monitorar o desenvolvimento em 100 % das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

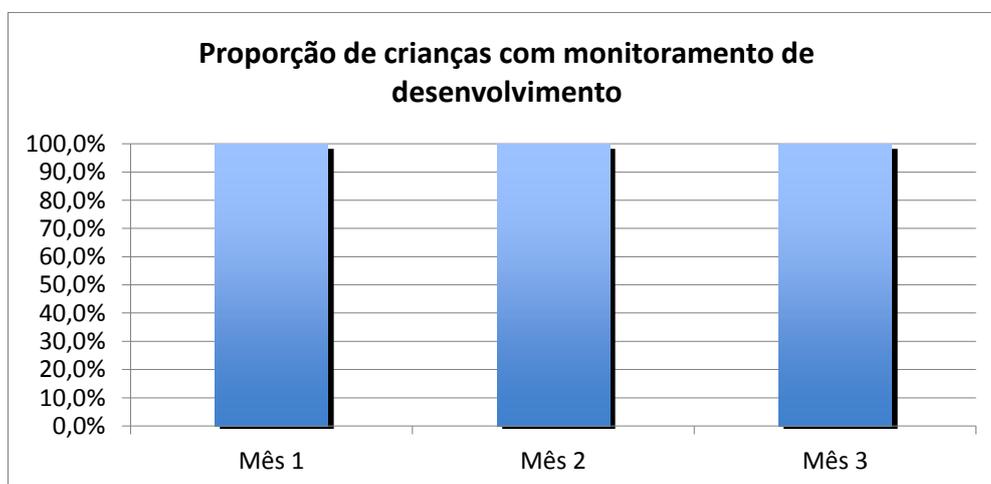


Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Bom Princípio, RS, 2014.

Todas as 70 crianças estão monitoradas quanto ao desenvolvimento. A avaliação do desenvolvimento da criança foi incorporada a consulta médica desde o início do projeto de intervenção, observando atentamente marcos importante do desenvolvimento da criança.

Aquelas com atraso do desenvolvimento estão sendo avaliadas com maior frequência por médico, psicóloga ou fonoaudióloga, conforme necessidade. Conseguimos estabelecer satisfatoriamente uma rede de apoio dentro do município, proporcionando um atendimento multidisciplinar para as crianças necessitadas. Além disto, mantemos, com os ACS, uma vigilância mais atuante a estas crianças, com visitas domiciliares mais frequentes a estas famílias.

2.6.

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

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

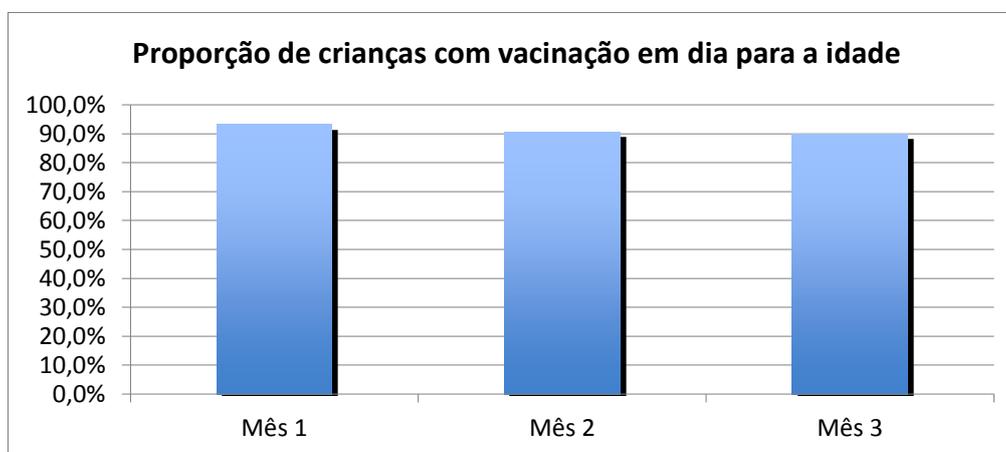


Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Bom Princípio, RS, 2014.

Das crianças inscritas no projeto de intervenção, 90% estão com o calendário vacinal em dia. 63 crianças estão com todas as suas vacinas em dia conforme a idade. Acredito que este indicador esteja subestimado. A ESF desde antes do início do projeto de intervenção, sempre esteve muito bem estruturada e organizada quanto a disponibilização das vacinas do Calendário Vacinal. Acredito que este indicador não esteja em 100% porque algumas mães não levam a Caderneta de Saúde para o atendimento, e, portanto, estas crianças não são consideradas como “em dia”. Mesmo

que o relato do responsável fosse positivo, apenas consideramos aquelas crianças que traziam a Caderneta documentando a vacinação.

Além disto, os agentes comunitários de saúde estão capacitados na leitura da Caderneta, e fazem verificações constantes nestas durante as visitas domiciliares. A técnica de vacinação, também tem papel fundamental no sucesso deste indicador, pois realiza frequentemente verificação dos estoques de vacinas para que não haja indisponibilidade das mesmas.

2.7

Meta: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças entre 6 e 24 meses de idade.

Indicador: Proporção de Crianças entre 6 e 24 meses de idade com suplementação de ferro.

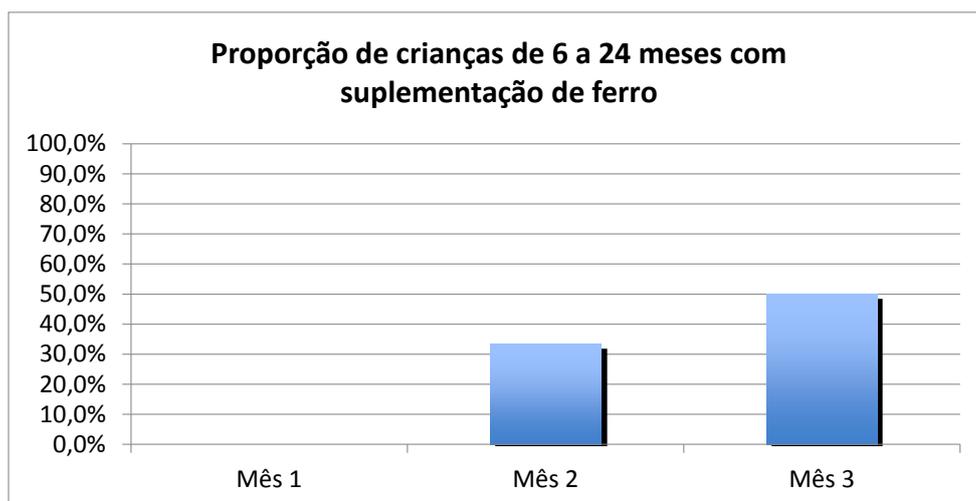


Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Bom Princípio, RS, 2014.

Das crianças entre 6 e 24 meses cadastradas, apenas 50% estão recebendo suplementação de ferro. Temos 18 crianças nesta faixa etária, e 9 estão recebendo a profilaxia da anemia, conforme recomendado pelo Ministério da saúde. No decorrer das semanas conseguimos aumentar progressivamente este indicador.

Acredito que este foi um dos indicadores em que tivemos a maior dificuldade em atingir a meta. Desde o início da intervenção percebi que não havia na comunidade o reconhecimento a respeito da necessidade da prevenção da Anemia com a reposição do suplemento de ferro. Muitas mães eram resistentes a suplementação, pois desconheciam a importância da estratégia. No decorrer das consultas, através do diálogo e orientação, conseguimos estabelecer a técnica em 9 crianças. Acredito que conseguiremos melhorar este indicador com a continuidade do acompanhamento.

2.8

Meta: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

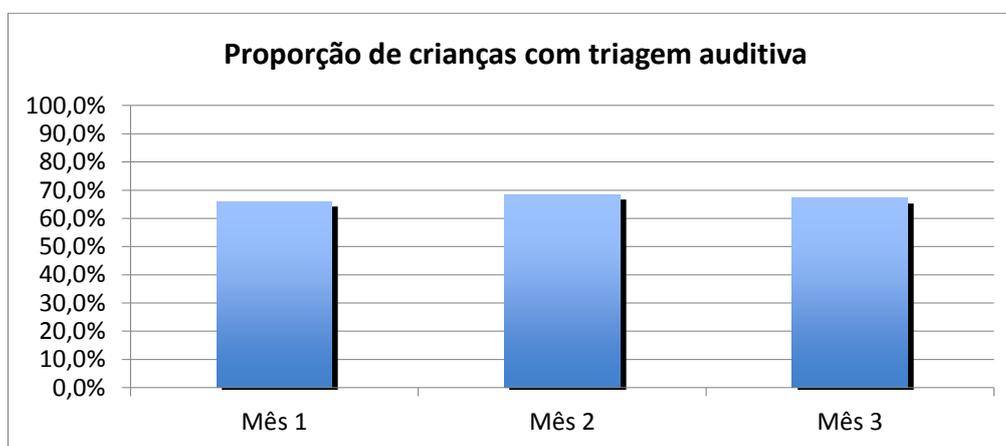


Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva. Bom Princípio, RS, 2014.

Ao final das doze semanas de intervenção temos 47 crianças que realizaram a triagem auditiva, o que representa 67,1% das crianças cadastradas. Ao analisar este indicador percebo que a maioria das crianças que não realizaram este teste de triagem eram crianças mais velhas. Acredito que no momento do nascimento destas ainda não havia este esforço em fazer que todas as crianças fossem triadas. Percebo que

praticamente 100% das crianças menos de 2 anos fizeram os testes. Acredito que se esta avaliação fosse apenas para este sub-grupo teríamos dados diferentes.

No decorrer da intervenção, contatei a fonoaudióloga com a finalidade de saber como orientar aos responsáveis daquelas crianças que não realizaram o teste. Como apenas crianças menores de 3 meses devem ser triadas, fica inviável que 100% das crianças cadastradas tenham o teste, pois muitas são maiores de 3 meses. Discutimos então a importância da orientação aos pais dos recém-nascidos, para que o indicador melhore a partir de agora.

2.9.

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

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

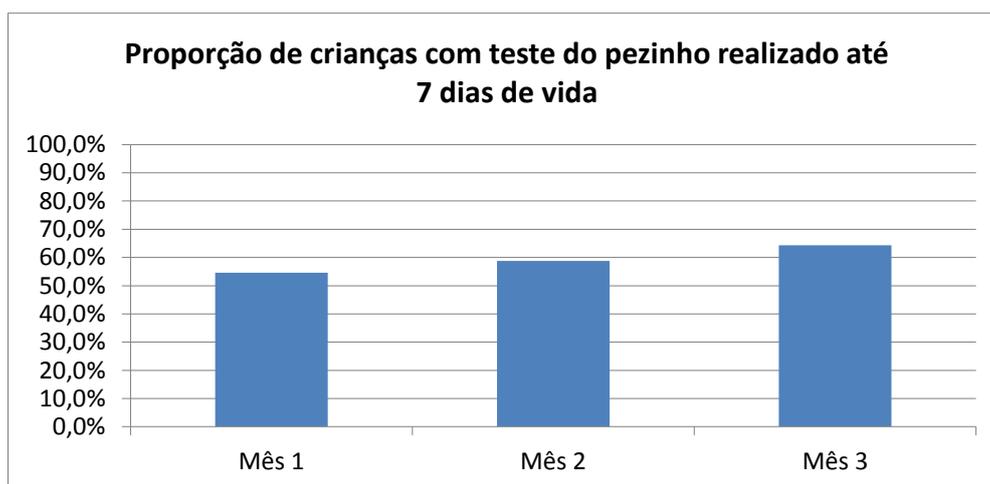


Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Bom Princípio, RS, 2014.

Quarenta e cinco crianças, ou seja, 64,3% das cadastradas realizou o Teste do Pezinho nos primeiros sete dias de vida.

Acredito que neste indicador temos o mesmo problema encontrado com a Triagem auditiva. Consigo observar uma diferença considerável entre as crianças menores de dois anos e aquelas mais próximas aos 5 anos. Acredito que o fato seja resultado da constante política e estímulo a realização do teste que vem se acentuando nos últimos anos. A grande maioria das nossas crianças menores realizou o teste na primeira semana de vida. Os ACS foram orientados para incentivar, incansavelmente, que as famílias compareçam a Unidade neste período de tempo

para a realização da coleta. Acredito que, com o passar do tempo, teremos muitas melhorias neste indicador.

2.10.

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

Indicador: Proporção de Crianças entre 6 e 72 meses que realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

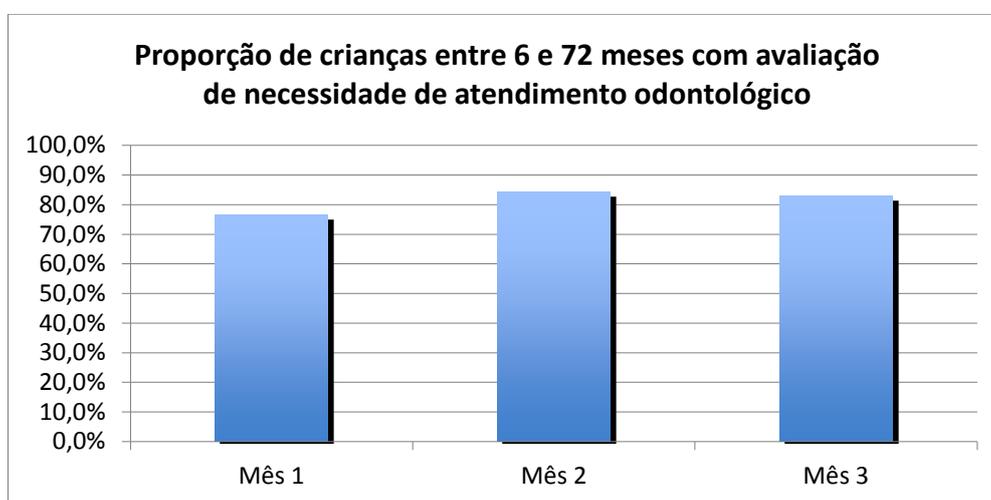


Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Bom Princípio, RS, 2014.

83% das crianças cadastradas foram avaliadas quando a necessidade de atendimento odontológico. 44 das 53 crianças com idade entre seis e setenta e dois meses recebeu este tipo de avaliação. Ao avaliar este indicador e ver a progressão dos gráficos no decorrer das semanas, percebo que no início da intervenção provavelmente deixamos algumas crianças sem a avaliação. Acredito que foi um período de adaptação da equipe, que acabou por incorporar este tipo de atendimento a saúde da criança. Nas últimas semanas, durante todos os atendimentos, realizamos a orientação quanto aos cuidados com a higiene bucal, assim como a avaliação quando a necessidade do atendimento odontológico.

2.11.

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

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

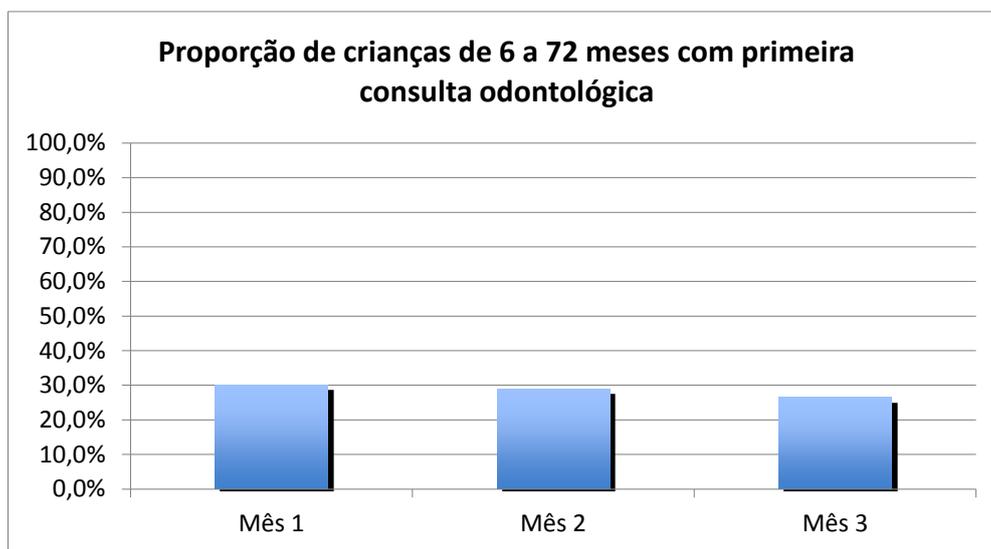


Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Bom Princípio, RS, 2014.

Das 53 crianças entre 6 e 72 meses, apenas 14 realizaram a primeira consulta odontológica. Terminamos as doze semanas de intervenção com este indicador em 26,4%, consideravelmente abaixo do esperado.

Tivemos muitas dificuldades ao implementar esta ação. A equipe de saúde bucal não tinha como rotina o atendimento de crianças. Além disto, temos uma superlotação das agendas do dentista, que não presta atendimento exclusivamente a nossa ESF. Para complicar um pouco mais, tivemos 1 mês de recesso. Todos estes fatores contribuiriam negativamente no projeto. Mesmo assim, considero que o ganho foi muito positivo. Conseguimos, em conjunto com a equipe de saúde bucal, estabelecer alguns turnos em regime de “Porta-Aberta” exclusivamente para estas crianças. E isto possibilitou que o atendimento fosse prestado. Por isso também, observamos que os gráficos de acompanhamento da intervenção são bem irregulares. Não conseguimos estabelecer uma rotina no atendimento da criança, apenas alguns turnos de atendimento. Acredito que podemos melhorar a qualidade desta ação, visto que, agora, a comunidade já tem conhecimento da necessidade do atendimento. Já

temos mais crianças procurando orientações a respeito da saúde bucal. Desta forma, vejo que a intervenção trouxe muitos benefícios a comunidade.

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

3.1.

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

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



Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. Bom Princípio, RS, 2014.

Desde o início do projeto soube que não teríamos problemas quanto a crianças faltosas. A população adscrita a ESF da Sede é bem fiel aos atendimentos e comparece quase integralmente as consultas agendadas. Tivemos apenas duas crianças faltosas. Nestes casos comuniquei ao agente comunitário de saúde, e estes realizaram busca ativa em até uma semana, conforme descrito no projeto inicial. Algumas crianças que foram desmarcadas realizaram novo agendamento no mesmo momento, e, portanto, não necessitaram de busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1.

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

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

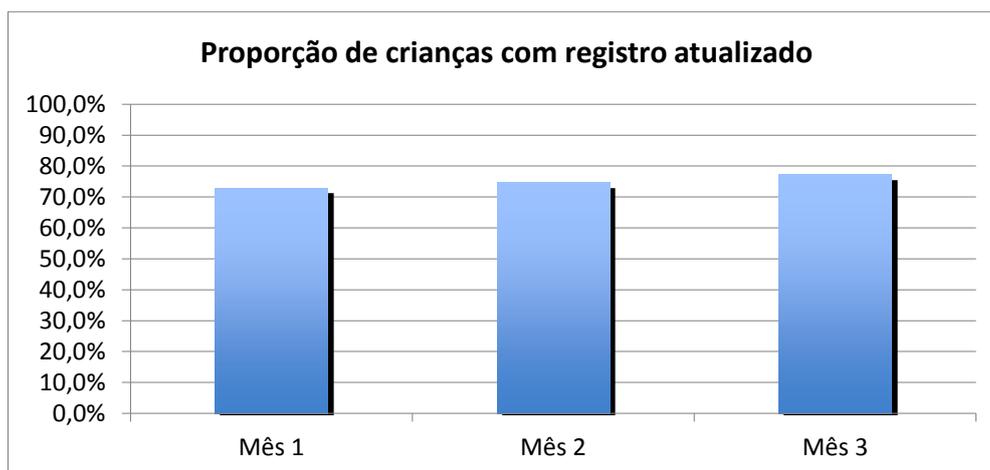


Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. Bom Princípio, RS, 2014.

Com o desfecho das semanas, temos 54, das 70, crianças com o registro em ficha-espelho atualizado. Atingimos um percentual de 77,1% das crianças cadastradas. Conseguimos observar que com o decorrer das semanas tivemos melhorias progressivas neste indicador. Acredito que isto ocorre por que insistimos incansavelmente com os agentes comunitários de saúde, para que os responsáveis trouxessem a Caderneta de Saúde nas consultas agendadas. Vejo um número considerável de mães não trouxe a Caderneta nas primeiras consultas, e, portanto, estas crianças não tiveram suas fichas completas. Com a passagem dos dias um número cada vez menor de mães esquecia de trazer o material. Além disto, nas últimas duas semanas, realizamos uma revisão de prontuário e listamos aquelas crianças que estavam com as fichas incompletas. Os ACS fizeram então busca ativa a estas crianças e conseguimos preencher adequadamente algumas.

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

5.1.

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

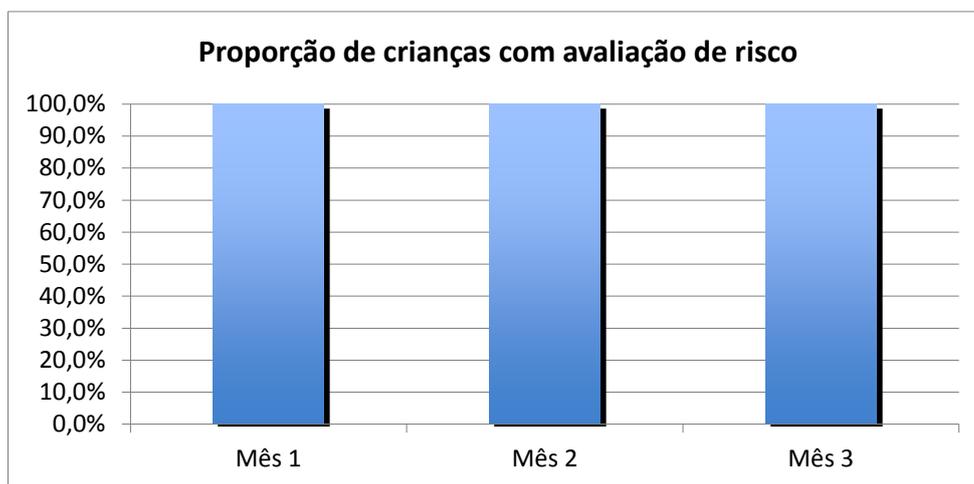


Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco. Bom Princípio, RS, 2014.

100% das crianças cadastradas no projeto de intervenção a Saúde da Criança, foram avaliadas quanto ao risco. Todas as crianças acolhidas na Unidade receberam este tipo de intervenção desde o início do projeto, e se estabeleceu como rotina da ESF. Temos muito comprometimento por parte dos ACS que contatam a equipe imediatamente sempre que necessário atenção a uma criança. Sabemos o quão fundamental é o apoio destes profissionais que são o primeiro contato da família a Unidade. Tivemos algumas solicitações de visita domiciliar a crianças em risco, seja ele orgânico, social ou físico. Todas as visitas foram realizadas com sucesso. Além disto, em alguns casos foi necessário o apoio do profissional da Assistência Profissional, e assim conseguimos uma abordagem adequada.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

6.1.

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

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

6.3.

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

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

6.4.

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

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

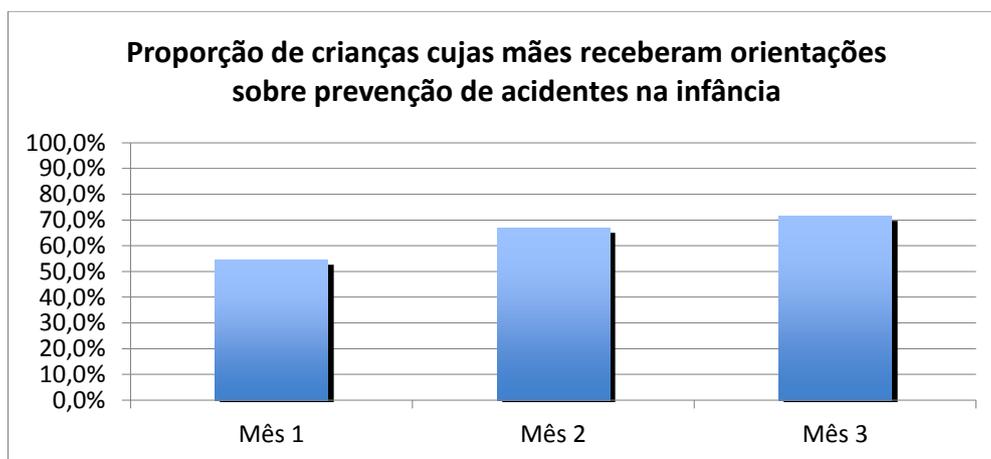


Figura 16 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Bom Princípio, RS, 2014.

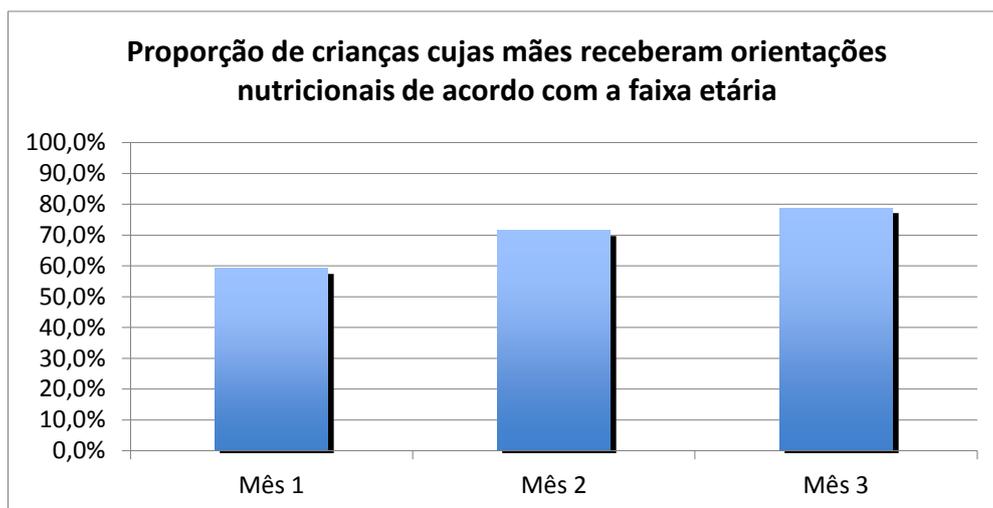


Figura 17 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Bom Princípio, RS, 2014.

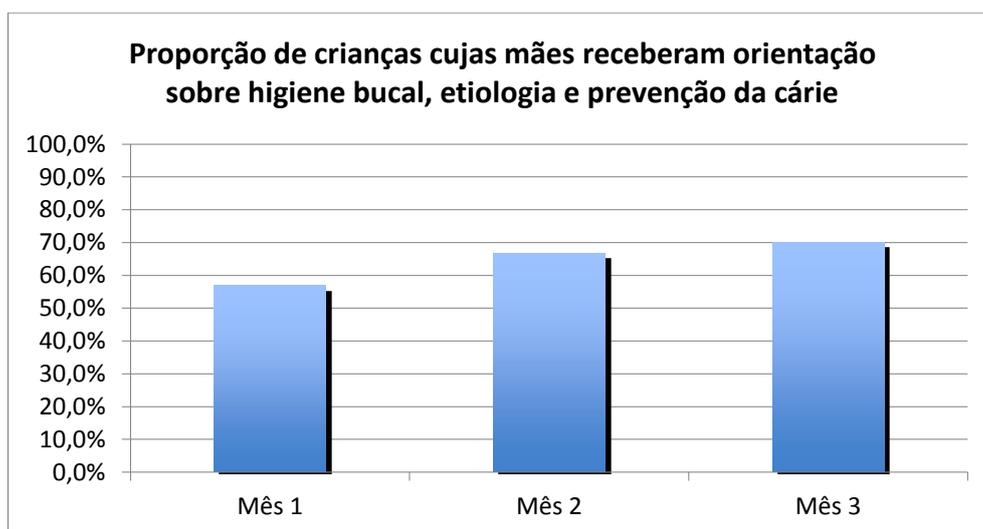


Figura 18 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie. Bom Princípio, RS, 2014.

No decorrer do projeto tivemos alguns problemas na execução das tarefas de saúde coletiva. Tínhamos planejado que realizaríamos encontros na comunidade para a orientação com relação a saúde bucal, nutrição e prevenção de acidentes na infância. Infelizmente, não conseguimos realizar estes grupos com a comunidade. Os ACS fizeram uma pesquisa de interesse e a maioria das famílias não se dispôs a participar. Acredito que, além da indisponibilidade de tempo, ainda temos muita carência com relação ao conhecimento das famílias sobre a importância da saúde da

crianças, no que diz respeito principalmente a prevenção, e não apenas aos aspectos curativos.

Enfim, não realizamos encontros na comunidade, porém, instituímos como rotina no atendimento da criança a orientação aos responsáveis quanto a estes assuntos. No início da intervenção não estávamos utilizando esta estratégia. No entanto, no decorrer da semana, percebemos a evolução deste tipo de abordagem. No final das doze semanas, temos, entre as 70 crianças cadastradas, 50 que os pais receberam orientações quanto a prevenção de acidentes na infância, 55 cujas mães receberam orientações nutricionais conforme a faixa etária, e 49 cujos responsáveis foram orientados quanto aos cuidados com a saúde bucal. Temos, então, respectivamente, 71,4%, 78,6% e 70% dos responsáveis que receberam estas orientações.

6.2.

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

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

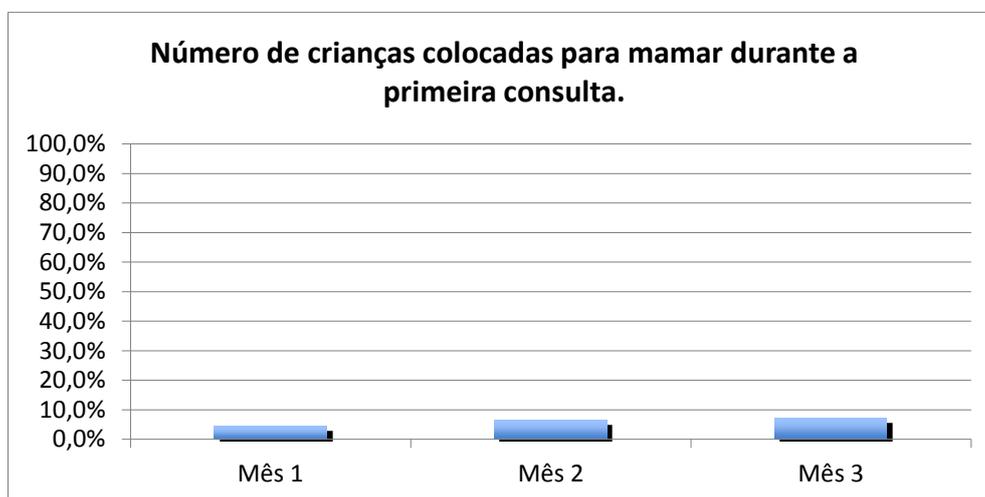


Figura 19 Gráfico indicativo do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Bom Princípio, RS, 2014.

Temos apenas 5 crianças que foram observadas mamando na primeira consulta, correspondendo a um percentual de 7,1%. Destas cinco crianças, 3 são os recém nascidos que foram avaliados nos primeiros sete dias de vida conforme o recomendado. Outras duas são RN menores de 28 dias. Acredito que este indicador

não tenha atingido a meta de 100% porque a grande maioria das crianças não estava mais em aleitamento materno. Além disto, poucas crianças eram RN e estavam iniciando a técnica do aleitamento materno. A grande maioria das mães já estava adaptada e não tinha dúvidas quando a amamentação.

Saúde Bucal da Criança

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da Criança.

1.1.

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

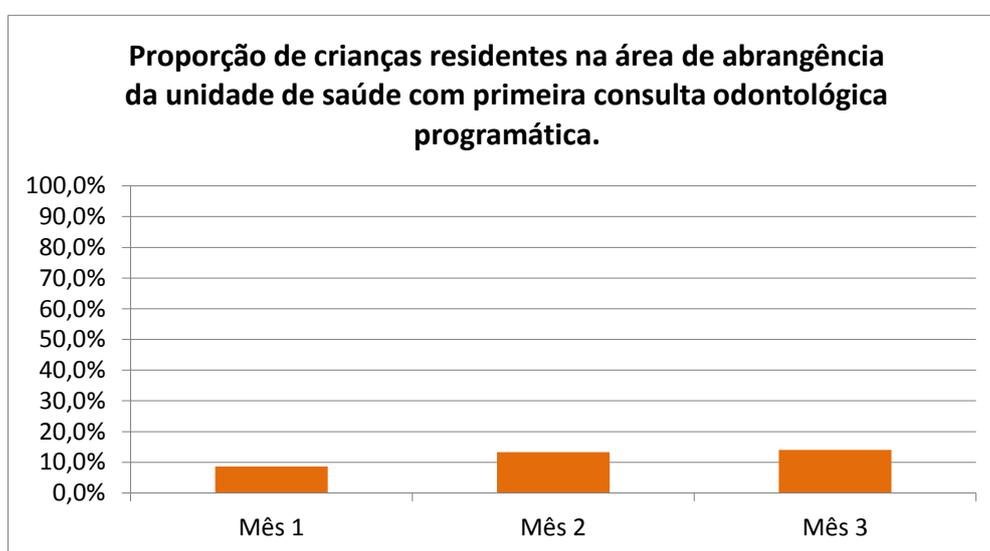


Figura 20 Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Bom Princípio, RS, 2014.

Na elaboração das metas com relação a saúde bucal das crianças entre 6 e 72 meses, estabelecemos como meta o cadastramento de 50% das crianças da área,

o que corresponderia a um mínimo de 64 crianças. Infelizmente não atingimos a meta. Conseguimos cadastrar apenas 18 crianças, 14,1% das crianças da área.

Desde o início do projeto criamos um vínculo importante e sólido com a equipe de saúde bucal. Estes sempre se mostraram dispostos a colaborar positivamente com a execução do projeto de ação. No entanto, tivemos alguns problemas. No decorrer dos três meses de intervenção, um mês a equipe de saúde bucal estava em recesso, logo, não houve nenhum tipo de atendimento odontológico na Unidade. Além disto, o agendamento das consultas é feito antecipadamente, e, portanto, já tínhamos os três meses com agenda completa, indisponibilizando horários para o agendamento das crianças. Conseguimos, então, em conjunto com a equipe de saúde bucal, organizar alguns turnos com atendimento “Porta-Aberta” para este grupo, o que possibilitou que algumas crianças fossem atendidas.

Mesmo não atingido a meta preestabelecida, vejo como muito positivo os avanços na atenção à saúde bucal da Criança. Percebo uma mudança importante na mentalidade da equipe e da comunidade quanto à importância da estratégia.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a saúde bucal dos escolares.

2.1.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

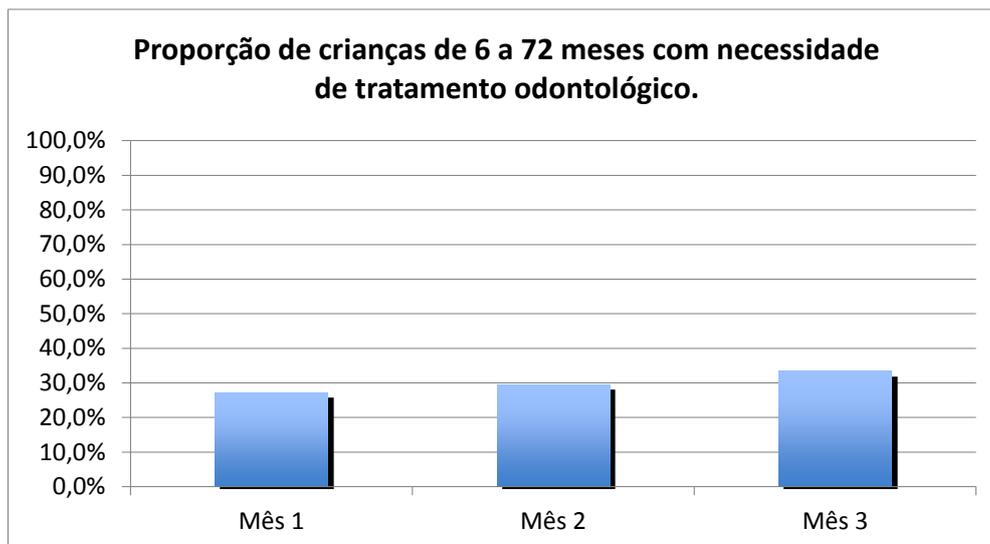


Figura 21 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico. Bom Princípio, RS, 2014.

Entre as 18 crianças cadastradas no projeto de atenção à saúde bucal, seis delas necessitavam de atendimento odontológico, correspondendo a 33%. Percebo, com este indicador, que devemos ainda ter muitas crianças que necessitam deste tipo de atendimento e que ainda não tiveram acesso a Unidade. 66% das crianças não necessitavam de tratamento, porém, já iniciaram a atenção a saúde bucal, muito importante na prevenção de doenças na cavidade oral.

2.2.

Meta: Realizar Fluorterapia em 100% das crianças que necessitavam.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de fluorterapia.

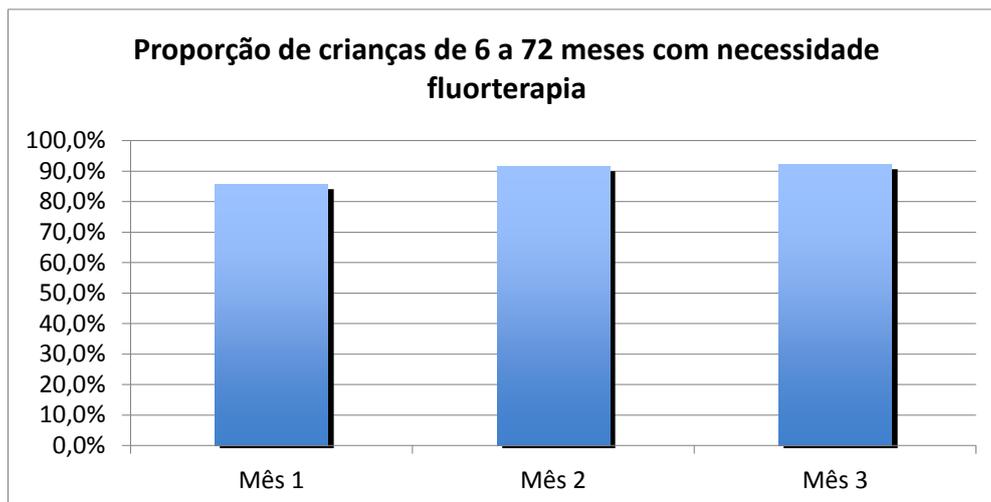


Figura 22 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de fluorterapia. Bom Princípio, RS, 2014.

Das treze crianças que necessitavam de fluorterapia, doze já realizaram este tratamento. Desta forma, alcançamos um indicador de 92,3%. Acredito que este indicador não esteja ainda em 100% porque algumas crianças ainda não concluíram o tratamento odontológico, e por isso, ainda não realizaram a fluorterapia.

2.3.

Meta: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

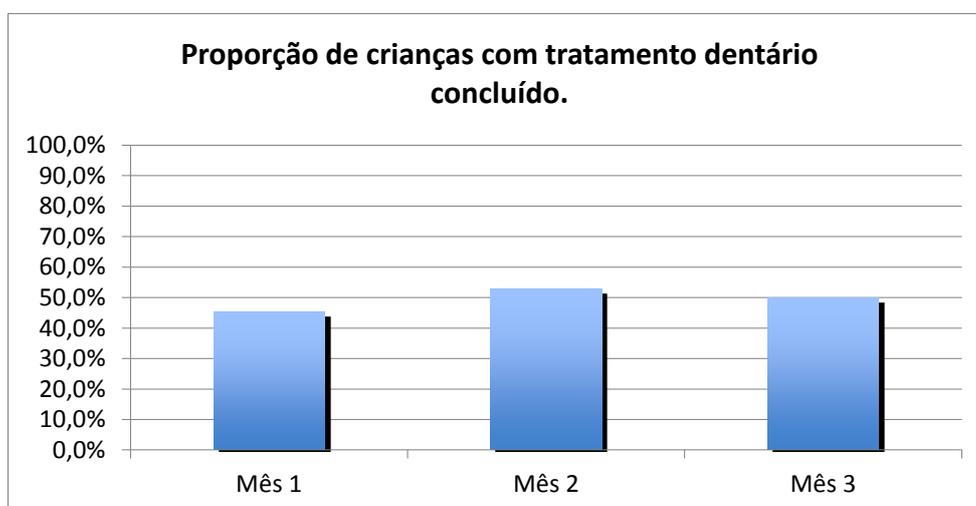


Figura 23 Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Bom Princípio, RS, 2014.

Apesar da meta de concluir o tratamento dentário em 100% das crianças cadastradas, temos apenas 50% das crianças com o tratamento concluído. Desta forma, de um total de 18 crianças, nove já concluíram o atendimento. Vejo, então, que temos 50% das crianças que ainda não concluíram o tratamento almejado. Conforme já mencionado, temos alguns problemas quanto a disponibilização de horários. Acredito que por este motivo a meta ainda não foi atingida. Vejo que com a continuidade da atenção a saúde bucal da criança, todas elas ainda concluirão o tratamento dentário.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

3.1.

Meta: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática ou consultas subsequentes e faltaram.

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática ou consultas subsequentes e que faltaram.

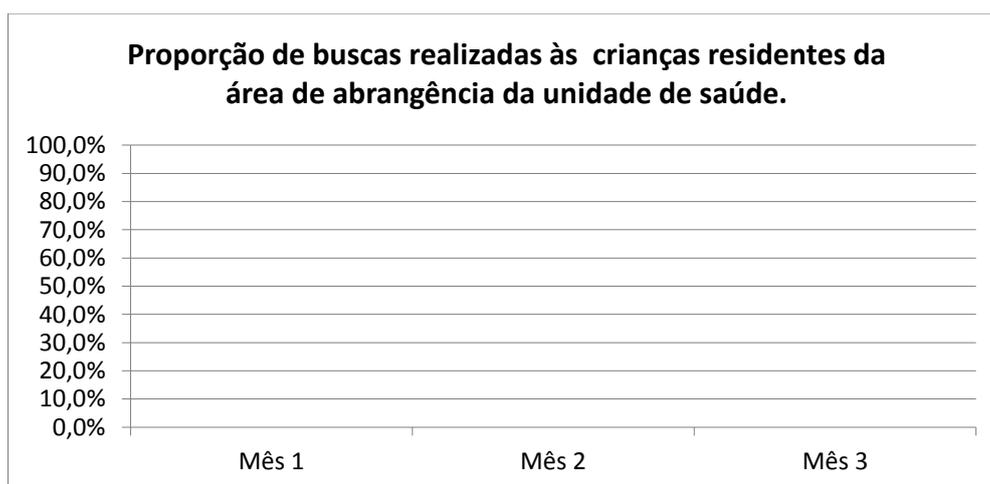


Figura 24 Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. Bom Princípio, RS, 2014.

Acredito que falhamos na questão da busca ativa das crianças que necessitavam de atendimento programático. Penso que poderíamos ter listado estas crianças e organizado esta atividade de forma mais efetiva. Pretendo incluir esta atividade na rotina da atenção à saúde da Criança, pois percebo que a grande maioria das crianças necessita do atendimento. Porém, também vejo que os agentes comunitários de saúde sempre se mantiveram atuantes na comunidade e certamente buscaram todas as crianças que estavam cadastradas no projeto para realizarem o atendimento odontológico.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1.

Meta: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

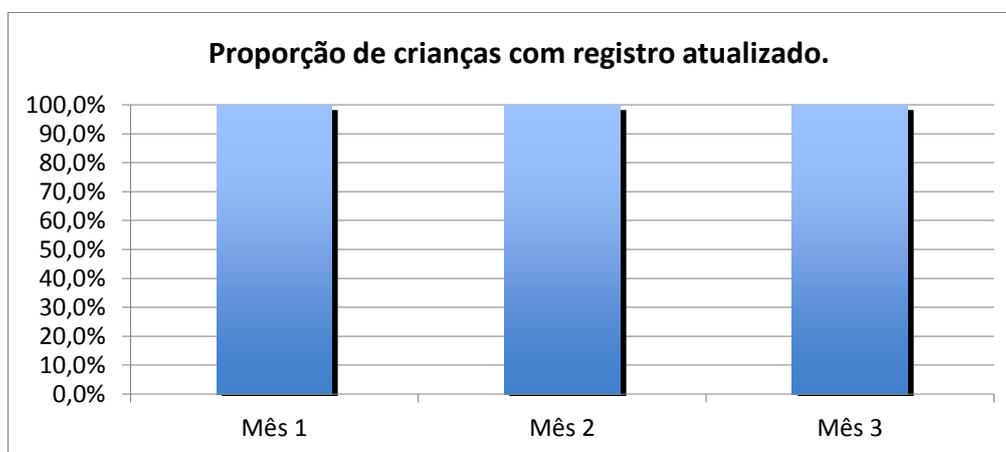


Figura 25 Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado. Bom Princípio, RS, 2014.

Tivemos, no decorrer da intervenção, muita melhoria na questão da organização dos registros de saúde bucal. Não tínhamos na Unidade nenhum tipo de registro específico da saúde bucal da criança. Iniciamos então o uso das fichas-espelho fornecidas pela UFPEL, e mantivemos 100% dos registros atualizados. A equipe de saúde bucal aprovou o uso dos prontuários específicos, então, acredito que a estratégia irá se manter.

Objetivo 5: Promover a saúde da Criança.

5.1.

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

5.2.

Meta: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

5.3.

Meta: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

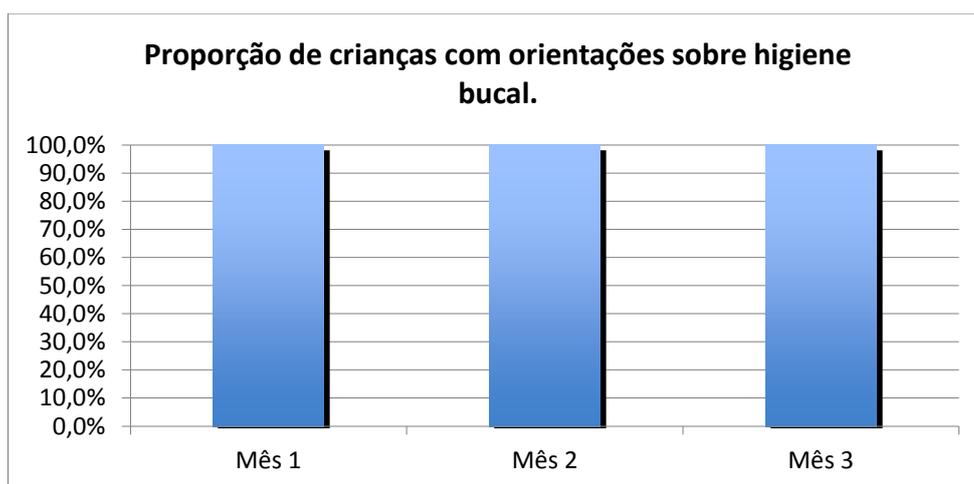


Figura 26 Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal. Bom Princípio, RS, 2014.

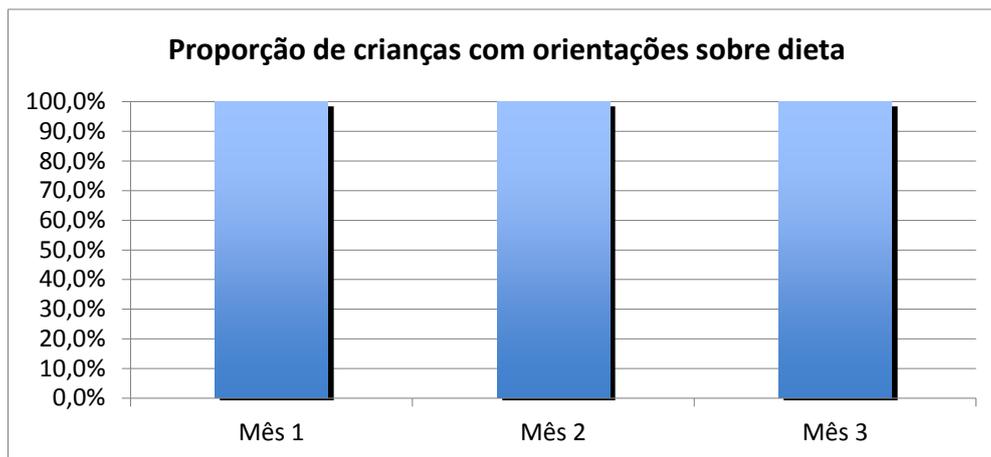


Figura 27 Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre dieta. Bom Princípio, RS, 2014.

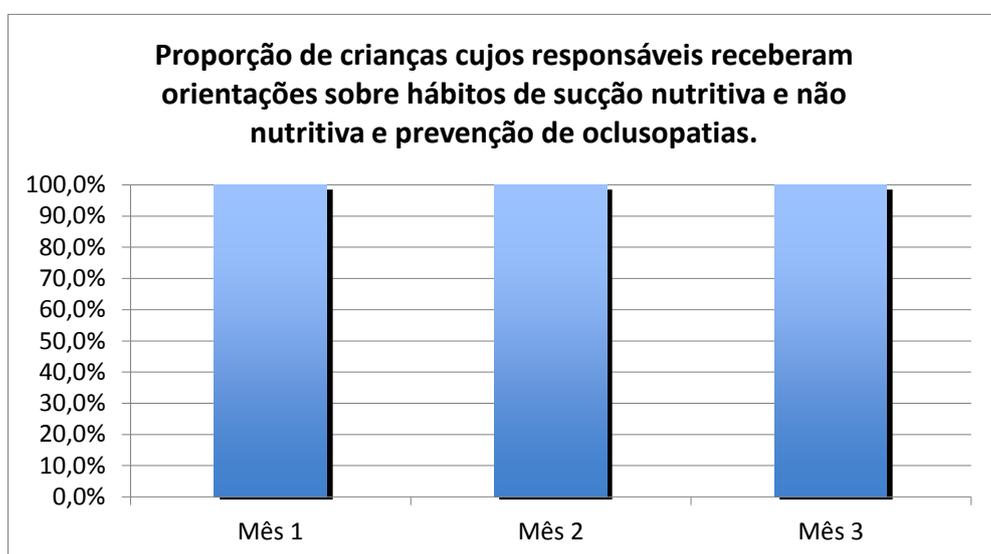


Figura 28 Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Bom Princípio, RS, 2014.

Com relação a promoção da saúde bucal da criança, tivemos algumas melhorias, mas também alguns empecilhos. Em conjunto com a equipe de saúde bucal, ficou estabelecido que durante o atendimento odontológico, tanto o dentista quanto a técnica em saúde bucal, iria realizar as orientações quanto a higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e prevenção de oclusopatias. Assim, 100% dos responsáveis pelas crianças (18 crianças atendidas), receberam tais orientações.

Porém, acredito que podíamos ter realizado alguns grupos na comunidade para orientação daqueles que não compareceram a Unidade, pois assim atingiríamos um público maior. Não conseguimos organizar estes grupos. Em reunião de equipe, concluímos que a forma mais efetiva seria o encontro na creche. Mesmo com o

contato com a diretora para a realização da atividade, não conseguimos efetivamente organizar um horário disponível e que não prejudicasse o funcionamento da creche ou da Unidade. Infelizmente, esta atividade não foi realizada.

4.2 Discussão da Intervenção

No decorrer de doze semanas, realizamos a melhoria na Atenção Saúde das Crianças de zero a setenta e dois meses, residentes na área de cobertura da Unidade básica de Saúde – Sede, no município de Bom Princípio. Cadastramos um total de 70 crianças, aproximadamente 50% das crianças da área.

A abordagem destas crianças possibilitou a melhoria na qualidade do atendimento prestado, fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequado destas, inclusive favorecendo o mapeamento da área quanto à existência de crianças em risco orgânico ou social. A equipe de saúde se manteve atenta àquelas ausentes na Unidade, e foi realizada, então, busca ativa a todas as faltantes, com a finalidade de melhorar a adesão à intervenção clínica. Outra estratégia utilizada foi a Promoção da Saúde da Criança, através da orientação aos pais e responsáveis com relação à saúde bucal, prevenção de acidentes e alimentação na infância. O projeto estabeleceu o uso de fichas-espelho para a organização e armazenamento dos dados clínicos, possibilitando um controle efetivo da atividade prestada. Além disto, a intervenção contou com o apoio da Estratégia de Saúde Bucal, e em conjunto com a equipe de saúde bucal foi possível melhorar a qualidade do atendimento realizado na Unidade.

Durante a execução da intervenção percebemos o quanto houve crescimento da equipe de saúde. Tivemos uma participação ativa e efetiva por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis pelo contato e vínculo inicial entre a comunidade e a equipe. Percebo um crescimento grande quanto aos conhecimentos clínicos de toda a equipe na importância da saúde da criança, possibilitado pela realização constante de reuniões e encontros para capacitações. Acredito que a

atividade foi muito positiva, visto que, a equipe não realizava nenhum tipo de atividade com crianças, e desconhecia fatos importantes quanto ao crescimento e desenvolvimento normal destas.

Para o médico, especificamente, a atividade foi de muito crescimento. Como a ESF não realizava atendimento de puericultura, as crianças procuravam atendimento apenas com o pediatra que trabalha na Unidade, e conforme necessidade, em caráter de urgência. Com o início da intervenção, então, o médico da ESF passou a atender regularmente a puericultura da área cadastradas, o que possibilita, então, o atendimento integral a família residente na área.

Para o Serviço da Unidade Básica de Saúde, a intervenção a Saúde da Criança, trouxe muitos ganhos. Anterior ao projeto não era realizado pela ESF nenhum tipo de atendimento regular de puericultura, logo, precisamos organizar a estratégia de abordagem e acolhimento à criança, o que foi possível graças ao empenho de todos. Além disto, o uso das fichas-espelhos possibilitou efetivamente a organização do atendimento prestado, dos dados coletados e melhorou então a dinâmica do serviço. O atendimento a criança hoje faz parte da rotina da Unidade.

Os ganhos para a comunidade foram muitos. A ESF não tinha nenhum vínculo de atendimento com as crianças da área, o que, prejudicava consideravelmente a qualidade da saúde da criança. Com a intervenção conseguimos avaliar concretamente os riscos existentes, orientar aos responsáveis, acompanhar o crescimento e desenvolvimento e promover saúde. A partir da atividade, cria-se, então, um elo entra a família e a equipe, o que acredito ser o ponto mais positivo da intervenção, pois que possibilita mais segurança no acompanhamento da criança. Percebi que as famílias estavam carentes neste tipo de atenção, e que a equipe, agora, exerce suporte e então passa a ser o primeiro contato destas com os sistemas de saúde.

A inclusão da saúde bucal no projeto de intervenção também trouxe muitos ganhos para a comunidade assistida. Percebemos, durante a atividade, o desconhecimento grande por parte desta quanto à importância da consulta programática e da manutenção da saúde bucal mesmo em crianças pequenas. Vejo uma satisfação muito grande por parte dos responsáveis que tiveram seus filhos avaliados pelo dentista.

Durante a execução da intervenção tivemos alguns problemas, principalmente quanto a realização de grupos na comunidade, para promoção de saúde, e quanto

aos horários disponíveis para o atendimento das crianças. Para muitas famílias foi impossível estar presente na Unidade, visto que os responsáveis pelas crianças trabalham em turno integral, deixando-as na creche. Certamente, este fato prejudicou o cadastramento de muitas famílias. No início da intervenção tínhamos organizado a agenda com horários restritos e específicos para o atendimento destas crianças. Posteriormente, em contato com os Agentes comunitários de saúde, percebemos que a organização rígida do horário impossibilitava que algumas famílias viessem a Unidade. Acabamos por mudar a estratégia e trabalhar com agenda aberta para o atendimento das crianças. Acredito que, desta forma, melhoramos o acesso a saúde.

Outro fator que foi alterado durante a atividade foi a localização dos prontuários clínicos. Estes, no início da intervenção, permaneciam na sala do médico. No decorrer da atividade percebi que muitas crianças que realizavam vacinação poderiam ser avaliadas pelos técnicos de enfermagem, sem passar pelo atendimento médico naquele momento. Então, decidimos que as fichas-espelhos devem permanecer na Sala de Vacinação, já que é o local de maior fluxo de crianças.

Na avaliação das atividades realizadas acredito que o projeto poderia ter incluído de forma mais efetiva a Promoção da Saúde da Criança na forma de grupos com a comunidade. Tivemos muito próximos da realização destes na creche. Algumas atividades, inclusive, foram agendadas e posteriormente desmarcadas. Alguns problemas inviabilizaram a realização. Acredito que faltou organização e um contato mais efetivo entre a equipe e a diretora da creche.

Acredito, então, que o próximo passo, fundamental para melhorar a atenção à saúde da criança, será proporcionar para a comunidade a possibilidade dos encontros em grupos. Penso que assim poderemos orientar um número maior de pais e responsáveis, discutir ideias e difundir de forma mais eficiente o tamanho da importância da manutenção do acompanhamento regular da criança, mesmo na ausência de doença.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores Municipais

No decorrer de doze semanas a equipe da Estratégia da Saúde da Família, vinculado ao Curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela

Universidade Federal de Pelotas – Educação à distância, realizou intervenção na saúde das crianças entre zero e setenta e dois meses de idade. O projeto tem como objetivo principal melhorias na atenção a saúde da criança e na qualidade do atendimento prestado ao grupo.

Anterior ao início das atividades, os atendimentos pediátricos eram realizados exclusivamente pelo médico Pediatra. Com o início da intervenção a equipe da ESF passou oferecer atendimento de puericultura integralmente ao público alvo. Assim, houve gradativamente aumento do vínculo entre a equipe e um número considerável de famílias da comunidade, as quais não eram frequentadoras rotineiras da Unidade.

Com a Intervenção houve cadastramento de um total de 70 crianças, que representam 49,3% de todas as estimadas da área de cobertura. Todas estas receberam acolhimento adequado na Unidade. Para que isto ocorresse de forma adequada foi preciso reorganizar a dinâmica da equipe, preparando todos os membros e distribuindo funções. Durante a intervenção, os agentes comunitários de saúde foram grandes interventores na comunidade, distribuindo informações e buscando ativamente as crianças da faixa etária para cadastramento. Assim 100% das crianças faltosas foram buscadas na comunidade.

Iniciamos então a utilização de fichas-espelhos específicas para o atendimento da criança, e assim, conseguimos melhorar o registro de informações. Para a manutenção da estratégia será preciso manter a disponibilização destas fichas. Todas as crianças cadastradas foram, integralmente, avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento. A Unidade já dispunha de materiais necessários para esta atividade. Assim, identificamos aquelas com excesso ou carência de peso, conseguimos mapear crianças em risco, e, portanto, acompanhá-las mais intensamente. Para aquelas crianças com alteração no peso seria muito interessante avaliação complementar com profissional adequado. A avaliação específica com o nutricionista não é disponível e é uma das metas para os próximos meses.

A atividade de vacinação e o Teste do pezinho nos primeiros sete dias, já eram, previamente a intervenção, realizados regularmente pela equipe da Unidade. Assim, apenas mantivemos a estratégia e atualizamos as fichas-espelhos para armazenamento de dados. Ao final das doze semanas, 64% das crianças estão classificadas como regulares no que diz respeito a realização do Teste do Pezinho nos primeiros sete dias de vida, e 90% das crianças cadastradas estão com o calendário vacinal completo. A equipe de saúde foi motivada a salientar em todos os

acolhimentos a importância da manutenção do calendário vacinal em dia, e assim vem intervindo positivamente.

Em conjunto com a Fonoaudióloga priorizamos que todas as crianças menores de três meses realizassem a Triagem Auditiva. Tivemos um ganho importante com relação ao Teste do Olhinho, pois foi disponibilizada pela Secretaria Municipal a compra de um Oftalmoscópio, que possibilitou a realização do Teste do Reflexo Vermelho nos recém-nascidos.

Iniciamos o projeto com um número significativamente baixo de crianças entre seis e vinte e quatro meses que realizavam a suplementação de ferro de forma adequada. Ao final da intervenção 50% destas crianças está recebendo a intervenção. A Unidade de Saúde dispõe de estoques adequados da medicação para a distribuição. Além disto, toda a equipe foi vêm orientando quanto a importância do aleitamento materno e da alimentação adequada para cada faixa etária. Assim, conseguimos que 78,6% dos responsáveis recebessem estas orientações.

Com a participação ativa da Equipe de Saúde Bucal, tivemos melhorias significativas no atendimento odontológico das crianças. 14,1% das crianças entre seis e setenta e dois meses foi avaliado pelo dentista da equipe. Número ainda pequeno, porém representativo, visto que este atendimento não era regularmente realizado. 33% das crianças cadastradas foi avaliada quanto a necessidade do atendimento odontológico, e 92% das crianças que necessitavam já realizaram fluoroterapia. 50% já concluíram o tratamento dentário, e as demais mantem o acompanhamento. Algumas crianças necessitam de atendimento complementar com especialista, que ainda não é realizado no Município. Para o atendimento integral destas crianças é preciso ampliar o acesso a estes profissionais. Esta meta ficará para os próximos meses. Para melhorar o registro de informações utilizamos as fichas-espelhos disponibilizadas pelo Curso de Especialização, e conseguimos manter 100% atualizadas. Os responsáveis pelas crianças avaliadas pelo dentista foram integralmente orientados quanto à higiene bucal, dieta e hábitos de sucção.

Concluimos, então, que tivemos muitas melhorias na atenção a Saúde da Criança, mas que para que as metas sejam atingidas integralmente é preciso mantê-la em atividade regular pelos membros da equipe com apoio efetivo da Gestão municipal. Salientamos a importância do acompanhamento regular da saúde da criança, para a prevenção de doença e promoção da saúde. Assim conseguimos reduzir o número de consultas nos atendimentos de urgência.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

No decorrer dos três últimos meses a equipe de saúde da Unidade Sede iniciou o projeto de intervenção na Saúde da Criança. Anterior ao Projeto as crianças eram atendidas exclusivamente pelo médico Pediatra. Com o atendimento prestado também pelo médico da Saúde da Família houve aumento no número de consultas disponíveis para este grupo de crianças e aumento do vínculo das famílias com a equipe.

O atendimento de puericultura não era realizado regularmente pela ESF. Com os atendimentos foi possível avaliar todas as crianças cadastradas quanto ao crescimento e desenvolvimento. Um número considerável de pais e responsáveis foi orientado quanto a importância do aleitamento materno e da alimentação na infância. Crianças em risco tiveram mais facilidades de acesso ao atendimento médico.

Quanto aos testes de Triagem. O Teste do Pezinho já era realizado na própria Unidade. As crianças menores de 3 meses foram encaminhadas ao atendimento com a fonoaudióloga para realização do Teste d Orelhinha. Com a aquisição de Oftalmoscópio, a partir de então, será possível que todos os recém-nascidos realizem o Teste do Olhinho.

Os agentes comunitários de saúde foram orientados a realizar visita domiciliar a todos os recém-nascidos nos primeiros dias de vida e comunicar ao enfermeiro ou técnico de enfermagem. A equipe de saúde se compromete em realizar visita domiciliar a todos os recém-nascidos nos primeiro sete dias de vida. Com esta atividade os responsáveis poderão esclarecer todas as dúvidas sobre os cuidados com o RN.

Todas as crianças entre seis e setenta e dois meses tiveram acesso ao atendimento com o Odontólogo. Através desta atividade algumas crianças foram avaliadas e seus responsáveis orientados corretamente sobre higiene bucal e hábitos de sucção. Aquelas que necessitavam receberam tratamento odontológico adequado. Esta importante estratégia de intervenção melhorou muito a qualidade da saúde bucal e facilitou o acesso ao dentista.

Com a utilização das fichas-espelhos todas as crianças da área terão disponíveis na Unidade seus dados de nascimento, calendário vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Esta estratégia possibilita maior conhecimento por parte da equipe de saúde a respeito das crianças da área, já que o atendimento não será apenas em caráter de urgência e emergência. Além disto, no caso de perdas de Caderneta, os responsáveis terão acesso aos dados da Criança.

Infelizmente não foi possível realizar as atividades de encontro na Comunidade. Estas visavam a discussão de assuntos pertinentes para a Saúde da Criança, como aleitamento materno, dieta, riscos de acidentes e saúde bucal. As atividades de promoção de saúde são fundamentais dentro da estratégia. É preciso então um maior envolvimento destes responsáveis com estas atividades, com disponibilização de tempo para que estes encontros sejam realizados.

Com este projeto de intervenção, portanto, a Equipe de Saúde da Família passa a ser o primeiro contato da criança com o sistema de saúde. Há disponíveis horários variados para atendimento destas com médico e dentista, visitas domiciliares, medicações, vacinas e testes de triagem. Para que isto ocorra satisfatoriamente é preciso apoio da comunidade e adesão das famílias para a continuidade do projeto.

5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem.

O início do projeto de intervenção na saúde da criança me trouxe muitas expectativas. Anteriormente a este, o médico da Equipe da Saúde da Família da Sede não realizava puericultura, pois estes atendimentos eram prestados pelo médico pediatra que atende na Unidade.

Acredito que o primeiro e mais importante desafio tenha sido o processo de criação do vínculo familiar com a equipe de saúde. A grande maioria destas famílias não comparecia a UBS regularmente, mas apenas em caráter de urgências e emergências. Para, então, melhorar a adesão dos responsáveis a saúde da criança, os grandes atuantes foram os agentes comunitários de saúde. Estes realizaram a busca ativa a todas as famílias de crianças entre zero e setenta e dois meses, com orientações a respeito da saúde da criança e da necessidade do comparecimento regular a Unidade.

A expectativa com relação ao projeto sempre foi positiva. É possível perceber o comprometimento dos agentes de saúde e da equipe de enfermagem com os trabalhos na promoção de saúde e prevenção de doença. Assim, desde o início do processo acreditava que conseguiria manter o grupo bem participativo. Certamente, como em qualquer desafio, algumas dúvidas e medos surgiram no decorrer das semanas. Tivemos que nos capacitar, ler, modificar o processo de acolhimento e a dinâmica da equipe. Este foi um dos desafios, já que não era rotina da ESF este tipo de atendimento. No decorrer das semanas fomos percebendo erros e modificando-os, a fim de melhorar a qualidade da atenção.

Para mim, particularmente, o desafio foi grande. Como não realizávamos atendimentos de puericultura foi necessário muito estudo com relação à saúde da criança. Foi preciso, frequentemente, realizar pesquisas e atualizações. Acredito que, da mesma forma que foi o maior desafio, este também foi o maior benefício para o meu crescimento como profissional da saúde da família. O grupo de crianças não fazia parte da atenção prestada pela ESF, e por isso, algumas famílias não tinham vínculo com a equipe. Foi preciso então “buscá-las” na comunidade, explicar e muitas vezes insistir na necessidade de manutenção do acompanhamento regular, mesmo na ausência de doença.

Outro aprendizado que tive durante a realização da intervenção foi a importância do trabalho em grupo. Certamente não teria conseguido se estivesse

sozinha. Todos da equipe participaram, se organizaram e modificaram a atenção a saúde da criança. Tivemos alguns problemas, porém, todos resolvidos satisfatoriamente. Observo a importância do diálogo livre dentro do grupo de saúde. Assim conseguimos realizar ações e alcançar nossas metas.

6 Bibliografia

1. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
2. Rastreamento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados Saúde da Criança.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3									
2	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 com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?
3	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
78		75		0	30	1	1	1	0	0
79		76		0	4	1	1	1	1	0
80		77		0	55	0	1	1	0	0
81		78		0	14	1	1	1	0	1
82		79		0	12	0	1	1	0	0
83		80		0	68	0	1	1	0	0

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3								
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	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 realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
78		75		0	1	1	1	1	1
79		76		0	1	1	1	0	0
80		77		0	1	1	0	1	1
81		78		0	1	1	1	1	1
82		79		0	1	1	0	1	1
83		80		0	1	1	1	1	1

	A	B	C	R	S	T	U	V	W
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3								
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
78		75		0	0	0	1	1	1
79		76		0	1	0	0	1	1
80		77		0	0	0	0	1	1
81		78		0	1	0	1	1	0
82		79		0	1	1	1	1	1
83		80		0	1	0	1	1	1

	A	B	C	U	V	W	X	Y	Z
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3								
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
78		75		0	1	1	1	1	1
79		76		0	0	1	1	1	1
80		77		0	0	1	1	1	1
81		78		0	1	1	0	1	1
82		79		0	0	1	1	1	1
83		80		0	1	1	1	1	1

Planilha de coleta de dados Saúde Bucal da Criança

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 3											
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como C1, ou E ou F?	A criança foi classificada como D ou E ou F?	A criança recebeu fluoroterapia?	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança está com tratamento dentário concluído?
3	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
16		13		70	1	1	1	1	1	0		0
17		14		18	0	1	0	1	1	0		1
18		15		43	1	1	1	1	1	0		0
19		16		35	1	1	0	0	0	0		1
20		17		15	1	1	0	1	1	0		1
21		18		44	1	1	1	1	1	0		0

	A	B	C	J	K	L	M	N	O	P
1	Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 3									
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança está com tratamento dentário concluído?	O registro de saúde bucal da criança está atualizado?	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e prevenção de oclusopatias?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	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
16		13		0		0	1	1	1	1
17		14		0		1	1	1	1	1
18		15		0		0	1	1	1	1
19		16		0		1	1	1	1	1
20		17		0		1	1	1	1	1
21		18		0		0	1	1	1	1

Anexo B - Ficha espelho Saúde da Criança.



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

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

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

Endereço: _____ Nome da mãe: _____

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

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

Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

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

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

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

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____							
		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Tetra viral Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____				
		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____				Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____
			Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____					Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____
					Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____					Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____



SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ___/___/___
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

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 C - Parecer do Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

