

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 06



MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A SETENTA E DOIS MESES, NA UBS ELPÍDIO MOREIRA SOUZA, RIO BRANCO/AC

Tatiane Brandão Santana

Pelotas – RS, 2015

Tatiane Brandão Santana

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e dois meses, na UBS
Elpídio Moreira Souza, Rio Branco/AC

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, RS - 2015

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

S231m Santana, Tatiane Brandão

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e dois meses, na UBS Elpídio Moreira Souza, Rio Branco/AC / Tatiane Brandão Santana; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Brant, Ailton Gomes, orient.
II. Título

CDD : 362.14

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

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.----- | 61 |
| Figura 2 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida ----- | 62 |
| Figura 3 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento----- | 63 |
| Figura 4 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas----- | 65 |
| Figura 5 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas----- | 65 |
| Figura 6 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento ----- | 66 |
| Figura 7 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade----- | 67 |
| Figura 8 | Gráfico indicativo da proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro ----- | 68 |
| Figura 9 | Gráfico Indicativo da proporção de crianças que realizaram triagem auditiva----- | 69 |
| Figura 10 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida ----- | 70 |
| Figura 11 | Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 e 72 meses com | |

| | | |
|-----------|---|----|
| | avaliação da necessidade de atendimento odontológico ----- | 71 |
| Figura 12 | Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica----- | 73 |
| Figura 13 | Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança ----- | 74 |
| Figura 14 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado - | 75 |
| Figura 15 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco - | 76 |
| Figura 16 | Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância----- | 77 |
| Figura 17 | Gráfico indicativo do Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta----- | 78 |
| Figura 18 | Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária ----- | 80 |
| Figura 19 | Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária ----- | 80 |
| Figura 20 | Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática ----- | 81 |
| Figura 21 | Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico ----- | 82 |
| Figura 22 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário | |

| | | |
|-----------|---|----|
| | concluído----- | 84 |
| Figura 23 | Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde----- | 85 |
| Figura 24 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado - | 86 |
| Figura 25 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal----- | 87 |
| Figura 26 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre dieta ----- | 87 |
| Figura 27 | Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias----- | 88 |

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| PCCU | Prevenção do Câncer de Colo do Útero |
| RN | Recém-nascido |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| URAP | Unidade de Referência em Atendimento Primário |
| USF | Unidade Saúde da Família |

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação..... | 10 |
| 1 Análise Situacional..... | 11 |
| 1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 12/04/2014..... | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional em 07/06/2014..... | 13 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional..... | 26 |
| | |
| 2 Análise Estratégica..... | 28 |
| 2.1 Justificativa..... | 28 |
| 2.2 Objetivos e metas..... | 30 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 30 |
| 2.2.2 Objetivos específicos – Saúde da Criança..... | 30 |
| 2.2.3 Objetivos específicos – Saúde Bucal das Crianças..... | 30 |
| 2.2.4 Metas – Saúde da Criança..... | 31 |
| 2.2.5 Metas – Saúde Bucal das Crianças..... | 31 |
| 2.3 Metodologia..... | 32 |
| 2.3.1 Ações..... | 32 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 40 |
| 2.3.3 Logística..... | 47 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 51 |
| | |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 52 |
| 3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente..... | 52 |
| 3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas..... | 57 |
| 3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores..... | 58 |
| 3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e | |

| | |
|--|----|
| da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso..... | 59 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 60 |
| 4.1 Resultados..... | 60 |
| 4.2 Discussão..... | 88 |
| 4.3 Relatório da intervenção para gestores..... | 90 |
| 4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 92 |
| 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 94 |
| 6 Referências | 95 |
| Anexos..... | 96 |

Resumo

SANTANA, Tatiane Brandão. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e dois meses, na UBS Elpídio Moreira Souza, Rio Branco/AC.** 2015. 102f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Assim, é de suma importância seu acompanhamento desde os primeiros dias de vida. Melhorar a atenção em Saúde da Criança é cuidar para uma sociedade mais saudável física e mental. Assim, buscando garantir que a população de 0 a 72 meses de idade possa ter uma assistência com qualidade, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, elaboramos uma intervenção no eixo programático da Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Elpídio Moreira Souza em Rio Branco, Acre. Esta intervenção foi realizada por meio de capacitação técnica da equipe, cadastramento da população alvo, monitorização de indicadores de qualidade da assistência realizada, estímulo à participação popular, facilitação do acesso e prática diária. Foi realizada uma análise situacional, a partir da qual se estabeleceu um conjunto de ações postas em prática, num período de 12 semanas, visando à melhoria na atenção a este público-alvo. Quanto à logística, o Caderno de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) foi adotado como protocolo do Programa. Foi realizada a implementação de fichas-espelho de acompanhamento, sendo considerada uma ferramenta imprescindível no monitoramento de todas as ações. Além disso, a equipe foi capacitada para desempenhar seu papel no desenvolvimento das ações do Programa e o engajamento público foi visto como fator potencial de transformação da realidade a qual estamos inseridos. Dentre os mais importantes progressos, pode-se citar a ampliação sensível da cobertura, a qual superou a meta estabelecida de 70%, ou seja, 150 crianças da área de cobertura foram cadastradas. O crescimento e o desenvolvimento foram monitorados em 98% das crianças cadastradas e todas as crianças identificadas com déficit e excesso de peso são acompanhadas efetivamente. Além disso, é verificado e atualizado o calendário vacinal e realizada a suplementação de ferro a todas as crianças de acordo com a idade. Dessa forma, a qualificação do atendimento contribuiu progressivamente para a melhoria da atenção à saúde da população-alvo. O trabalho, em parceria com todos os atores sociais envolvidos, é fundamental para a continuidade das melhorias conquistadas e as que ainda estão por vir.

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

Apresentação

Esse trabalho de conclusão de curso trata da descrição de uma intervenção realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família. Está dividido em Análise situacional, que descreve qual era a situação da UBS Elpídio Moreira Souza antes da intervenção; Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha em trabalhar com crianças de zero a setenta e dois meses de idade, e os caminhos metodológicos e cronológicos que foram necessários para serem alcançadas as metas e conseqüentemente os objetivos que nortearam todo esse trabalho.

Em seguida, há a parte do Relatório da Intervenção, parte extremamente importante por avaliar o caminho percorrido ao longo das 12 semanas de intervenção, considerando nisso a viabilidade das ações pactuadas, os obstáculos e limitações enfrentadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Posteriormente, tem-se a Avaliação da Intervenção, em que os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados, a partir dos gráficos. Na seqüência, uma discussão é proposta para os mesmos, na tentativa de significar esses resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos.

Dando seqüência ao trabalho elaborado, dois pequenos relatórios foram confeccionados, um para a comunidade, outro para os gestores. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa.

Na última parte do conteúdo desse trabalho a autora faz uma análise, uma Reflexão Crítica sobre a caminhada desde o início do curso até a finalização da intervenção. Uma análise sobre os aprendizados e significados dos diversos frutos colhidos por meio dessa especialização.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 12/04/2014

A Unidade de Saúde da Família (USF) para onde fui alocada chama-se Elpídio Moreira Souza, localizada em um bairro periférico da cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre.

A estrutura da USF é nova, construída há quase dois anos, razoavelmente ampla e bem dividida. Possui rampa na calçada e não apresenta escada na entrada, o que permite facilidades de acesso a pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção. Apresenta uma farmácia situada logo na entrada do prédio, pequena, mas possui tamanho suficiente para armazenar os medicamentos. A sala de espera é ampla e bem arejada, a qual comporta confortavelmente a população atendida em cada turno do dia, com cadeiras novas e em bom estado de conservação. Tal espaço contém ar condicionado, televisão e água mineral. A unidade possui consultório de enfermagem, consultório médico, sala utilizada para funções administrativas com um computador – sem acesso à internet, sala de curativos e pequenos procedimentos, sala para medicação, sala de vacina, consultório odontológico e sala de reuniões, todas climatizadas. Possui ainda sala de expurgo, sala para esterilização de materiais, copa e sala de serviços gerais. Possui sistema de alarme, por tratar-se de uma área pouco segura, porém sem vigilante. Possui três banheiros: um para pacientes, um no consultório da enfermeira e outro destinado para uso dos demais funcionários, sendo o primeiro e o último com adaptações para pessoas com deficiência.

Há uma dificuldade de abastecimento de certas medicações frequentemente utilizadas, além de materiais básicos para realização de pequenos procedimentos, como suturas.

A forma de atendimento é organizada por agendamento feito no dia do atendimento (no início da manhã) ou realizados no dia anterior, esporadicamente (principalmente para agendamentos de idosos com hipertensão ou diabetes, para que não precisem chegar tão cedo). Não há um sistema de classificação de risco propriamente dito, há apenas atendimentos prioritários a pacientes com febre ou qualquer outro sinal/sintoma de instabilidade (urgência/emergência), idosos, gestantes, pessoas com deficiência e mães com criança de colo.

São reservados dias para atendimentos a públicos-alvo específicos: terças-feiras pela manhã para atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); quartas-feiras pela manhã para atendimento de puericultura (porém são atendidos em sua maioria crianças maiores de um ano de idade e mesmo assim quase não há atendimento neste período); o pré-natal é realizado pela enfermeira e fica reservado para segundas e quartas-feiras pela manhã junto com fichas de demanda livre. As visitas domiciliares são realizadas nas quintas-feiras à tarde aos pacientes com dificuldade para se deslocarem até a USF. Nos demais horários, é distribuída uma média de 18 fichas para demanda espontânea pela manhã e duas ou três fichas para atendimentos de pessoas com febre ou que apresentem qualquer instabilidade ou urgência/emergência. No período da tarde são distribuídas 10 fichas para demanda espontânea e 2 a 3 fichas para urgência/emergência. Não há atendimento médico nas sextas-feiras. As fichas reservadas para situações de urgência/emergência também são utilizadas nos dias de atendimento a grupos específicos, assim usuários de demanda espontânea são atendidos caso necessitem de atenção no mesmo dia. Dessa forma, podemos conciliar o atendimento de usuários de demanda espontânea e de grupos específicos sem prejuízo a ambos.

Os atendimentos odontológicos são realizados, porém os pacientes frequentemente não comparecem às consultas. São previamente marcadas por intermédio dos agentes comunitários.

Na USF há uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de dentista, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma auxiliar de limpeza. Há um rodízio entre os ACS encarregados de ficar na recepção com finalidade de organizar agendamentos, ordenar atendimentos e separar os prontuários dos pacientes. Não há recepcionista, nem vigilante. A técnica de enfermagem assume a sala de vacina, a sala de medicação e de procedimentos.

De acordo com minhas observações iniciais na USF, pude perceber que há uma boa relação entre a equipe de saúde e a comunidade. Os agentes comunitários de saúde fazem uma importante aproximação da comunidade em relação à unidade, pois percebo que há um respeito mútuo entre ambos. Na unidade atendemos inclusive pessoas fora da área de cobertura da USF, mas que preferem ser atendidos na nossa unidade, seja por ser mais conveniente, seja pelo atendimento prestado. Percebo também uma aproximação muito boa de muitas mulheres em relação à enfermeira, o que ajuda muito na contínua tarefa de prevenção do câncer de colo do útero (PCCU) através da coleta do exame preventivo.

Durante algumas visitas domiciliares, pude presenciar famílias inteiras desestruturadas em função do abuso de drogas ilícitas e álcool. Crianças, em sua maioria menor de dois anos de idade, em estado precário de saúde e sem acompanhamento médico. Percebi que há uma dificuldade muito grande de aproximação deste público específico em relação ao acompanhamento médico e medidas preventivas. Acredito que será um grande desafio a ser enfrentado.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 07/06/2014

O município de Rio Branco/AC apresenta 336.038 mil habitantes, segundo dados do último censo realizado em 2010, com estimativa de 357.194 mil para 2013. (IBGE, 2010). Em relação ao sistema de saúde, a população conta com 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 10 UBS tradicionais. Há ainda 9 Centros de Saúde e 4 Unidades de Referência à Atenção Primária (URAP). As duas unidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão localizadas no interior do Estado. A atenção especializada é oferecida em algumas URAPs, em pediatria e ginecologia, além de psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. O Hospital das Clínicas, Hospital de Emergência e Urgência de Rio Branco e a Maternidade compreendem o serviço hospitalar de rede pública disponível para a população. Não há disponibilidade de CEO na rede pública e os exames complementares são disponibilizados nos Centros de Saúde e URAPs ou no Hospital das Clínicas de Rio Branco, além dos serviços de urgência e emergência (UPAs, Hospital de Emergência e Urgência de Rio Branco e Maternidade).

A UBS Elpídio Moreira Souza localiza-se num bairro periférico do município de Rio Branco e, portanto, de área urbana. Foi construída e inaugurada nos moldes de atenção da Estratégia de Saúde da Família, sendo o município sua mantenedora. Não apresenta vínculo com instituições de ensino. Possui apenas uma equipe, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma técnica/auxiliar de dentista e sete agentes comunitários de saúde, além da auxiliar de limpeza.

A UBS foi pensada especificamente para o funcionamento de uma Unidade de Saúde, logo, apresenta estrutura física satisfatória em relação ao previsto no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde – 2008. Pode ser facilmente localizada, pois o terreno onde foi construída é alto e amplo, seu entorno é limpo, permitindo rápida visualização e identificação. O acesso é facilitado pela presença de rampas, no entanto não há corrimões que auxiliem pessoas com dificuldade de locomoção. Apesar de haver apenas um sanitário para usuários, o mesmo é adaptado para utilização por pessoas com deficiência. A ausência de locais de espera específicas e adequadas para cadeirantes tornam a sala de espera despreparada para acomodar estes pacientes, tumultuando-a em algumas ocasiões.

A unidade apresenta ainda uma série de deficiências em relação a equipamentos e instrumentos, os quais são disponibilizados de forma insatisfatória. Fita métrica, glicosímetro, termômetro, por exemplo, são insuficientes, enquanto nebulizador simplesmente não foi disponibilizado. A revisão de calibragem de balanças e de esfigmomanômetros é realizada anualmente, no entanto sempre há discordâncias das aferições quando realizadas em aparelhos diferentes. A reposição de insumos de consumo, como materiais de limpeza e higienização pessoal é satisfatória. Porém, materiais básicos como gaze, luvas estéreis, material para realização de suturas, anestésicos, receituários de medicamentos controlados, cadernetas da criança e do idoso são repostos de forma insatisfatória ou não são disponibilizados. A reposição de medicamentos frequentemente utilizados também é insatisfatória.

Diante de tantas limitações na disponibilidade de insumos e serviços, resultam em grande insatisfação aos usuários - já que enfrentam dificuldades em praticamente todos os estágios/níveis do atendimento – e também aos membros da equipe de saúde que não apresentam condições ideais de trabalho. Além disso,

ocorre uma demora considerável para realização de exames complementares e acesso ao atendimento especializado, resultando em atraso de diagnósticos e tratamentos que poderiam transformar sensivelmente os rumos de saúde e doença de quem já não teria tanto tempo a esperar.

Tendo em vista tais limitações, torna-se necessária a realização de reuniões regulares com os membros da equipe de saúde para que todos participem mais ativamente na gestão de insumos e equipamentos e planejamento de ações. Assim, serviços mínimos e de qualidade podem ser oferecidos à população, além de proporcionar melhores condições de trabalho à equipe. Muitos casos podem ser conduzidos de forma resolutiva se, aliada a esta medida, a utilização de protocolos de encaminhamento também fosse instituída, diminuindo a ocorrência de encaminhamentos desnecessários.

A solicitação de exames complementares também deve se proceder de forma racional, evitando o excesso de procura e prejudicando pacientes que necessitem destes serviços com maior rapidez. A população deve ainda ser muito bem orientada quanto ao tratamento e utilização adequada dos medicamentos, permitindo um controle maior de seu quadro clínico, evitando descompensações e necessidade de atendimentos de urgência ou emergência. Ações em grupo também podem ser de grande valia, uma vez que representam uma oportunidade de troca de conhecimentos e despertar para um olhar mais crítico de sua condição de vida, permitindo construção de saberes e fortalecimento da cidadania, além de ampliar o controle social e intensificar o vínculo entre usuários e equipe de saúde.

O processo de territorialização e o mapeamento da área de atuação são realizados principalmente pelos agentes comunitários de saúde. No entanto, poucas são ações estratégicas para identificação de grupos em situações de risco, havendo um controle maior apenas de hipertensos/diabéticos e pessoas com dificuldade de se locomover, aos quais são realizadas visitas domiciliares regularmente. Desse modo, os demais grupos populacionais ficam desassistidos, uma vez que não são desenvolvidas ações de monitoramento e avaliação do acompanhamento dos mesmos. Além disso, não há planejamentos de programas de educação em saúde destinados a grupos sociais específicos (gestantes, idosos, puérperas, mães, etc.), bem como não há estratégias de articulação entre instituições da comunidade (escola, igreja, associação de moradores, etc.) que auxiliem no fornecimento de

espaços de cuidados em saúde e que participem ativamente na promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças.

Este fato resulta em um processo de vinculação usuário-equipe muito incipiente, transmitindo sentimento de não cuidado e não valorização do indivíduo podendo ser prejudicados a adesão ao tratamento proposto ou aconselhamentos fornecidos pela equipe de saúde, constituindo-se num entrave ao processo de controle social e de autonomia da população. A articulação entre a UBS e Unidades de Referência, bem como entre profissionais diversos facilitaria o acesso a variados serviços não disponibilizados pela UBS, além de otimizar as condições de recuperação do paciente, trazendo benefícios a sua saúde e melhor condução de seu estado de saúde/doença pela equipe de saúde.

Os serviços de urgência e emergência são fornecidos com grandes limitações pela UBS, uma vez que não há equipamentos suficientes para um atendimento de qualidade (não é possível realizar nebulização, oxigenoterapia, monitorização cardíaca, entre outros). Em alguns casos, são procedidos apenas à solicitação de remoção do paciente. Por sua vez, as unidades de referência são extremamente solicitadas e não estão preparadas para responder adequadamente a todos os chamados. Como agravante, não são fornecidos serviços de procedimentos/pequenas cirurgias na UBS, pois não há materiais básicos necessários para sua realização, sobrecarregando ainda mais os serviços de pronto-atendimento. Além disso, não são utilizados protocolos para encaminhamento dos usuários a outros níveis do sistema de saúde, exceto no caso de gestantes (protocolo de encaminhamento para a maternidade do município). Este fato traduz tanto a desorganização dos serviços oferecidos quanto a desarticulação entre os vários setores do sistema de saúde. Assim, evidencia-se a incapacidade de fornecimento da atenção integral e de qualidade ao usuário, possibilitando desfechos negativos à sua saúde e produzindo ainda sentimentos de frustração tanto no paciente quanto na equipe de saúde da atenção básica.

As reuniões entre os membros da equipe de saúde são realizadas de forma aleatória e nem sempre todos participam. São programadas com objetivo de organizar processos de trabalho e planejamento de ações. Poderiam ser utilizadas de forma estratégica, uma vez que oportunizam a troca de experiências, informações e saberes entre os membros da equipe de saúde. Momentos que possibilitam a coordenação do cuidado integral ao usuário, ao elaborar, monitorar e

avaliar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, ampliação da cobertura e da autonomia da comunidade, favorecendo o fortalecimento do controle social de forma multidisciplinar. Assim, tais reuniões precisam ser realizadas regularmente, como oportunidade para a organização do processo de trabalho, planejamento de ações, atividades de qualificação para o fortalecimento do controle social. A notificação compulsória também precisa ser instituída e todos os profissionais da equipe devem ser orientados quanto à importância e como deve ser efetivada. Todos devem participar do gerenciamento de insumos necessários para o funcionamento adequado da unidade, da elaboração de estratégias para a identificação de parcerias e recursos na comunidade (potencializar ações intersetoriais com a equipe de saúde) e promoção da participação da comunidade no controle social. Quando pensadas e executadas de forma multiprofissional/interdisciplinar, com o envolvimento e compromisso de todos, as ações de cuidado e atenção integral de qualidade podem produzir maior impacto na saúde da população.

No entanto, toda ação deve ser cuidadosamente executada, com formas de registros que permitam o acompanhamento, monitoramento e avaliação de cada serviço prestado, no intuito de proporcionar uma atenção integral em contínua evolução qualitativa. Além disso, deve-se realizar um mapeamento e identificação de grupos de risco com a ajuda dos agentes comunitários de saúde e elaboração de estratégias de aproximação e o estabelecimento de vínculo entre estes grupos e a equipe de saúde. Ações direcionadas a este público-alvo que promovam o acolhimento, o cuidado, assim como a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos auxiliam no fortalecimento desta relação.

A Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza apresenta apenas uma equipe de ESF. A população total de abrangência é estimada em 4.200 pessoas, de acordo com registros revisados no final de 2013. Segundo informações repassadas pela enfermeira responsável pela UBS, ainda não foi possível o cadastramento de 100% das famílias que compreendem a área de abrangência. Logo, o tamanho do serviço (estrutura e equipe) não é adequado ao tamanho da área adscrita, extrapolando limite superior de 4.000 pessoas para cada equipe de saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

No que se refere à distribuição da população por faixa etária e por sexo, foram contabilizadas 262 pessoas de zero a 83 meses pelo último consolidado das famílias da unidade da unidade de saúde (SIAB/2013).

Na UBS o acolhimento é realizado, num primeiro momento, na recepção, onde o usuário solicita consulta e tem sua queixa ouvida pelo agente comunitário de saúde (ACS). Não há uma sala destinada ao acolhimento, nem equipe específica para o desempenho desta função. Como não há recepcionista, os ACSs se revezam durante a semana para receber os usuários, separar seus prontuários e organizar o atendimento. Tendo em vista a deficiência neste aspecto, tem-se realizado o acolhimento também dentro dos consultórios, tanto pela médica, enfermeira e dentista, procurando dar uma atenção melhor ao paciente, valorizando suas queixas e angústias, com o objetivo de criar vínculos e diminuir a sensação de desamparo.

A unidade ainda não consegue desempenhar plenamente sua função de Unidade de Saúde da Família. Isto porque não apresenta uma estratégia de acompanhamento dos seus usuários de forma integral e contínua. Possui apenas um dia na semana, pela manhã, reservado para o atendimento de usuários Hipertensos e diabéticos e outro para puericultura, sendo que a maioria dos agendamentos destinados ao acompanhamento da saúde da criança é na verdade de demanda espontânea. Assim, o que se vê é uma incapacidade e despreparo da equipe de saúde para atender a uma demanda espontânea cada vez maior em detrimento do atendimento organizado e integral preconizado pela estratégia de saúde da família. Tal fato gera insatisfações aos usuários que precisam estar presentes desde muito cedo na unidade em busca de fichas para atendimento e um longo tempo de espera.

Diante desta situação, em que o acolhimento acaba se restringindo a uma triagem para consulta médica, torna-se imprescindível que a equipe de saúde reflita sobre as necessidades de saúde da população, pensem e coloquem em prática um conjunto de ofertas de serviços, tanto em relação às ações de estratégia de saúde da família quanto em relação ao atendimento de demanda espontânea. A organização de trabalho da equipe deve ser discutida, além de definida a maneira que cada profissional participará do acolhimento aos usuários, de forma a ampliar a capacidade de atendimento da equipe de saúde, realizar escuta qualificada, tornando possível o reconhecimento de riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções.

São necessárias ainda ações estratégicas de controle social através da implantação de formas de registros que permitam acompanhamento integral e de qualidade dos usuários, trabalho em grupo de educação em saúde procurando fortalecer uma parceria de (co) responsabilidade com a própria comunidade, além da sinalização de profissionais e instituições que possam contribuir para o estabelecimento de uma rede de apoio. Assim, é possível conhecer as características da população sob sua responsabilidade, avaliar continuamente o processo de trabalho e realizar adequações que se fizerem necessárias, tornando um serviço de maior efetividade. Um instrumento de grande valia é o Conselho Municipal de Saúde, uma vez que contribui para elaboração e progresso de políticas públicas. Este é atuante no município de Rio Branco, no entanto, é necessário que a população participe mais efetivamente, além de que é imprescindível que o próprio Conselho divulgue mais suas funções e ações, de modo a envolver cada vez mais a população em benefício da sociedade.

A atenção à saúde da criança é realizada através dos atendimentos de puericultura que ocorrem um dia por semana, pela manhã. São registrados em prontuários médico e odontológico e também no cartão de vacina, possibilitando a quantificação de crianças vacinadas e controle da situação vacinal, porém apenas destas, ou seja, não há controle da situação vacinal das crianças da área de abrangência. As formas de registros são insuficientes para monitorar e avaliar o acompanhamento de puericultura e, conseqüentemente, desfavorece o fornecimento de dados que traduzem a real qualidade da assistência a este público-alvo. Assim, não se sabe exatamente quantas crianças há na área de abrangência. Através dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2013, há apenas uma criança menor de 1 ano de idade cadastrada, ou seja, são dados inconsistentes, sendo necessária a verificação e correção de tais informações, caso assim se confirmar. Portanto, a avaliação da cobertura realizada e monitoramento de ações previstas em acompanhamento de puericultura, como exemplo, a realização do teste do pezinho, triagem auditiva, situação vacinal, dentre outras, fica prejudicado, traduzindo falha da atenção. As ações de atenção à saúde da criança não são estruturadas de forma programática, não há protocolo ou manuais para seguimento dos atendimentos ou formas de registros específicos, bem como não há planejamento nem monitoramento regular das ações já existentes.

A grande maioria dos pais ou responsáveis procuram atendimento médico apenas quando as crianças apresentam alguma queixa. Há ainda algumas mães que se recusam vacinar seus filhos por dó ou porque desacreditam nos benefícios da vacinação. O dentista da UBS realiza atendimentos na escola do bairro, além de ações de educação em saúde bucal. Traduz atitude proativa no processo de conscientização da população de cuidados em saúde, no entanto, as ações são realizadas de maneira independentes, ou seja, há pouca interação entre os integrantes da equipe de saúde e a atenção integral à criança é prejudicada. Além disso, não há atendimento a consultas programáticas a crianças, ou seja, as mesmas são atendidas apenas quando apresentam alguma queixa odontológica. Dessa forma, não há acompanhamento da população-alvo quanto à saúde bucal e o mesmo ocorre em relação aos demais grupos específicos, tais como gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos e adultos. Assim, a instituição de formas de registros que permitem controle da assistência, busca ativa e participação efetiva de todos os integrantes da equipe de saúde no planejamento de ações, bem como o acompanhamento de forma multiprofissional e intersetorial proporciona uma abordagem de maior qualidade e ampliação da cobertura.

A implementação de programas de educação em saúde na comunidade reproduz agentes multiplicadores com grande potencial de transformação na sociedade. O processo de trabalho deve ser reorganizado, incluindo a instituição de protocolos a serem seguidos, com intuito de não deixar brechas no atendimento, tornando-o falho. Os registros de atendimento também devem ser reformulados e processados estrategicamente, facilitando contínua revisão e avaliação. Tal condição confere maior resolutividade das dificuldades a serem vencidas pela equipe de saúde da UBS, permitindo uma contribuição mais efetiva na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil.

A ação realizada na unidade de atenção à gestante é o pré-natal. Os atendimentos de pré-natal são registrados em prontuários médicos e cadastramentos no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e também no Cartão da Gestante. No entanto, não há registros específicos que possibilite monitoramento regular das ações já existentes. O serviço adota o protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde e o protocolo local é seguido nos casos de encaminhamento ao

atendimento especializado. Assim, as ações de atenção à gestante ainda são incipientes, havendo muito a melhorar.

A assistência de pré-natal realizada na UBS apresenta falhas que devem ser sanadas. Sabe-se que são doze gestantes atendidas na UBS, mas não a quantidade de gestantes pertencentes à área adscrita, sem acompanhamento ou sem saber se realizam o pré-natal em outras unidades de saúde. De acordo com as estimativas fornecidas pelo Caderno de Ações Programáticas, haveria aproximadamente 63 gestantes pertencentes à área de abrangência para um total de 4200 usuários cadastrados. Dessa forma, a cobertura da atenção às gestantes da área de abrangência seria de apenas 19%, ou seja, é imprescindível realizar uma busca ativa a todas as mulheres nesta condição para que sejam efetivamente acompanhadas.

A forma de registro deve ser reformulada para permitir a revisão dos mesmos tanto para verificar as gestantes faltosas quanto para a completude do mesmo. A sistematização da classificação de risco e a observância da data provável do parto permite, respectivamente, o encaminhamento ao atendimento especializado quando necessário e a programação de seu atendimento durante toda a gestação na UBS, além do acompanhamento no período puerperal. Este último praticamente não ocorre na UBS, o que traduz falha grave no acompanhamento deste público-alvo, uma vez que se perde oportunidade para identificação precoce de problemas agudos que podem acometer tanto à mãe quanto à criança recém-nascida. Deve-se proceder à busca ativa e atenção mais incisiva, pois ainda há gestantes que não realizam acompanhamento pré-natal. Seja por falta de orientação/conscientização de sua importância ou por encontrar-se numa situação de vulnerabilidade, por exemplo, abuso de drogas e/ou álcool. Mesmo que seja uma parcela pequena da comunidade e que esta abordagem seja de difícil execução, toda a estrutura familiar é envolvida e, principalmente, os riscos de morbimortalidade materno-infantil podem diminuir sensivelmente.

Todas as grávidas acompanhadas são submetidas ao exame ginecológico trimestral, recebem suplementação de sulfato ferroso e são orientadas quanto à importância do aleitamento materno exclusivo. Porém, a avaliação de saúde bucal não é realizada, o que traduz a falta de articulação entre os profissionais atuantes na UBS, além disso, apenas 25% das gestantes iniciam o atendimento pré-natal após o primeiro trimestre. Assim, deve-se buscar uma melhor organização do trabalho pela

equipe de saúde, procurando atender à gestante de forma integral, oferecendo uma assistência pré-natal de melhor qualidade e mais precocemente possível.

A instituição de programas de educação permanente em saúde é fundamental para que haja maior controle social, fortalecimento do vínculo familiar destas mães e também com a equipe de saúde da UBS, além de facilitar a identificação e manejo de fatores ou condições que vão de encontro com os princípios a serem consolidados na comunidade.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) é realizada apenas a coleta do exame preventivo. O PCCU ocorre de forma não estratégica, uma vez que o registro é feito de acordo com o número de coletas realizadas e não pela quantidade de mulheres que realizam o preventivo e seu devido acompanhamento. Assim, é possível contabilizar o número de coletas realizadas anualmente, mas não permite análise e avaliação contínua e individual de tal acompanhamento. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, há uma estimativa de 885 mulheres de 25 a 64 anos e de 210 mulheres de 50 a 69 anos de idade. Trata-se de uma população numerosa, mas que não apresenta monitoramento das ações realizadas, prejudicando a qualidade da atenção.

O rastreamento do Câncer de Colo de Útero é realizado de forma oportunística, ou seja, ofertado apenas para mulheres que procuram atendimento e coleta do exame em apenas dois dias da semana no turno da manhã. Não são desenvolvidas ações direcionadas às mulheres sobre a importância da prevenção, incentivo para a realização periódica do preventivo e nem alerta a respeito dos fatores de risco e formas de identificação da doença. Assim, com o objetivo de ampliar a cobertura deve-se, prioritariamente, estabelecer novas formas de registro que permitam o controle do acompanhamento, incluindo as mulheres com exame alterado para que não se perca o seguimento destas pacientes. Além disso, é necessário o planejamento de ações de incentivo à realização do exame preventivo periódico e de orientações acerca das formas de prevenção. Pode-se ainda adicionar novos dias e turnos diferentes para que possa dar oportunidades de acesso a outras mulheres que não poder comparecer nos dias ofertados de coleta.

Não há seguimento de protocolos que visem ao rastreamento do câncer de mama, sendo o exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia realizados apenas quando a paciente manifesta alguma queixa ou apresenta história familiar positiva. Não há ações educativas para orientar as pacientes quanto às medidas de

prevenção ou de identificação da doença. Não há registros específicos de acompanhamento, avaliação de risco e nem controle das mulheres que realizam mamografia, bem como o de seus resultados. Assim, é necessária a instituição de protocolos de atendimento para prevenção do câncer de mama e controle do acompanhamento, como forma de ampliar a cobertura e reduzir a perda do seguimento às mulheres que apresentarem resultado alterado. Além disso, a utilização de registros que permitam a avaliação dos atendimentos e o planejamento de atividades em grupo pode resultar em grandes avanços no controle do câncer de mama.

A atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS ocorre um dia por semana, pela manhã. Os pacientes são cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, no entanto, não há registros específicos de acompanhamento clínico para estratificação de risco cardiovascular, agendamentos de consultas regulares, observância de exames complementares periódicos e a avaliação bucal não são realizadas. A “importância da alimentação saudável” e a “prática de atividade física regular” são orientações fornecidas durante a consulta médica, porém não rigorosamente para todos os pacientes. Nem todos os hipertensos e diabéticos são acompanhados pela UBS, além disso, o cadastramento das famílias da área de abrangência ainda não foi completamente realizado. Dessa forma, avalia-se uma cobertura ainda incipiente e, por mais que isto ocorra, os dados já em mãos são minimamente avaliados e utilizados para planejamento de ações de atenção a este público alvo. Assim, sabe-se que são 57 pacientes diabéticos e 224 pacientes hipertensos cadastrados no E-SUS, no entanto, não há controle da regularidade e qualidade do acompanhamento clínico de todos os usuários, bem como não se sabe a totalidade de pacientes hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área adscrita. De acordo com estimativas do Caderno de Ações Programáticas há, aproximadamente, 738 usuários hipertensos e 211 diabéticos na área adscrita. Ou seja, o número de pacientes cadastrados no E-SUS está muito aquém do que se espera para uma população total com 4200 usuários.

Em relação ao processo de trabalho, é essencial num primeiro momento haver um conhecimento do público-alvo, quantas pessoas compõem este grupo e suas características peculiares, para que se possa fazer planejamentos de ações e um acompanhamento de melhor qualidade e de modo integral. Como alternativa,

pode ser instituído um novo formulário que permita o acompanhamento clínico de cada paciente, sendo possível maior controle de sua condição clínica, controle dos demais fatores de riscos cardiovasculares, monitoramento de exames complementares periódicos, monitoramento da saúde bucal e programar agendamentos regulares. Assim, é possível que o acompanhamento do usuário hipertenso e diabético seja sistematicamente avaliado e sujeito a novas mudanças, quando necessário.

Além disso, deve-se intensificar a busca ativa e cadastramento destas pessoas sem acompanhamento na comunidade, ampliando ao máximo a cobertura de atenção a este público-alvo. As estratégias de prevenção e controle da hipertensão e diabetes também precisam compor o processo de trabalho da equipe, tais como ações de orientação em relação à alimentação saudável, estímulo à prática de atividades físicas regulares, controle do peso corporal e alerta aos malefícios do tabagismo e uso de álcool. Assim, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde se fortalece, uma vez que há todo um esforço de cuidado para com o paciente.

A atenção à saúde dos idosos realizada no serviço da UBS se reduz ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos pertencentes a esta faixa etária. A forma de registro de acompanhamento aos idosos ocorre apenas através dos prontuários de atendimento médico. Os cadastros das pessoas residentes na área de abrangência da UBS, realizados pelos agentes comunitários de saúde, ainda não foram submetidos à análise, ou seja, os dados e informações sobre a população não foram consolidados, o que representa um obstáculo no conhecimento da própria comunidade sob responsabilidade da unidade de saúde. Dessa forma, pouco se sabe a respeito da distribuição da população por faixa etária e sexo, bem como o de grupos de risco ou em situações de maior vulnerabilidade. Há contabilização mensal dos atendimentos médicos por faixa etária, sem distinção por sexo e sem controle do registro em duplicidade (o atendimento de apenas um idoso pode ser contabilizado mais de uma vez no mês) e, na verdade, não representaria a real quantidade de idosos acompanhados pela UBS. A estimativa fornecida pelo Caderno de Ações Programáticas é que há aproximadamente 268 usuários com 60 anos de idade ou mais.

Dessa forma, a falta de informação dificulta uma avaliação em relação à cobertura e a ausência de acompanhamento criterioso destes pacientes traduz um

serviço desprovido de ações estratégicas de atenção contínua e integral. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que não é utilizada regularmente pela equipe de saúde da UBS, constitui-se num valioso instrumento de fortalecimento da atenção básica, pois possibilita melhor acompanhamento clínico e representa ainda um instrumento de cidadania para o idoso, uma vez que detém em suas mãos informações relevantes de sua saúde.

Não se tem mãos informações da quantidade de idosos com hipertensão arterial sistêmica ou com diabetes mellitus, dois dos principais fatores de morbidade e mortalidade entre os idosos. O acompanhamento sistemático não é preconizado e, conseqüentemente, não há controle do estado de saúde dos idosos, nem vigilância quanto à adesão e tratamento adequados, impossibilitando a diminuição da morbimortalidade e a melhora da qualidade de vida desta parcela da população. A investigação de indicadores de fragilização na velhice também não é realizada, sendo a mesma essencial na identificação de fatores de alto risco para desfechos clínicos desfavoráveis e para a instituição de intervenções preventivas com intuito de preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos.

Torna-se, assim, imprescindível, o planejamento de ações de atenção à saúde da pessoa idosa através da busca ativa e conhecimento das características e distribuição desta parcela populacional e posterior utilização de formas de registros que permitam o monitoramento do acompanhamento, agendamento de consultas regulares para o controle de estado de saúde, além da avaliação de riscos e promoção de intervenções quando necessárias. O trabalho em grupo com pessoas idosas também constitui um instrumento de grande valia, pois possibilita a troca de vivências e aprendizados, ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, além de permitir trabalhar a vulnerabilidade, descobrir potencialidades e, conseqüentemente, elevar a autoestima. A sinalização de instituições (escola, associações, igrejas, etc.) e profissionais (nutricionista, dentista, psicólogo, etc.) também pode contribuir para o acompanhamento integral e de qualidade da pessoa idosa, de forma contínua, ampliando o acesso a espaços e serviços destinado a este público-alvo, fortalecendo a estratégia de saúde da família e a cidadania.

Dentre o que pode ser percebido ao elaborar esse relatório, ao preencher o caderno de ação programática e ainda o questionário situacional, o maior desafio da unidade é a organização do processo de trabalho através da instituição de novos formulários que possibilite monitoramento clínico criterioso e avaliação contínua da

atenção dos vários grupos específicos a serem acompanhados. Além disso, ações de atividades em grupo também requerem planejamento e acionamento de instituições que forneçam apoio para serem executadas, as quais se estabeleceriam a médio/longo prazo, de forma a exigirem o esforço de toda a equipe para a continuidade de tais ações. Outro desafio a ser vencido é a adesão da população às ações planejadas, pois a participação da mesma seria imprescindível para o estabelecimento do controle social e fortalecimento da estratégia de saúde da família.

Durante a aplicação dos questionários, surpreendeu-me o fato de tantas perguntas apresentarem respostas negativas ou a completa ausência de dados. Em algumas situações foi impossível responder uma quantidade considerável de questionamentos, fato também ocorrido no preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. No entanto, através desta tarefa que aparentemente tinha como objetivo apenas o conhecimento do processo de trabalho e serviços fornecidos pela UBS de atuação, instigou à reflexão do quanto há para ser melhorado e do quanto podemos contribuir para mudar os rumos de vida da comunidade que nos é apresentada. Sendo que o melhor recurso encontrado na UBS Elpídio Moreira Souza é o espírito de comprometimento de todos os membros da equipe de saúde. A partir da aplicação dos questionários, muitos aspectos têm mudado. As reuniões com a equipe de saúde passaram a se realizar com maior frequência e os planejamentos de organização do processo de trabalho estão sempre presentes em pauta. A atenção à saúde bucal se estenderá às gestantes e as mulheres da comunidade contam com mais um dia, em turno diferente, de coleta do PCCU. Recebemos recentemente instrumentos importantes no acompanhamento dos usuários, como a caderneta de saúde do idoso, além de medicamentos frequentemente necessários, traduzindo uma maior participação de todos na gerência de insumos. Além disso, novas formas de registros têm sido planejadas para o estabelecimento de acompanhamento integral e de maior qualidade aos pacientes.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional

Após um curto período de tempo atuando na UBS Elpídio Moreira Souza, aliado aos conhecimentos adquiridos no curso de especialização em Medicina da Família, pude ter uma visão mais ampla e crítica em relação a todo o processo de trabalho realizado na minha unidade. Assim que me apresentei à equipe de saúde fiquei entusiasmada, pois a unidade havia sido recentemente inaugurada e, portanto, o prédio era novo e bem estruturado e a equipe não apresentava desgastes próprios da convivência prolongada. Tudo parecia muito organizado e bem estruturado, porém pude perceber que a Estratégia de Saúde da Família precisa ser organizada e executada em praticamente todos os focos previstos. A partir do momento em que se tem conhecimento de como um serviço deve funcionar e das características próprias da comunidade com a qual vai atuar, torna possível o planejamento de estratégias de fortalecimento da Atenção Primária naquele local. Além disso, pude perceber também o quanto podemos transformar nossas condições de trabalho e a realidade da comunidade com planejamento e assumindo postura pró-ativa frente às dificuldades que nos são apresentadas, sendo este o ponto mais importante na minha comparação entre o texto inicial e o relatório situacional. Tendo sempre em vista o nosso poder de governabilidade, podemos contribuir sensivelmente para uma sociedade cada vez mais saudável e usuários mais conscientes dos seus direitos enquanto cidadãos. Assim, o engajamento conjunto de todas as esferas envolvidas e a utilização de todas as ferramentas disponíveis são imprescindíveis neste processo de implantação/fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A ação programática sobre a qual se dará a intervenção será na atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses de idade. Constitui-se numa importante ação no contexto da atenção primária, uma vez que oportuniza a identificação de problemas na comunidade com conseqüente planejamento de atividades de enfrentamento, pactuada com a comunidade, possibilitando que esta participe ativamente do controle social (CIAMPO *et al.*, 2006). Mesmo que se tenha verificado progressiva redução nas taxas de mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) - o maior componente do indicador de mortalidade infantil (menores de um ano de vida), ainda há necessidade de se promover estratégias de controle de mortalidade, uma vez que tais indicadores ainda encontram-se elevados, com uma taxa de 10,6 óbitos na idade de 0 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2012). Assim, deve-se garantir a atenção desde a primeira semana de vida na Atenção Primária à Saúde, com o fornecimento de todas as orientações cabíveis. Depois, monitorar o crescimento e desenvolvimento, intensificar a vigilância à saúde de crianças que apresentem maior risco e cuidado às doenças mais prevalentes. No entanto, a promoção integral à saúde da criança não visa somente à redução das taxas de mortalidade, mas também o compromisso em proporcionar maior qualidade de vida e, portanto, maior possibilidade de desenvolver todo seu potencial (FROTA *et al.*, 2010).

A unidade de saúde Elpídio Moreira Souza localiza-se num bairro periférico do município de Rio Branco - Acre. Foi construída, especificamente, para funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, sendo o município sua mantenedora. Não apresenta vínculo

com instituições de ensino e possui apenas uma equipe, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma técnica/auxiliar de dentista e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além da auxiliar de limpeza. A população adscrita é de aproximadamente 4.200 pessoas. O cadastramento das famílias que compreendem a área de abrangência ainda não foi completamente realizado, além disso, não foram consolidados ainda os dados já em mãos. Ou seja, não se sabe a distribuição da população por faixa etária e sexo.

Como não há registros e análise do atendimento realizado, não é possível caracterizar a população-alvo e definir a cobertura fornecida pela UBS, dessa forma, faz-se necessária a utilização da estimativa fornecida pela Especialização em Medicina da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (210 crianças de 0 a 72 meses de idade). Não há controle da adesão da população-alvo atendida. Não há protocolo de atendimento, bem como não há sistematização do monitoramento do crescimento e desenvolvimento em todas as crianças da área adscrita. Assim, a qualidade da atenção é mínima, pois atende quase que exclusivamente à demanda espontânea, sem planejamento ou ampliação dos serviços que poderiam ser fornecidos, descaracterizando a estratégia de atenção à saúde de modo integral e contínua. Por fim, na UBS não são desenvolvidas ações de promoção em saúde.

A ação programática de atenção à saúde da criança tem sua importância no fato de termos presenciado, tanto em consultas médicas na UBS quanto em visitas domiciliares, uma enorme quantidade de crianças qualitativamente desassistidas. São raras as consultas de puericultura, mais ainda as consultas na primeira semana de vida. Trata-se de um ato demasiado falho, uma vez que grande parcela dos distúrbios é passível de detecção e intervenção precoce, além disso, muitas doenças e agravos podem ser evitados a partir de orientações à população e fortalecimento do vínculo usuário-equipe de saúde. Espera-se que todos da equipe de saúde se comprometam com a ação e que ao menos 70% da ação programática seja implementada, estimativa difícil de estabelecer já que não se tem em mãos o tamanho da população-alvo com a qual será trabalhada.

As principais limitações a serem enfrentadas são a participação efetiva de todos os agentes comunitários de saúde, conciliar com a atenção bucal, garantir a adesão da população-alvo à ação programática, estabelecer parceria com outras instituições e organizar todo o processo de trabalho de modo a não deixar de cumprir qualquer ação/meta importante. Mas, os aspectos que viabilizam a

realização da intervenção são o compromisso de responsabilização de grande parte da equipe de saúde, o interesse de muitas mães/responsáveis em realizar o acompanhamento do crescimento/desenvolvimento e qualidade de vida de suas crianças. Além disso, temos o apoio da coordenadora da URAP próximo a nossa UBS. Por fim, acreditamos que a intervenção pode melhorar muito a atenção à saúde da criança, uma vez que proporcionará uma atenção de maior qualidade e integral, além de possibilitar a ampliação de espaços de cuidado através da sinalização de parcerias de instituições da comunidade. Pode também fortalecer o vínculo da população com a equipe de saúde e contribuir para o controle social através da participação mais ativa da comunidade nas atividades de educação em saúde.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo Geral:

Melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses da área de abrangência da UBS Elpídio Moreira Souza.

2.2.2 Objetivos específicos – Saúde da Criança

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança entre 0 e 72 meses;
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
6. Promover a saúde das crianças.

2.2.3 Objetivos específicos – Saúde Bucal das Crianças

1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal das crianças entre 0 e 72 meses;
2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares;
3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Promover a saúde das crianças;

2.2.4 Metas – 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 de saúde.

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

2.2. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.5 Metas – Saúde Bucal das Crianças

- 1.1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% 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.
- 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.
- 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.
- 2.3. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- 3.1. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.
- 3.2. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas subsequentes.
- 4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- 5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- 5.2. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças 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 de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 Ações

Para facilitar a organização e gestão do serviço, a primeira ação a ser realizada será o cadastramento no programa de todas as crianças de zero a 72 meses de idade da área adscrita. Para tanto, serão utilizados os cadastramentos que os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam das pessoas residentes na área de abrangência da UBS. Em seguida, cada ACS (são 7 ACS no total) agendará 2 crianças de 0-72 meses, da área sob sua responsabilidade, para atendimento

médico, por semana, no decorrer de três meses (obs: essa ação poderá ser modificada em função da contabilização ainda em andamento das crianças cadastradas pelos ACS na área adscrita). Assim, a criança terá sua primeira consulta agendada pelo ACS e sairá desta com a próxima consulta com data já programada e assim por diante. No entanto, iremos priorizar o atendimento de crianças. Dessa forma, as crianças não agendadas que comparecerem para consulta médica (demanda espontânea), terão sua primeira consulta prevista pelo programa realizada, também com retorno já agendado.

Para melhorar a qualidade do atendimento, serão realizadas reuniões periódicas entre os membros da equipe, nas quais todos deverão participar do planejamento de gestão de insumos e instrumentos como forma de garantir o fornecimento adequado de vacinas e medicamentos, evitando o esgotamento de estoques, bem como providenciar todo material necessário para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), garantindo qualidade no monitoramento do peso e crescimento da criança. Estas reuniões também será uma oportunidade de organizar o acolhimento e agendamentos das crianças de 6 meses a 72 meses para avaliação odontológica, como forma de garantir que tais crianças sejam atendidas ao procurarem serviço odontológico ou quando encaminhadas.

Além disso, as crianças com atraso no desenvolvimento serão encaminhadas para atendimento especializado, para diagnóstico e tratamento, a partir da identificação tanto durante as consultas de acompanhamento como pela análise periódica das fichas-espelho. A análise periódica das fichas espelho também servirá para identificar as crianças que não procederam ao teste do pezinho e à triagem auditiva e garantir que sejam realizados, bem como garantir a contra-referência nos casos de encaminhamento ao atendimento especializado. Para análise das fichas-espelho, será realizada uma capacitação com os membros da equipe, para que todos sejam capazes de identificar crianças enquadradas nestas situações e tomadas as devidas providências. Esta capacitação também incluirá as formas de busca ativa pelas crianças faltosas e seu reagendamento, com o objetivo de melhorar a adesão ao Programa de Atenção à Saúde das Crianças, sendo que este procedimento deverá ser de responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde.

Como forma de melhorar os registros de acompanhamento, será implantada a ficha-espelho. Dessa forma, tanto prontuário de atendimento, quanto a caderneta da criança e fichas-espelho de acompanhamento devem ser devidamente preenchidos. A ficha-espelho será a que é disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPel, bem como deverá ser sua responsabilidade a realização das anotações nos prontuários. O preenchimento da caderneta da criança e da fichas-espelho deverá ser realizado também pela enfermeira da UBS, caso seja necessário. No entanto, todos deverão ter conhecimento das particularidades destas formas de registro, pois também serão responsáveis pela monitorização dos mesmos. Para tanto, será realizada uma capacitação com toda a equipe.

A avaliação de risco também será um componente importante do acompanhamento. Todas as crianças da comunidade identificadas como de alto risco serão atendidas no mesmo dia em que se apresentarem na unidade (demanda espontânea) com consequente cadastro no programa (caso ainda não seja cadastrada), dessa forma se dará prioridade ao atendimento destas crianças. Elas também serão identificadas na ficha-espelho como crianças de alto risco (serão incluídos na ficha-espelho de cada criança os fatores de risco para que possibilite a sua pronta-classificação, sendo tais crianças identificadas em local específico e de destaque na folha de acompanhamento).

Para a promoção da saúde da criança serão realizadas reuniões regularmente agendadas com a equipe de saúde para que todos possam participar do planejamento das ações de educação em saúde a serem fornecidas para a comunidade, incluindo o foco que deverá ser abordado em cada reunião, a definição do papel que cada membro deverá desempenhar durante preparação e realização de cada encontro, providenciar o material a ser utilizado e a lista de presença para monitoramento da participação da população-alvo.

Como forma de monitorar e permitir a avaliação sistemática do acompanhamento, cada criança terá uma ficha-espelho de seu atendimento possibilitando detecção precoce/alerta de qualquer alteração de sua condição de saúde. Estas fichas-espelho serão preenchidas em todos os atendimentos realizados, sendo as mesmas arquivadas separadamente, permitindo que sejam regularmente revisadas com objetivo de garantir a completude dos registros,

identificar procedimentos em atrasos e crianças faltosas, além de identificar crianças em risco e permitir avaliação sistemática do programa em vigência.

Será realizada também a primeira consulta na primeira semana de vida para todas as crianças cadastradas. Assim, as gestantes que realizam o pré-natal na UBS serão monitoradas em relação à data provável do parto e orientadas quanto ao programa para que seja garantida a consulta na primeira semana de vida de todos os recém-nascidos da área adscrita. Essa primeira consulta será realizada, inicialmente pelo ACS e, num segundo momento, atendimento médico na UBS ou em domicílio. Cada criança terá uma ficha-espelho relativa ao seu acompanhamento, sendo que nela estarão presentes todos os requisitos mínimos para avaliação de seu acompanhamento, permitindo monitoramento do crescimento e desenvolvimento, identificação de crianças com excesso ou déficit de peso, monitorar situação vacinal, monitorar realização do teste do pezinho e triagem auditiva, suplementação de ferro e monitorar acompanhamento odontológico adequado.

A análise das fichas-espelho será realizada periodicamente atentando-se para os próximos agendamentos e reforçando as mães/responsáveis quanto à importância do comparecimento às consultas. Além disso, será observada a periodicidade correta dos agendamentos de acordo com o protocolo a ser seguido e monitorada as buscas pelas crianças faltosas. Esse monitoramento deverá ser realizado, principalmente pela médica e enfermeira, no entanto, todos devem ser capazes de identificar as crianças com situação irregular quanto ao seu acompanhamento. Para isso, será utilizada uma ação do eixo de engajamento público, promovendo uma capacitação com todos os membros da equipe para essa identificação. Durante a análise sistemática dos registros e fichas-espelho serão alterados/incluídos dados relevantes para o acompanhamento da criança, além da monitorização do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e também o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Em relação às ações de promoção à saúde das crianças, serão monitorados os registros de fornecimento de orientações e ações de educação em grupo (em prontuário, ficha-espelho ou relatório da ação), sobre prevenção de acidentes, importância do aleitamento materno, orientações nutricionais e de higiene bucal de acordo com a faixa etária. Além de monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as

crianças menores de 2 anos. Tais informações serão registradas através do correto preenchimento e análise sistemática das formas de registro.

Como forma de promover o engajamento público, a comunidade será orientada sobre o Programa de Atenção à Saúde da Criança e quais os seus benefícios. Tais orientações serão fornecidas por todos os membros da equipe de saúde sempre que tiverem oportunidade, em domicílio, durante atendimento médico ou outro possível contato. Além disso, serão realizados trabalhos em grupo com pais/responsáveis com objetivo de orientá-los quanto à importância do acompanhamento regular da condição de saúde das crianças, bem como em relação à saúde bucal; alertá-los quanto às possíveis anormalidades e o que é esperado para uma criança saudável em cada etapa do desenvolvimento; compartilhar informações referentes à condição de saúde apresentada por sua criança e orientá-los quanto ao próximo passo do acompanhamento. Também será trabalhada a conscientização da responsabilidade compartilhada da condição de saúde da criança, durante consulta médica, visita domiciliar ou reuniões em grupo com a comunidade, além da importância de manter em mãos registros de saúde de suas crianças e acesso à segunda via, em particular de vacinas (como forma de participar do controle social). Os pais/responsáveis também serão orientados (durante consulta médica ou em domicílio, durante trabalhos em grupo na unidade de saúde ou em outras instituições sinalizadas pelo programa), quanto às formas de prevenção de acidentes na infância, sobre a importância e benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança, inclusive para a saúde bucal; alimentação adequada e rede de apoio disponível no município.

A Qualificação da Prática Clínica será efetivada através da capacitação da equipe de saúde. Iniciaremos pela organização do acolhimento e adoção de protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a saúde da criança e quais informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. A capacitação será realizada através de reuniões com a equipe, regularmente agendadas, nas quais serão fornecidas informações e orientações essenciais para o desempenho de sua função, como agente multiplicador de conhecimentos na comunidade e estratégias de fortalecimento do vínculo usuário-equipe. Será providenciado protocolo impresso para que fique disponível para consulta por qualquer membro da equipe sempre que necessário.

A capacitação dos membros da equipe de saúde também abordará os procedimentos realizados em puericultura. Assim serão fornecidas informações e treinamentos para realização de medidas, preenchimento de registros e interpretação dos mesmos, possibilitando identificação de alterações e avaliação do acompanhamento. O dentista também participará da capacitação, o qual receberá informações quanto ao acolhimento, formas de registros e organização de agendamentos para primeira consulta e avaliação de necessidade de tratamento odontológico para crianças de 6 a 72 meses de idade através de reuniões nas quais serão abordadas também as estratégias a serem desenvolvidas para a efetivação do programa. Os ACS também serão capacitados para rastrear e identificar crianças que apresentem consultas em atraso através da análise da caderneta da criança e fichas-espelho de acompanhamento, bem como para a identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. A equipe também será treinada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde e quanto às formas mais prevalentes de acidentes na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, para orientação e incentivo ao aleitamento materno exclusivo, para observação da mamada para correção da “pega” e para o fornecimento de orientações sobre alimentação adequada da criança por faixa etária. Para isso, serão realizadas reuniões regularmente agendadas com a equipe de saúde, ocasiões em que também se dará o planejamento de ações a serem desenvolvidas, bem como a análise e monitoramento das mesmas.

A atenção à saúde bucal das crianças será iniciada a partir da organização de uma lista, a qual terá o nome de todas as crianças inscritas no programa de Atenção à Saúde da Criança. A partir de então será organizada a agenda para as consultas programadas para as crianças de 6 a 72 meses. Para tanto serão agendadas reuniões periódicas com a equipe para efetuação desta ação, além de ser uma oportunidade em que se deverá apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

A agenda também deverá ser organizada para a realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade, sendo confeccionada uma lista com seus nomes e contatos, procurando agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade e, de preferência, no mesmo dia das consultas de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. Priorizar o

atendimento das crianças com necessidade de atendimento odontológico através do seu atendimento no mesmo dia em que procura a UBS como demanda espontânea e garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Tais ações serão realizadas com reuniões regulares entre equipe de saúde, principalmente com o dentista, inclusive como forma de participar da gestão de insumos e instrumentos para garantir o material necessário para o atendimento odontológico. O dentista e enfermeira da UBS se encarregarão de organizar uma lista com os nomes e contatos das crianças faltosas às consultas, organização de visitas domiciliares, pelos ACS para busca e organização da agenda para acolher estas crianças.

Para que haja organização e seja possível o monitoramento de todas as crianças inscritas no programa, será implantado um registro específico (ficha-espelho) para o acompanhamento da saúde bucal das crianças para os atendimentos odontológicos. Esta ficha-espelho será formulada pela médica, pelo dentista e enfermeira da UBS, sendo que esta deverá ser sempre corretamente preenchida, assim como devem ser feitas as anotações necessárias no prontuário a cada atendimento. Enfermeira e dentista deverão ser responsáveis pelo monitoramento dos registros odontológicos.

Para promover a saúde das crianças serão planejadas ações de educação em saúde bucal com a população-alvo (crianças e responsáveis), tanto durante consulta odontológica quanto em trabalho em grupo ou em qualquer outra oportunidade de contato. Para tanto, será realizada reuniões em que se definirá o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, orientações sobre dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva. Esta capacitação será organizada pelo dentista da UBS.

O monitoramento de atenção à saúde bucal será periodicamente efetuado por todos os membros da equipe. Para isso será realizada uma capacitação, organizada pelo dentista/médica com todos. Dessa forma, todos devem ser capazes de monitorar o número de crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da Unidade e que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, monitorar o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática e também o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído. Nessa abordagem, serão capacitados também como monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes

previstas no protocolo (consultas em dia), bem como monitorar as buscas de crianças faltosas.

Dessa forma, todos devem participar do monitoramento dos registros da saúde bucal da criança na UBS e dos registros de orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática. Para tanto, todos participarão de uma capacitação organizada pelo dentista da UBS.

Para fortalecer o engajamento público, a comunidade deverá ser esclarecida quanto à importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade e informar sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS através da realização de reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade, a qual será abordada tanto em consulta odontológica/médica, domicílio ou em trabalhos em grupos. Além disso, a comunidade também será alertada sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário e sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança. Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e fornecer esclarecimentos sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças, sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças e sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias também serão trabalhadas pela equipe de saúde a partir das reuniões de capacitação.

Para promover a qualificação da prática clínica, serão realizadas reuniões de capacitação da equipe de saúde para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos 6 meses de idade, para informar às famílias sobre a necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS. Além disso, o dentista irá realizar uma capacitação com a equipe (e definir o papel de cada membro) para que a mesma seja capaz de diagnosticar e/ou tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, como proceder no manejo da criança e como monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico, bem como identificar

as crianças que faltaram às consultas odontológicas e no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Além disso, o dentista irá realizar reuniões destinadas aos membros da equipe, nas quais capacitará os profissionais sobre como orientar adequadamente quanto à higiene bucal conforme a idade da criança, para orientar adequadamente sobre dieta conforme a idade da criança, bem como para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

2.3.2 Indicadores

Saúde da Criança

Relativos ao 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.

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.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.8: realizar teste da orelhinha em 100% das crianças participantes do programa conforme orientação do Ministério da Saúde.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativos 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.

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.

Relativos 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.

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.

Relativos 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.

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.

Relativos 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Saúde Bucal das Crianças

Relativos 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 70% 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.

Relativos 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.

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.

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.

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.

Meta 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.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal das crianças.

Meta 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.

Meta 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

Meta 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 bucal das crianças

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das 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.

Meta 5.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% das 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.

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.

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 a realização da intervenção no Programa de Saúde à Criança será adotado como protocolo o Caderno de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Como forma de viabilizar o monitoramento, será instituída uma ficha-espelho de atendimento, já que não há uma disponível para utilização na UBS. Assim, será implementada a ficha-espelho

de acompanhamento, tanto médico como odontológico, as quais conterão várias informações relevantes referentes à saúde da criança (como por exemplo, crescimento, peso, etapas de desenvolvimento, cumprimento do calendário vacinal, acompanhamento referente à saúde bucal, avaliação de risco, etc.) de modo a permitir avaliação posterior dos vários indicadores, tanto quantitativos, quanto qualitativos. Ambas as fichas-espelho foram disponibilizadas pelo curso de Especialização em Medicina da Família UFPel 2014. Dessa forma, será possível a verificação do monitoramento de crescimento e desenvolvimento, atualização do calendário vacinal, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho, necessidade de atendimento odontológico, realização da primeira consulta odontológica, crianças faltosas e busca ativa, avaliação de risco, orientações que devem ser fornecidas aos pais/responsáveis, classificação de risco odontológico, fluoroterapia e crianças faltosas às consultas odontológicas, bem como sua busca ativa. Durante as consultas, todas estas ações serão verificadas pela médica e pelo dentista, no caso das consultas odontológicas. Além disso, a técnica de enfermagem também auxiliará na verificação da devida atualização do esquema vacinal. As verificações serão realizadas tanto durante as consultas destinadas para puericultura, dois dias por semana no período da tarde, quanto nas consultas por demanda espontânea. As fichas-espelho serão impressos a partir do contato e solicitação de apoio para efetivação do programa ao gestor municipal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e coordenadora da URAP próxima à UBS. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso de especialização da UFPel.

Para organizar o registro específico do programa, será realizada a busca dos prontuários de todas as crianças cadastradas no programa, sendo que as mesmas serão agendadas para primeira consulta de acompanhamento sistemático de acordo com o protocolo adotado. Dar-se-á preferência para o seguimento das consultas programadas com o dentista logo após a consulta de puericultura (para crianças de 6 a 72 meses de idade), ou seja, ambas as consultas se realizarão no mesmo dia. Durante as consultas, as informações serão anotadas tanto na caderneta da criança quanto nas fichas-espelho de acompanhamento, além do registro em prontuário de atendimento. As crianças que já realizavam acompanhamento de puericultura e seguiam o calendário de vacinação, terão as últimas informações repassadas para

as fichas-espelho. Estas serão arquivadas em local específico para que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso a elas. As fichas-espelho de atenção à saúde bucal serão anexadas juntamente com as suas respectivas fichas-espelho de puericultura. Ao mesmo tempo, será realizado o primeiro monitoramento com objetivo de identificar crianças com o calendário vacinal desatualizado, identificação de crianças com atraso (ou possível atraso) no desenvolvimento e crescimento, crianças faltosas às consultas de puericultura e odontológicas, bem como a avaliação de risco, de modo a serem estas crianças acompanhadas com maior proximidade. Além disso, as crianças já sairão desta primeira abordagem com a próxima consulta já agendada.

Será realizada uma capacitação da equipe para utilização do protocolo (Caderno de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento, Ministério da Saúde, 2012) e familiarização com as fichas-espelho. Cada membro da equipe terá acesso ao protocolo e estudará o mesmo previamente à reunião. Serão reservadas 2 horas ao final do expediente para que cada membro da equipe exponha para os demais como colocar em prática procedimentos essenciais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como demais informações importantes do protocolo e das etapas do programa para repassá-las à população. A médica e o dentista da UBS se encarregarão de conduzir e complementar as informações a serem abordadas na reunião.

Como as crianças atendidas na UBS são provenientes da demanda espontânea, para a estruturação do acolhimento daremos início aos agendamentos de primeira consulta da criança para acompanhamento, sendo a mesma agendada pelo ACS de sua microárea. Serão 16 crianças agendadas por semana, sendo divididas em dois dias e turnos diferentes. Como primeira abordagem, os agendamentos serão organizados por microárea, oportunizando a participação do ACS durante a consulta de acompanhamento. Dessa forma, o mesmo aprofunda seus conhecimentos e ainda fortalece o vínculo com a criança e seus responsáveis, possibilitando estar atualizado em relação à situação da criança. Os agendamentos subsequentes seguirão a periodicidade estabelecida pelo protocolo, sendo próximos à data de nascimento da criança. As crianças que chegarem à UBS por problemas agudos serão atendidas sem necessidade de alteração da organização da agenda e, caso estas ainda não estiverem cadastradas no programa, terão seu cadastro prontamente realizado e primeira consulta de puericultura já realizada e

encaminhada para primeira consulta odontológica programada, caso esteja na faixa etária apropriada.

Referente à abordagem de saúde bucal, será feito o encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses (cadastradas e que já passaram pela primeira abordagem) para o dentista para que seja realizada a primeira consulta odontológica. O encaminhamento será preferencialmente no mesmo dia de realização da consulta de puericultura. Para tanto, será realizada uma reunião, sendo reservadas 2 horas ao final do expediente, com a equipe de saúde, incluindo o dentista, para que sejam realizadas as programações de atendimento, bem como as formas de registros que devem ser procedidas nas fichas-espelho.

Para o fortalecimento do vínculo e melhora da adesão serão realizadas duas reuniões com a equipe com duração de uma hora cada. Na primeira serão discutidas alternativas de fortalecimento do vínculo e de estratégias de melhora da adesão. Serão fornecidas alternativas como o fornecimento de informações para a comunidade a respeito do programa, as vantagens da participação e a importância do mesmo para a saúde das crianças, a sinalização de instituições na comunidade (que instituições presentes na comunidade podem auxiliar no cuidado à saúde das crianças) e o planejamento de trabalho em grupo. Na segunda reunião será realizado o planejamento dos trabalhos em grupo e o foco a ser trabalhado em cada encontro. Dessa forma, serão realizadas pelo menos seis reuniões com a equipe de saúde. As quatro primeiras reuniões serão agendadas na primeira semana de intervenção e as últimas três reuniões serão realizadas na segunda semana de intervenção. As consultas agendadas iniciarão já na segunda semana de intervenção. Assim, os encontros de trabalho em grupo terão início no segundo mês de intervenção, dessa forma, haverá tempo para melhor planejamento dos mesmos.

Para o monitoramento da ação programática, enfermeira e médica revisarão, semanalmente, o mapa de cobertura e as fichas-espelho para verificar a completude das informações a serem preenchidas nos registros e identificação de qualquer situação de irregularidade. Os agentes comunitários de saúde realizarão a confirmação prévia da consulta agendada junto às mães/responsáveis, bem como a busca ativa das crianças faltosas (e reagendamento da consulta) ou com presença de irregularidade no acompanhamento, como por exemplo, vacina em atraso. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

Dentre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, destaca-se inicialmente o cadastramento das crianças de 0 a 72 meses residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza, Rio Branco-AC. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência, a partir da implantação do Programa de Atenção à Saúde da Criança. Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura em, pelo menos, 70%. Para tanto, solicitei a todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que providenciassem uma lista com os nomes de todas as crianças passíveis de inclusão ao Programa, a partir da qual seria possível realizar a busca ativa de todas as crianças ainda não cadastradas e, portanto, ainda não atendidas conforme o protocolo.

O atendimento a estas crianças foi priorizado na rotina da unidade, ou seja, foram estabelecidos dois períodos na semana que se destinavam aos agendamentos para atendimento da população-alvo. A equipe da unidade foi capacitada para a realização do acolhimento a estas crianças, bem como a respeito da saúde da criança e informações a serem repassadas às mães e comunidade em geral. Cada ACS agendava todas as crianças da microárea correspondente para, em seguida, outro ACS iniciar os seus respectivos agendamentos. Além disso, todas as crianças de idade de 0 a 72 meses da área de abrangência que compareciam por demanda espontânea eram atendidas e prontamente cadastradas no Programa. Dessa forma, foi possibilitada a inclusão de muitas crianças cujos ACS ainda não havia realizado agendamentos, facilitando o trabalho destes e otimizando os

resultados. Foi realizado também um trabalho de conscientização, tanto para ACSs quanto para a população, sobre a importância e benefícios provenientes da participação do Programa.

Os atendimentos de puericultura são monitorados e avaliados quanto à realização do teste do pezinho na primeira semana de vida, curva de crescimento, crianças com déficit ou excesso de peso, desenvolvimento neuro-cognitivo, atualização vacinal, suplementação de ferro, realização da triagem auditiva, avaliação de necessidade e primeira consulta odontológica programada para crianças de 6 a 72 meses de idade.

A equipe de saúde foi capacitada para identificar e realizar a busca ativa de todas as crianças recém-nascidas antes de completarem sete dias de vida, tendo como parâmetro inicial a data provável do parto. Todo o material para a medida antropométrica foi providenciada. O protocolo não foi impresso, apesar da solicitação à gestão municipal, no entanto, foi disponibilizado em arquivo pdf no computador da unidade para que todos pudessem consultá-lo quando houvesse necessidade. Todas as vacinas, equipamentos e condições necessários para sua realização já estavam garantidos antes mesmo de iniciada a intervenção, sem ocorrência de qualquer contra tempo. Da mesma forma a disponibilidade de sulfato ferroso, a qual sempre teve garantida a sua dispensação. As crianças com alterações no desenvolvimento são encaminhadas para o pediatra da unidade de referência, ou seja, no Hospital da Criança, onde também é realizado o aconselhamento genético. O teste do pezinho é disponibilizado e amplamente realizado. No entanto, a triagem auditiva foi recentemente instituída nos serviços de saúde no estado do Acre. Uma instituição particular terceirizada é responsável pela disponibilização do mesmo, porém encontra-se em fase de adequação à realizada local e, no momento, ainda incapaz de atender toda a demanda.

As consultas foram organizadas de modo que a criança, ao comparecer à unidade por agendamento, passasse por consulta médica, odontológica e tivesse a carteira vacinal atualizada pela técnica de enfermagem. Dessa forma, todas as crianças de 6 a 72 meses eram encaminhadas para consulta odontológica e realizado o seu cadastramento no Programa referente ao acompanhamento de saúde bucal. As crianças que chegam por demanda espontânea são agendadas de acordo com a disponibilidade do dentista. Dessa forma, não conseguimos ainda

adequar a agenda deste profissional para que o atendimento a estas crianças fosse prioritário.

O engajamento público foi realizado, sendo passadas às mães e comunidade em geral as orientações e informações a respeito do Programa de Atenção à Saúde da Criança, bem como as vantagens e facilidades ao participar do mesmo. Tal papel foi desempenhado em todo e qualquer contato possível entre membros da equipe e população, em visitas domiciliares e consultas médica e odontológica. Foi dada a importância também de compartilhar, com pais e responsáveis, informações a respeito do estado de saúde de suas crianças, alertando sobre anormalidades e o que se espera para uma criança saudável em cada etapa de seu desenvolvimento, bem como quais os próximos passos do acompanhamento. Assim, temas como leitura da curva de crescimento, importância da suplementação do ferro, manutenção da carteira vacinal atualizada, realização do teste do pezinho e triagem auditiva, além do acompanhamento com dentista foram abordados. Outro aspecto de fundamental importância foi trabalho de conscientização em relação à responsabilidade e cuidados compartilhados, extensamente abordados durante as consultas médicas.

Uma ação que ocorreu parcialmente foi a capacitação dos ACS quanto aos procedimentos de puericultura, com a finalidade de que ficassem a par das principais características deste acompanhamento, facilitando na observância e identificação de qualquer alteração durante as visitas domiciliares ou comparecimento na unidade. Os ACS acompanhavam as consultas e me auxiliavam a medir, pesar as crianças, preencher as fichas-espelho, bem como foram treinados para a interpretação e preenchimento das curvas de crescimento no cartão da criança. O intuito não era que eles desempenhassem rotineiramente este papel, mas que fossem capazes de se atentarem às particularidades a serem consideradas neste tipo de acompanhamento e, uma vez identificadas quaisquer alterações em visitas domiciliares ou outras ocasiões, providenciassem prontamente o encaminhamento para consulta de puericultura. Esta ação não foi completamente desempenhada devida à recusa de alguns ACS, alegando ser uma atribuição além de suas funções na unidade.

Não houve tempo hábil para o agendamento das crianças de outras três microáreas, além de haver ainda uma microárea descoberta. Os agendamentos vão continuar mesmo com o término da intervenção, porém, estes serão realizados

apenas em um período da semana. Vale ressaltar que, apesar de haver uma organização para tais agendamentos, as crianças continuam tendo atendimento prioritário e, mesmo que o comparecimento tenha sido por demanda espontânea, os procedimentos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são realizados, exceto no caso desta criança apresentar seu acompanhamento de puericultura em dia. A consulta com o dentista é agendada conforme necessidade e disponibilidade deste profissional. As crianças da área descoberta e que ainda não foram cadastradas (algumas crianças já tiveram seu cadastro realizado, pois compareceram por demanda espontânea) serão paulatinamente agendadas com a ajuda de uma das ACSs.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, foi implementada a ficha-espelho de acompanhamento, disponibilizada pelo curso de especialização. Infelizmente, as fichas-espelho não foram reproduzidas e fornecidas pelo gestor municipal, sendo o mesmo apresentando pouco ou nenhum envolvimento nas ações previstas no projeto. Tal forma de registro facilita o monitoramento do acompanhamento de todas as crianças participantes do Programa, sendo imprescindível a constante atualização das informações. Em relação às consultas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento, tanto médica como enfermeira estão aptas para o seu preenchimento. O dentista é responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem pela atualização das informações referentes à vacinação. Assim, todos estes são corresponsáveis no monitoramento dos registros, sendo médica e enfermeira responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa.

Dessa forma, foi dada a importância quanto à completude das fichas-espelho para que não prejudicasse o controle e para que a abordagem fosse a mais completa possível, facilitando dessa forma o monitoramento e avaliação periódica do acompanhamento (crianças faltosas, atualização da vacinação, suplementação com sulfato ferroso, avaliação de risco, distúrbio do crescimento e desenvolvimento, retornos regulares conforme previsto no protocolo, etc.). Mães e responsáveis foram orientados quanto ao direito e importância de se manter os registros de suas crianças atualizados.

Para melhorar a adesão ao Programa de Saúde à Criança, é monitorado regularmente o cumprimento da periodicidade das consultas conforme previsto no

protocolo. Foi procedida à capacitação dos ACSs para tal ação a partir da análise das fichas-espelho como forma de facilitar tal monitoramento, além de aumentar o controle da população sob sua responsabilidade. No entanto, os ACSs ainda apresentam dificuldades em incluir tal ação na sua rotina de trabalho. No momento, eu tenho realizado este monitoramento, repassando aos agentes de saúde quais crianças devem retornar por busca ativa, tanto para consulta médica quanto odontológica, além da necessidade de atualização do calendário vacinal. No entanto, tenho percebido que, progressivamente, os mesmos têm enxergado a importância deste trabalho para a comunidade, sendo necessário que todos da equipe se unam em prol do sucesso do Programa.

O papel da enfermeira também é essencial, pois ela auxiliaria no desenvolvimento e cumprimento de todas as ações previstas, além de que delegaria progressivamente as ações aos ACSs até que estivessem completamente aptos e acostumados a mais esta atribuição. Mesmo porque, há uma troca contínua de médicos na unidade, então melhor seria que quem permanecesse na unidade estivesse a par de todo o processo de trabalho em relação ao Programa e demais ações assumidas pela USF, para que todas as orientações fossem repassadas a diante. Há também uma dificuldade em realizar a atualização do calendário vacinal nas fichas-espelho, ou seja, mesmo algumas crianças tendo tomado todas as vacinas regularmente, na ficha-espelho consta como atraso vacinal. Dessa forma, foi solicitado à técnica de enfermagem que intensificasse a atenção no sentido de atualizar também o calendário vacinal da criança na ficha-espelho de acompanhamento, não apenas da caderneta da criança. Assim, a incorporação das atividades na rotina de trabalho e sua continuidade são plenamente possíveis.

Todas as crianças participantes do Programa são avaliadas quanto à presença de fatores de risco, de acordo com o protocolo seguido. As crianças classificadas como de alto risco são identificadas nas fichas-espelho, sendo estas monitoradas com maior atenção quanto a atrasos nas consultas e prioridade de atendimento. Principalmente em consultas, foram fornecidas orientações aos responsáveis e comunidade em geral a respeito de situações ou condições que possam representar fatores de risco para a saúde da criança. Os agentes de saúde foram capacitados a identificar tais fatores na comunidade ao realizarem visitas domiciliares.

Em relação à promoção da saúde da criança, as orientações de prevenção de acidentes e todas as demais referentes ao acompanhamento foram fornecidas principalmente nas consultas médicas e odontológicas, as quais foram devidamente registradas nas fichas-espelho de acompanhamento, tanto pela médica como pelo dentista. Dentre os temas abordados durante as consultas, pode-se destacar aleitamento materno e técnica correta da “pega”, prevenção de acidentes, orientações nutricionais e saúde bucal. Tais informações também foram repassadas à comunidade durante atividades de educação em saúde. Para tanto, a equipe de saúde foi capacitada, tendo como parâmetro o protocolo adotado, a qual ocorreu em reuniões e distribuição de materiais para aprofundamento dos assuntos. Cada agente de saúde seria responsável por uma atividade na qual abordaria um tema. Foram realizadas três atividades, dentre as quatro previstas no cronograma. Não houve cumprimento de todas devido à elevada demanda na unidade e dificuldade de administrar todas as atividades, além da resistência de alguns integrantes da equipe em realizar tais atividades. Dois agentes de saúde realizaram palestras de educação em saúde com pais e responsáveis antes que fosse iniciado o atendimento de puericultura. Os temas abordados foram sobre orientações nutricionais, prevenção de acidentes na infância e o dentista da unidade, sobre prevenção de cáries e suas consequências na saúde da criança. Foram registradas através de fotografias, porém não houve assinatura em lista de presença.

As consultas de saúde bucal também foram parcialmente efetuadas, uma vez que o atendimento ficou suspenso um período por falta de material e também porque o dentista se ausenta uma semana por mês para realizar curso de pós-graduação fora do estado. Optou-se pelo atendimento médico e odontológico no mesmo período, pois coincidia com a presença do profissional dentista na unidade, além de minorar a possibilidade de crianças faltosas aproveitando ao máximo o seu comparecimento na USF (consulta médica, odontológica e atualização do calendário vacinal). Todas as crianças eram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo que todas de 6 a 72 meses eram encaminhadas ao dentista para sua primeira consulta programática.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Nenhuma ação prevista no projeto deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme se pretendia. Mas ressalto aqui, uma ação que deveria ter incluído no projeto e não o fiz. Trata-se da sinalização de instituições presentes na área de cobertura. Por mais que tenha comunicado a unidade de referência quanto ao Programa e que encaminhasse todas as crianças da nossa área de abrangência atendidas por eles, ainda assim há muito o que fazer. Também não inclui esta ação porque não há creches, bem como achei que não teria tempo hábil para desempenhá-la. Logo após o início da intervenção a enfermeira da unidade ficou de férias e, por isso, fiquei muito sobrecarregada, não conseguindo desempenhar todas as ações de maneira completamente satisfatória. Mas seria uma ação de extrema importância, uma vez que outras instituições, como igrejas, podem se mostrar de grande auxílio no acompanhamento das crianças da nossa área de abrangência.

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

Não houve dificuldades na coleta e sistematização dos dados. Mesmo que fosse necessário um curto período de adaptação, as planilhas são de fácil utilização. O preenchimento das mesmas, tanto de coleta de dado quanto de saúde bucal, são todas preenchidas por mim. No entanto, para que não ocorra qualquer dificuldade no processo de coleta de dados e cálculo dos indicadores, é imprescindível que as fichas-espelho sejam preenchidas de forma correta e a completude das informações seja garantida. Neste sentido, a coleta de dados em saúde bucal foi inicialmente prejudicada, devido ao não preenchimento completo das fichas-espelho pelo dentista, apesar das devidas orientações e conhecimento de todas as ferramentas necessárias para tal ação. Foi realizada uma reunião individual, na qual foi reforçada a importância de se realizar o preenchimento completo das fichas-espelho para que não houvesse qualquer resultado indevido em relação ao cálculo dos indicadores. A partir de então, não houve nenhuma dificuldade no processo de coleta de dados.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

A incorporação das ações previstas é completamente possível e apresenta grande viabilidade para tornar-se parte da rotina, no entanto, é preciso que todos os integrantes da equipe estejam conscientes da importância do Programa para a comunidade, bem como o envolvimento em todas as fases do processo de trabalho.

Parcela dos integrantes da equipe de saúde tem a visão de que sou a única responsável por fazer o Programa funcionar, devendo assumir grande parcela das atividades, uma vez que sou eu quem faz o curso de especialização. Foi trabalhado persistentemente com a equipe sobre a necessidade do engajamento de todos na unidade, o que tem proporcionado boas perspectivas. Muitas vezes, o ambiente e condições de trabalho não são completamente adequadas e ocorre sobrecarga de trabalho, porém a sensibilização faz-se necessárias no sentido de buscar respostas e soluções para que seja fornecido um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por mais que os benefícios ocorram a longo prazo.

Assim, o empenho e envolvimento de todos é essencial para garantir a efetivação da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo, busca ativa das crianças faltosas, atualização vacinal, preenchimento correto das fichas-espelho e demais ações pertencentes ao Programa.

Além disso, a secretaria municipal de saúde também tem que fornecer o apoio necessário para que a equipe consiga trabalhar de maneira adequada e pais/responsáveis também devem assumir sua responsabilidade nos cuidados com a saúde de suas crianças.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O Projeto de Intervenção foi formulado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de idade pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza, Rio Branco-Acre. Para tanto, foram definidos e coletados alguns indicadores para que fosse possível a avaliação da intervenção e, com isso, adequar e melhorar continuamente o serviço oferecido pela unidade a esta população-alvo.

Resultados associados à saúde da criança:

Relativos ao 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.

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

O primeiro indicador a ser analisado é a cobertura da ação. Foi estabelecida a meta de cobertura de 70%. Na área de abrangência, há uma estimativa de 210 crianças adscritas de 0 a 72 meses de idade. Deste total, 150 crianças foram cadastradas e participaram efetivamente do Projeto de Intervenção, ou seja, foi atingida uma cobertura de 71,4%. No primeiro mês de intervenção 49 crianças (23,3%) foram cadastradas e 40 (19%) no segundo mês. Apesar de ter havido uma diminuição da taxa neste período inicial, 61 crianças (29%) foram cadastradas no último mês de intervenção, refletindo uma maior adequação e inserção do acompanhamento na rotina de trabalho da equipe de saúde. Dessa forma, pode-se dizer que a meta de cobertura estabelecida no projeto de intervenção foi cumprida.

No entanto, o mais importante é que a cobertura seja progressivamente ampliada até que todas as crianças de 0 a 72 meses de idade da área adscrita sejam cadastradas e acompanhadas. Acreditamos que com a organização do atendimento diariamente, foi possível cadastrar muitas crianças que compareciam por demanda espontânea, ou seja, priorizando o atendimento deste usuário no dia-a-dia.

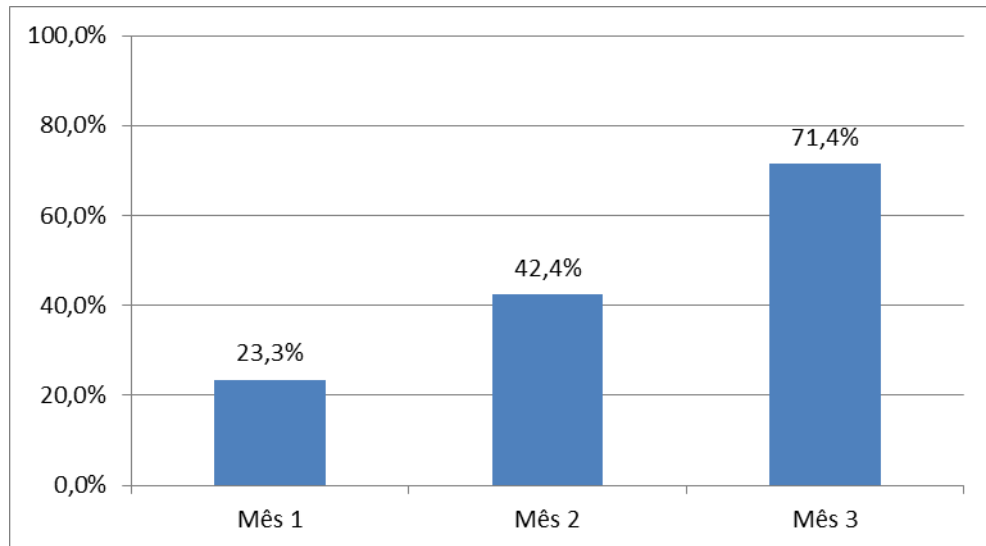


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

O gráfico abaixo retrata a evolução deste indicador. Infelizmente, as taxas iniciaram baixas (44,9%) e foram progressivamente caindo no decorrer da intervenção, passando para 43,8% e em seguida para 42,0%. Ou seja, do total de 150 crianças cadastradas durante o período da intervenção, apenas 63 crianças tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida. O índice baixo (44,9%) já no início da intervenção indica um aspecto importante e deficitário na atenção à saúde desta população em nosso município. Grande parcela das crianças cadastradas não teve a primeira consulta na primeira semana de vida.

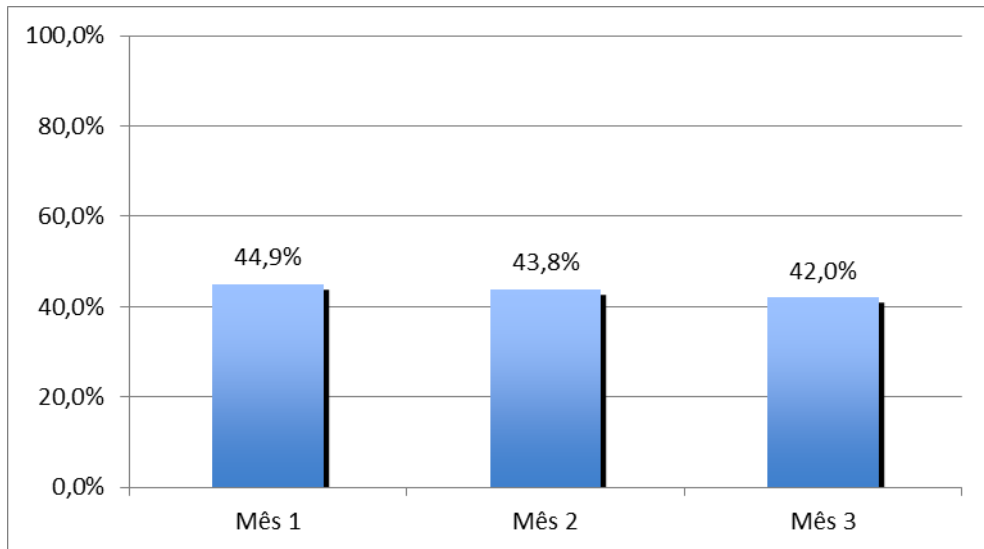


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Em regra, as crianças saem da Maternidade com a primeira consulta agendada com o pediatra, sendo que tal medida passou a ser determinada pela gestão de saúde recentemente. Tanto que as crianças mais velhas não foram contempladas por tal medida, sendo registrada a não realização da consulta em sua primeira semana de vida caso assim tenha ocorrido, uma vez que nem todas as unidades de saúde possuem ações programáticas de atenção à saúde da criança e, portanto, tais ações não são monitoradas. No entanto, não significa que, hoje, rigorosamente todas as mães compareçam às unidades de saúde para a consulta na primeira semana de vida de seus filhos, apesar de agendada e/ou convocada pelo agente comunitário de saúde. Acrescido a este fato, a USF Elpídio Moreira Souza foi inaugurada há pouco mais de dois anos, possuindo muitas crianças mais velhas que não tiveram acompanhamento desde a primeira semana de vida, sendo estes os fatores determinantes para o não alcance da meta estabelecida.

Durante o período de intervenção, duas crianças iniciaram o acompanhamento na primeira semana de vida com a nossa equipe de saúde. Os agentes de saúde realizavam visitas domiciliares e orientavam as gestantes a levarem seus filhos na primeira semana de vida à unidade de saúde. As mães são orientadas durante o pré-natal quanto à consulta de seu filho na primeira semana de vida. Os agentes comunitários de saúde já ficam atentos às gestantes e quanto à data provável do parto. Assim, quando as crianças nascem, as mães são convocadas pelos agentes de saúde ou já tem a consulta de puericultura realizada

quando do seu comparecimento à consulta de puerpério. Uma mãe recusou levar seu filho para o acompanhamento, pois alegou ter plano de saúde. Muitas das gestantes acompanhadas são de outras localidades. Dessa forma, vê-se a necessidade de acompanhar mais de perto as gestantes da área de abrangência, acolher e fazer com que haja seguimento do acompanhamento de suas crianças também. Com isso, as taxas deste indicador tão importante tende a se elevar, facilitando a prevenção de várias situações que possam representar risco à saúde da criança, bem como estimular e fortalecer o aleitamento materno exclusivo dentre outros aspectos essenciais ao crescimento e desenvolvimento de nossas crianças.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

Outro indicador coletado visando à melhoria na qualidade do atendimento foi a proporção de crianças com monitoramento do crescimento. Durante a intervenção, este indicador sempre se manteve elevado, apresentando oscilações muito pequenas. No primeiro mês, a taxa foi de 98% (48 crianças), passando para 98,9% (39 crianças) no segundo e retornando para 98% (60 crianças) no último mês de intervenção, conforme podemos observar no gráfico 2.2. Assim, de 150 crianças cadastradas, 147 tiveram o seu crescimento monitorado. Três crianças faltaram às consultas e não compareceram à unidade apesar de ter sido realizada a busca ativa de todas elas, logo não sendo monitorado seu crescimento.

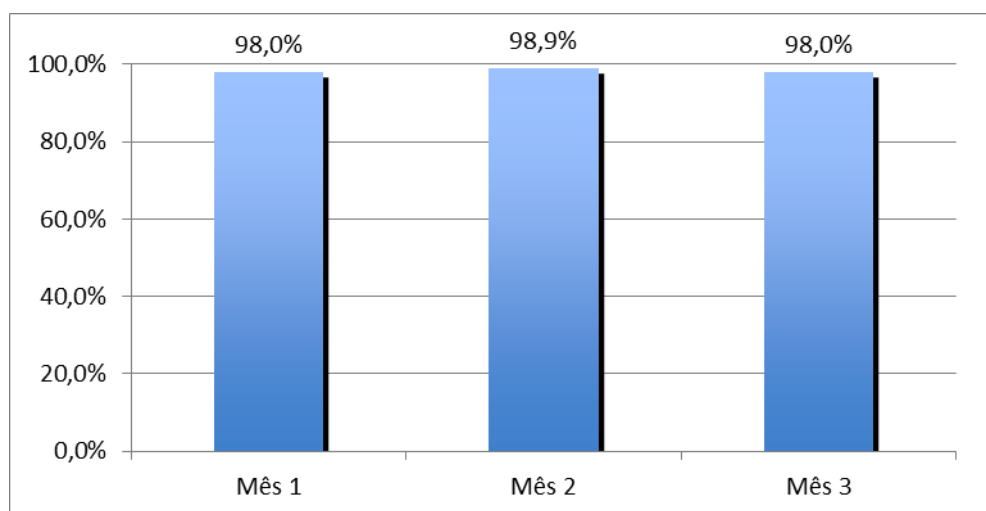


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento

A meta de 100% não foi alcançada em função das três crianças faltosas. Ou seja, de todas as crianças convocadas e que compareceram à unidade, um total de

147 tiveram o crescimento monitorado. Assim, do total de 49 crianças cadastradas no primeiro mês, 48 tiveram o monitoramento do crescimento realizado. No segundo mês, de 40 crianças cadastradas, 39 foram monitoradas; e, no terceiro mês, de 61 crianças cadastradas, 60 tiveram o crescimento monitorado. Este resultado foi obtido em função de se ter em mente a importância da busca ativa. É muito difícil fazer com que todas as crianças convocadas compareçam à unidade para o acompanhamento. Não foram apenas três crianças faltosas. No decorrer da intervenção, as crianças que não se apresentavam, eu solicitava que o agente de saúde as buscassem e insistissem na importância do acompanhamento. Tanto que tiveram crianças que foram convocadas mais de duas ou três vezes. Os agentes de saúde desempenharam um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto são essenciais no desenvolvimento de ações na comunidade.

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

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

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

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

Outros dois indicadores coletados para a melhoria da qualidade no atendimento foram os cálculos da proporção de crianças com déficit de peso e a proporção de crianças com excesso de peso que devem ser monitoradas. Para ambos os indicadores, as taxas alcançadas foram de 100% durante todo o período da intervenção, não havendo oscilações dos respectivos índices.

Em relação à proporção de crianças com déficit de peso, três foram cadastradas no primeiro mês, duas no segundo e mais cinco crianças incluídas no último mês de intervenção. Dessa forma, as dez crianças cadastradas com déficit de peso representam 6,6% do total de crianças que participam do programa (150 crianças), sendo que todas elas, 100%, são acompanhadas.

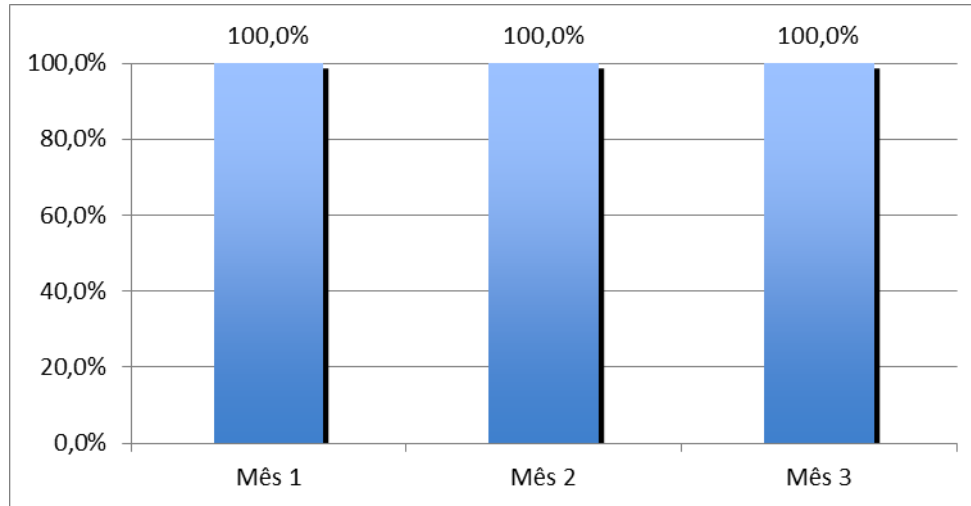


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas

Uma ação que facilitou muito a obtenção destes resultados foi a adoção da ficha-espelho de acompanhamento, a qual possui vários aspectos a serem abordados durante a consulta de puericultura, funcionando como um “*check-list*” que auxilia no cumprimento de todas as ações.

Em relação à proporção de crianças com excesso de peso, quatro foram cadastradas no primeiro mês e duas no segundo mês, representando um percentual de 4% (seis crianças), de um total de 150 crianças monitoradas. Nenhuma criança cadastrada no último mês de intervenção apresentou excesso de peso. Dessa forma, o monitoramento de crianças cadastradas e participantes do programa com excesso de peso é de 100%, ou seja, todas são acompanhadas.

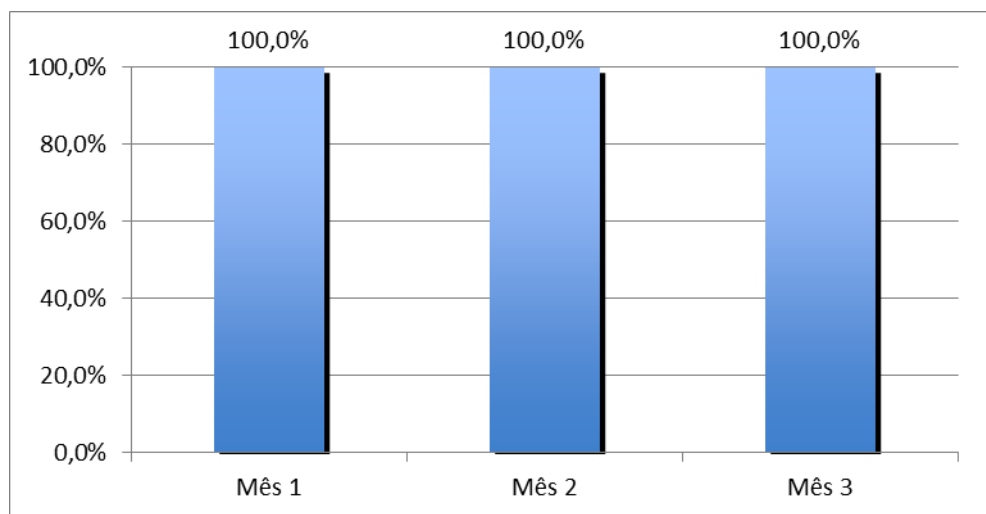


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Outro indicador a ser analisado quanto à qualidade do atendimento, é a proporção de crianças com o monitoramento de desenvolvimento. No decorrer da intervenção, a taxa de monitoramento do desenvolvimento das crianças cadastradas foi, inicialmente, de 95,9% (47 crianças), passando para 98,9% (38 crianças) no segundo mês e, por fim, 98% (60 crianças) no terceiro mês. A taxa no primeiro mês foi menor em função de uma criança ter ido à unidade para acompanhamento, no entanto, ela foi atendida pelo dentista e não aguardou atendimento médico. Foi realizada busca ativa mais de uma vez, porém não retornou para completar o atendimento. Outro motivo foi devido a um erro na coleta de dados, uma vez que eu monitorei o desenvolvimento de todas as crianças que atendi no consultório. Nos dados do segundo mês já havia sido corrigido. Nos demais meses de intervenção, os índices calculados para este indicador coincidiu com o indicador de proporção de crianças com o crescimento monitorado, ou seja, 98,9% no segundo mês e de 98%, no último.

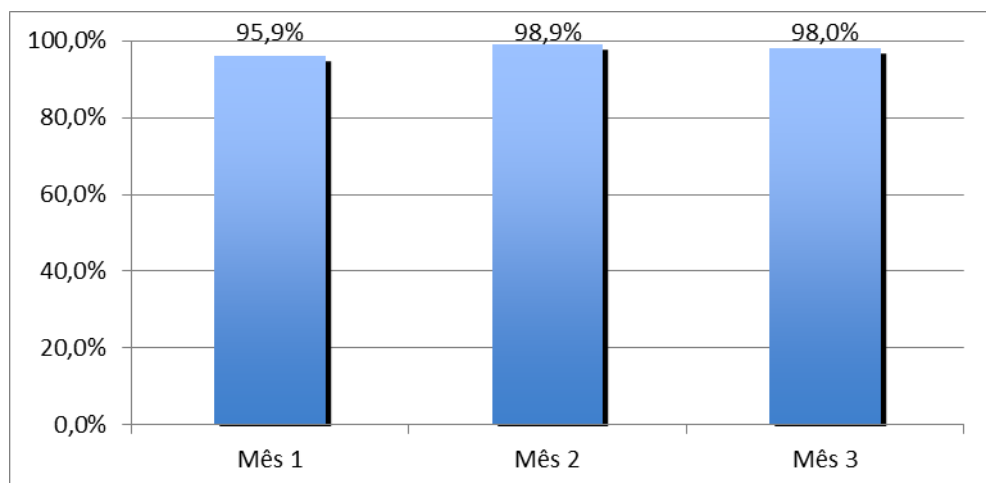


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

No início da intervenção, tive algumas dificuldades em relação à coleta de dados, tanto que acabei cometendo alguns erros. No entanto, o meu orientador esteve sempre atento e disponível para me auxiliar sempre que houve necessidade. As planilhas são muito práticas e objetivas e, seu manejo, torna-se tão fácil quanto mais se utiliza. É preciso estar atento a todo dado a ser inserido na planilha, pois pode falsear um resultado e desviar o foco a questões não prioritárias. Assim, do total de 49 crianças cadastradas no primeiro mês, 47 tiveram o monitoramento do desenvolvimento realizado. No segundo mês, de 40 crianças cadastradas, 39 foram

monitoradas; e, no terceiro mês, de 61 crianças cadastradas, 60 tiveram o desenvolvimento monitorado.

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

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

O próximo resultado do objetivo de melhoria da qualidade no atendimento é a proporção de crianças com a vacinação em dia para a idade. No primeiro mês foi constatado um índice de 85,7% das crianças cadastradas com vacinação em dia para a idade. Tal índice se elevou no segundo mês para 85,5% e no terceiro mês para 87,3%. Ou seja, no primeiro mês, das 150 crianças atendidas, sete estavam com o calendário vacinal atrasado; no segundo, doze; e, no último mês, 19 crianças com as vacinas atrasadas. Dessa forma, apesar do percentual ter se elevado no decorrer da intervenção, a quantidade de crianças com calendário vacinal desatualizado aumentou, mas de forma proporcional ao aumento do número de crianças captadas pela intervenção.

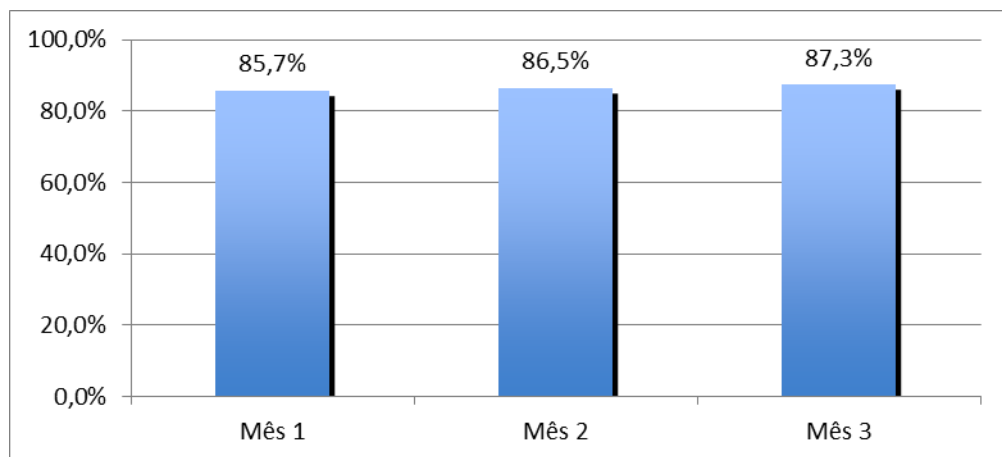


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade

Diante destas taxas, verifica-se a necessidade de se intensificar a vigilância da situação vacinal das crianças na área de abrangência. Por outro lado, a intervenção e a continuidade do acompanhamento permitirão a detecção de outras crianças com o calendário vacinal em atraso, sendo possível sua atualização de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

As crianças atendidas e verificadas em situação inadequada eram encaminhadas todas para sala de vacina e liberadas apenas quando a técnica de enfermagem confirmasse a aplicação das mesmas. Nas consultas subsequentes,

caso estivessem em situação adequada, o registro na planilha era atualizado, facilitando, dessa forma, o monitoramento destas crianças.

Além disso, é necessário que se atualize as fichas-espelho das crianças sempre que compareçam à unidade, ou para vacinação ou para consulta de puericultura. Na realidade, as consultas de puericultura foram organizadas de modo a coincidirem com o período de vacinação. Assim, é preciso que todos os integrantes da equipe de saúde estejam atentos na vigilância do cumprimento das ações de atenção à saúde das crianças.

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

Indicador 2.7: Proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro

A proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro também foi calculada para melhorar a qualidade no atendimento. No primeiro mês de intervenção, a taxa de suplementação neste público-alvo foi de 78,9%, de 90,6% no segundo e de 93,2% no terceiro mês (gráfico 2.7). No decorrer da intervenção, o índice foi se elevando, melhorando a qualidade neste quesito. Dentre as crianças cadastradas de 6 a 24 meses de idade (59 no total), 55 receberam suplementação de ferro.

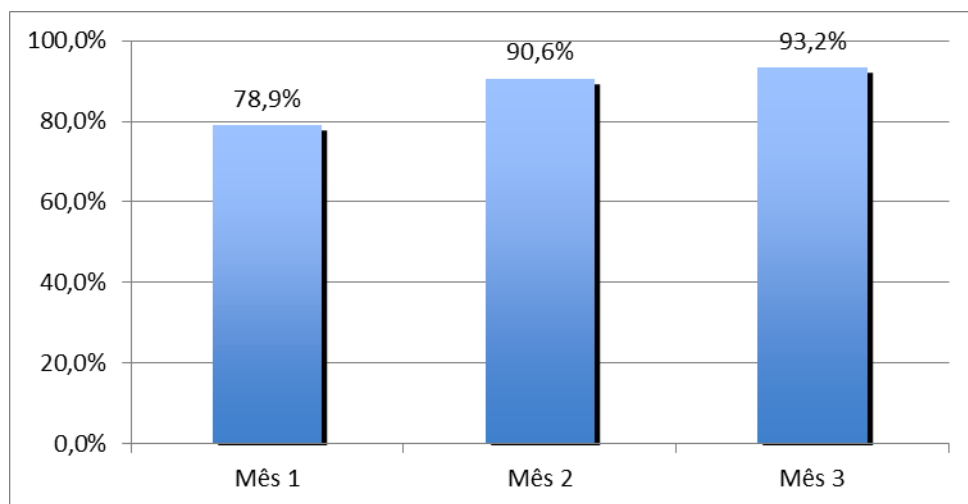


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de crianças de seis a 24 meses de idade com suplementação de ferro

O motivo para esta falha foi uma desatenção na realização da suplementação de ferro em quatro destas crianças. Assim, ao final da intervenção, de 59 crianças no total, 4 ficaram sem suplementação. Uma das crianças que não foi suplementada no primeiro mês retornou ao ambulatório para atualização do cadastro

e regularização do acompanhamento, no entanto, já não havia mais necessidade de suplementação profilática, uma vez que atingiu idade superior a 24 meses. É preciso que se esteja sempre atento à necessidade de suplementação profilática de acordo com a idade e, caso precise, deve ser realizada a busca ativa destas crianças para regularização de seu acompanhamento.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Indicador 2.8: Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva

O próximo resultado de indicador de qualidade no atendimento é a proporção de crianças que realizaram triagem auditiva. Pode-se observar, conforme o gráfico abaixo, que as taxas obtidas são extremamente baixas, as quais diminuiram progressivamente durante o período da intervenção. Inicialmente, foi registrado índice de realização da triagem auditiva de 8,2% (1º mês), 6,7% no segundo mês e de apenas 4% no último mês. Ou seja, de um total de 49, apenas quatro crianças realizaram o teste da orelhinha. No segundo mês, de 89 crianças cadastradas, 6 realizaram o teste; e, no terceiro mês de intervenção, de 150 crianças atendidas, apenas 6 realizaram a triagem.

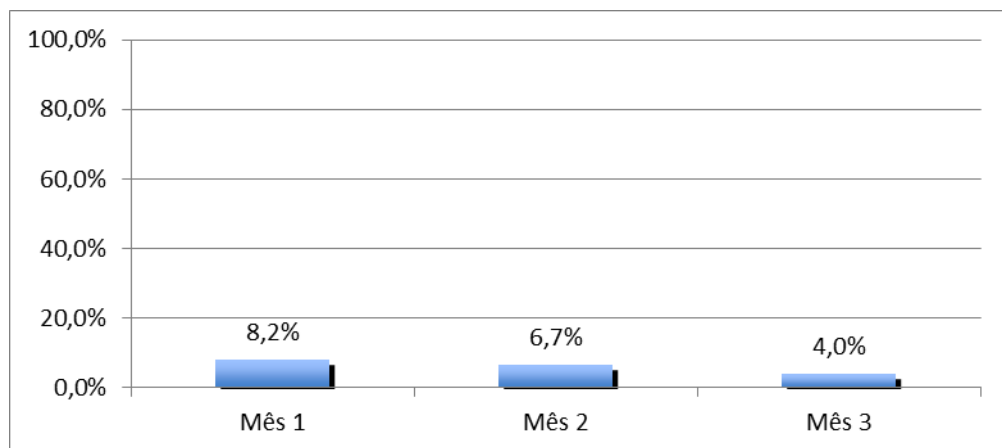


Figura 9: Gráfico Indicativo da proporção de crianças que realizaram triagem auditiva

A triagem auditiva passou a ser oferecida pelos serviços de saúde pública em Rio Branco no segundo semestre de 2014. Dessa forma, os índices de realização deste teste foram baixíssimos. Não obstante, a realização do teste foi suspensa por um período de tempo, pois a empresa terceirizada responsável ainda está se adaptando para o fornecimento do mesmo à população. A triagem auditiva que, antes era realizada na Maternidade, agora será disponibilizada no Hospital das Clínicas de Rio Branco, se afastando ainda mais da nossa área de abrangência, o

que pode dificultar a realização do mesmo. Dessa forma, será necessária atenção a qualquer mudança deste procedimento e intensificar a orientação da mãe quanto a esta nova ação de cuidado de seu filho, para que se possa garantir mais este benefício à saúde da criança.

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

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

Bem como a triagem auditiva, a realização do teste do pezinho até o sétimo dia de vida também está incluída dentre as ações de melhoria na qualidade do atendimento. Assim, foi coletada a proporção de crianças atendidas durante a intervenção que assim procederam, conforme demonstrado no gráfico 2.9. No primeiro mês 98% das crianças cadastradas realizaram o teste, ou seja, de 49, apenas uma não realizou a triagem neonatal. No segundo mês, a taxa foi de 89,9% (de 89 crianças, nove não realizaram o teste). E no último mês de intervenção, foi registrada taxa de 89,3% (de 150 crianças, 16 não realizaram o teste). Pode-se observar, então, que a taxa deste indicador de qualidade foi progressivamente diminuindo.

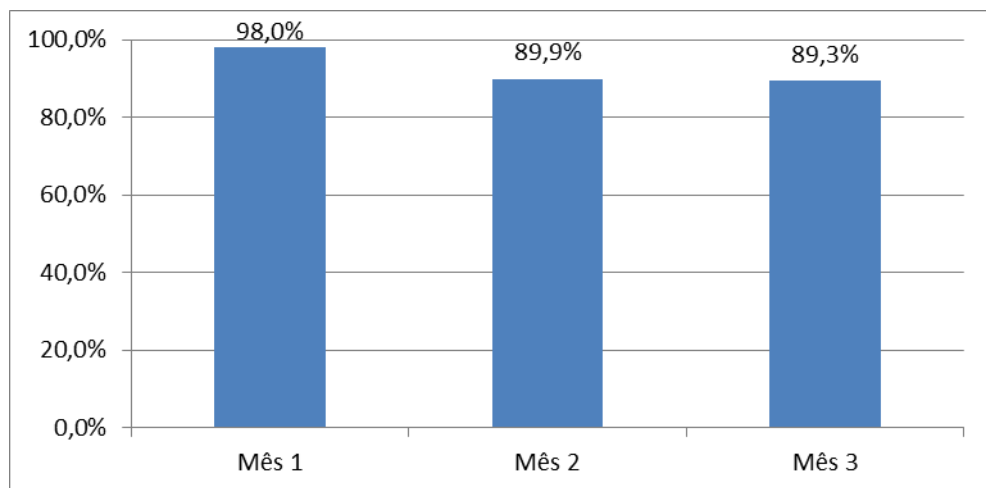


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Um aspecto que influenciou negativamente a obtenção dos resultados foi o fato de que uma parcela das mães levou seu filho para realizar o teste do pezinho depois dos sete dias de vida e, em menor número, algumas crianças simplesmente não foram submetidas ao teste. Como estas últimas já não podiam realizar a triagem neonatal pela idade mais avançada, as mesmas não foram encaminhadas. Dentre

as crianças que iniciaram o atendimento na primeira semana de vida com a nossa equipe, todas já haviam realizado o teste. Outro aspecto negativo é a ausência do registro na caderneta da criança quanto à sua realização, nos restando acreditar quanto à veracidade do relato da mãe, já que muitas vezes ela já não possui mais o resultado do teste. Dessa forma, todas as oportunidades em que as mães ainda tinham em mãos o resultado do teste, eu anotava na caderneta da criança, ou pedia para que ela trouxesse na próxima consulta para que fosse feita a sua verificação e registro adequado na caderneta.

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

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

A proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico também foi calculada. Como pode ser observado no gráfico ilustrado a seguir, que no primeiro mês da intervenção 97,5% das crianças atendidas passaram por esta avaliação. No segundo mês, 98,7% e no terceiro mês, 97,7%. Houve uma pequena oscilação em que a taxa se elevou e, após, foi seguida por uma queda.

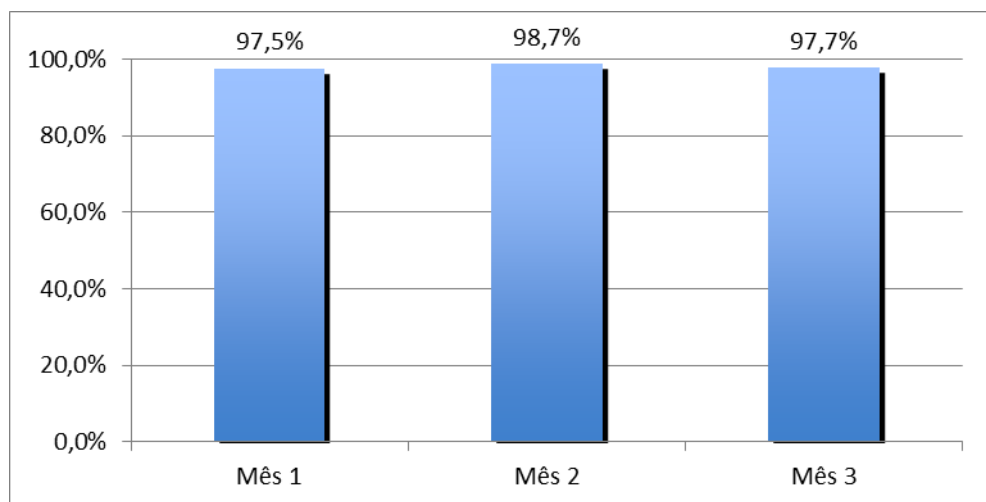


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Entre o primeiro e o segundo mês de intervenção, apesar de ter havido um aumento na taxa, apenas uma criança deixou de ser avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico. Isto se deu pelo fato de ter ocorrido o atendimento de

uma criança pelo dentista, mas que não aguardou atendimento médico. No terceiro mês, mais duas crianças não passaram pela avaliação, uma vez que não compareceram à unidade, sendo efetuada a busca ativa a ambas. Assim, ao final da intervenção, três crianças, de um total de 150 atendidas, não realizaram a avaliação de necessidade de atendimento odontológico. No entanto, independente da conclusão desta avaliação, todas as crianças de 6 a 72 meses são encaminhadas para atendimento com o dentista.

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

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

E por fim, o último indicador do objetivo de melhoria na qualidade do atendimento é a realização da primeira consulta odontológica programática para crianças de 6 a 72 meses de idade. Foram obtidos índices muito baixos para este indicador. No primeiro mês, apenas 52,5% das crianças cadastradas de 6 a 72 meses realizaram a primeira consulta com o dentista. Ou seja, de um total de 40 crianças cadastradas no primeiro mês, apenas 21 foram consultadas por este profissional. No segundo mês, apenas 35 (44,3%) dentre 79 crianças e, no terceiro mês, apenas 42 (31,6%) do total de 133 crianças cadastradas ao final da intervenção. Dessa forma, além das taxas serem baixas, elas proporcionalmente diminuiriam no decorrer da intervenção. Isso ocorreu porque o denominador aumentou muito mais ao longo dos 03 meses do que o numerador.

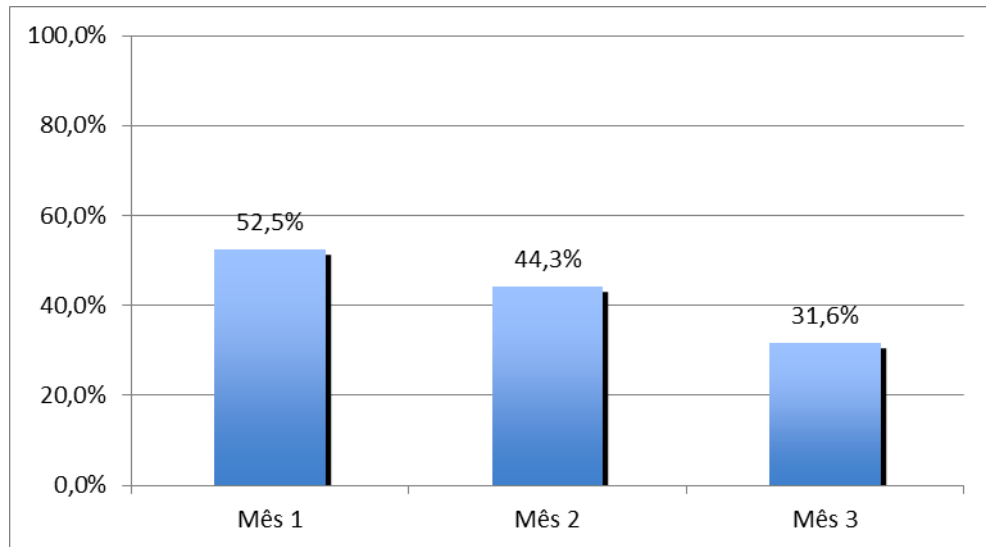


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Alguns fatores contribuíram para que este indicador obtivesse índices muito baixos e decrescentes. Primeiro, houve falta de material necessário para o desempenho do dentista e, por isso, não foi disponibilizado o atendimento por este profissional por período de quase um mês. Depois, o dentista da unidade se ausenta uma semana por mês em função da realização de pós-graduação fora do Estado. Pensando em diminuir ao máximo a possibilidade de crianças faltosas, ficou estabelecido que as consultas de puericultura e consultas odontológicas fossem disponibilizadas nos mesmos dia e período, ou seja, às terças e quintas-feiras de tarde. As crianças que não ainda foram atendidas pelo dentista, foram convocadas novamente por busca ativa, no entanto, poucas comparecem novamente. Dessa forma, é esperado que na próxima consulta de puericultura, essas crianças possam realizar sua primeira consulta odontológica.

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

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

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

Com o objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, foi estabelecida como meta fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. Para tanto, foi calculado o indicador que fornece a proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Assim, conforme o gráfico a seguir, para todas as crianças faltosas, durante todo o período de

realização da intervenção, foi feita a busca ativa, obtendo-se taxa para este indicador de 100%. Uma criança faltou à consulta em cada mês da intervenção, ou seja, ao todo, três crianças faltaram durante este período.

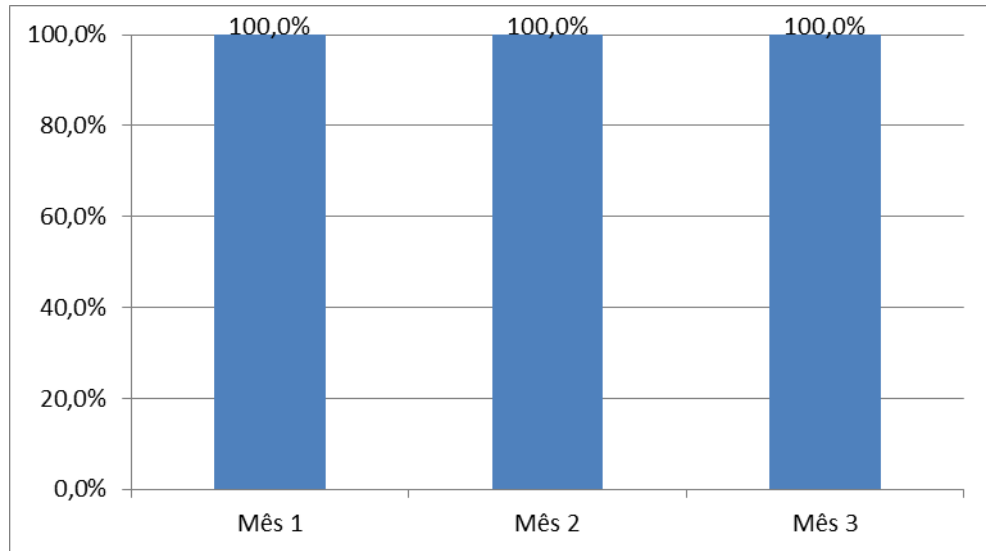


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança

O motivo para o bom resultado para este indicador foi a importância dada ao fato de que nenhuma criança da área de abrangência poderia ficar sem acompanhamento. Fazia-se a busca ativa destas crianças não apenas para cumprir uma meta, mas também pela necessidade de se conhecer os motivos do seu não comparecimento que, por si só, já poderiam representar fatores de risco à saúde desta criança. Além disso, é mais uma oportunidade de fornecer orientações às suas famílias e tentativa de aproximação deste usuário e seus responsáveis com a equipe de saúde.

Um aspecto que poderia ter influenciado os resultados inicialmente foi que as crianças faltosas não eram cadastradas, ou seja, seus respectivos cadastramentos eram realizados apenas quando do seu comparecimento na unidade, dando a impressão de que nenhuma criança havia faltado às consultas. A partir de então, passei a cadastrar todas as crianças que não compareciam nas consultas agendadas, sendo seus dados de acompanhamento atualizados sempre que se apresentassem e fossem adequadamente acompanhadas. Como houve uma intensificação na orientação dos responsáveis por estas crianças, poucos usuários faltosos ficaram sem acompanhamento apesar da busca ativa. Havia uma mãe que se recusou a realizar acompanhamento, pois a criança possuía plano de saúde e

outras duas crianças que também não compareceram mesmo após ter sido realizada a busca ativa. Dessa forma, três crianças faltosas, de um total de 150 cadastradas, continuam sem acompanhamento ao final da intervenção.

O monitoramento do acompanhamento através da ficha-espelho facilita sobremaneira a vigilância ao cumprimento das consultas conforme estabelecido pelo protocolo adotado. As consultas previstas são realizadas coincidindo com o momento em que a criança deve ser vacinada. Assim, torna-se mais um artifício para minimizar o não comparecimento das crianças às consultas de puericultura, permitindo o acompanhamento contínuo e de qualidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

A proporção de crianças com registro atualizado foi calculado com o objetivo de melhorar o registro das informações. Conforme observamos no gráfico a seguir, 59,2% das crianças cadastradas apresentavam seu registro atualizado, ou seja, 29 crianças de um total de 49 crianças acompanhadas neste período. No segundo mês, 47,2% (42 crianças de um total de 89 atendimentos) e, no terceiro mês, 60,7% (91 crianças de 150 cadastramentos). Pode-se perceber uma oscilação destes resultados, com diminuição dos índices num primeiro momento, seguida de uma posterior elevação dos mesmos.

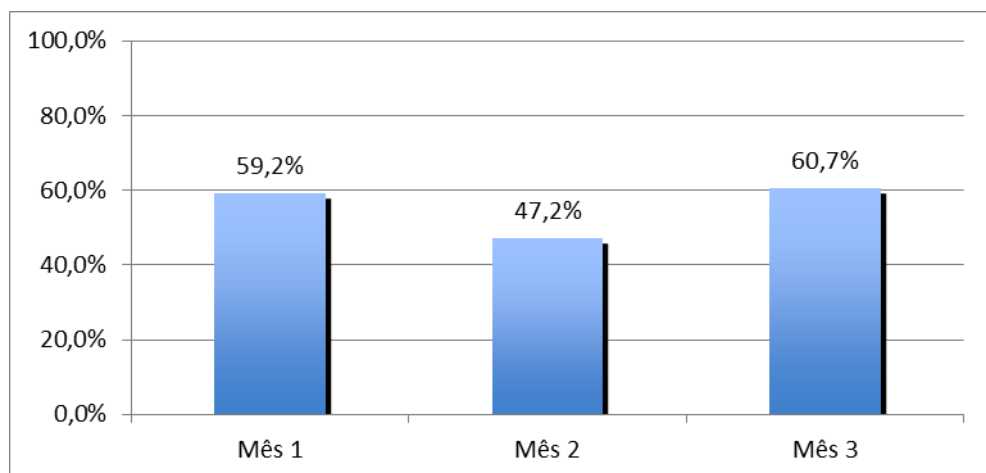


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado

Um aspecto que influenciou na forma de interpretar tais resultados, foi o fato de que as crianças de 6 a 72 meses que não realizaram a primeira consulta

odontológica foram consideradas como tendo o registro desatualizado. Assim, é possível manter-se alerta a situação de acompanhamento não adequada desta criança. O motivo de as consultas odontológicas terem tido uma irregularidade neste período foi o principal motivo para a obtenção de um mau resultado para este indicador. E, em menor grau, as crianças faltosas que não compareceram na unidade, apesar de feita a busca ativa. Mais uma vez, a implantação das fichas-espelho é de grande utilidade ao auxiliar no monitoramento do acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

O próximo indicador a ser avaliado foi a proporção de crianças com avaliação de risco. Dessa forma, todas devem ser avaliadas quanto à presença de fatores de risco, a fim de se mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

De acordo com o gráfico a seguir, no primeiro mês, a taxa foi de 98%, passando para 98,9% no segundo e retornando para 98% no último mês de intervenção. Dessa forma, 147 foram avaliadas quanto à presença de fatores de risco, de um total de 150 crianças cadastradas. Três crianças faltaram às consultas e não compareceram à unidade apesar de ter sido realizada a busca ativa de todas elas, logo não foi possível a avaliação de risco das mesmas.

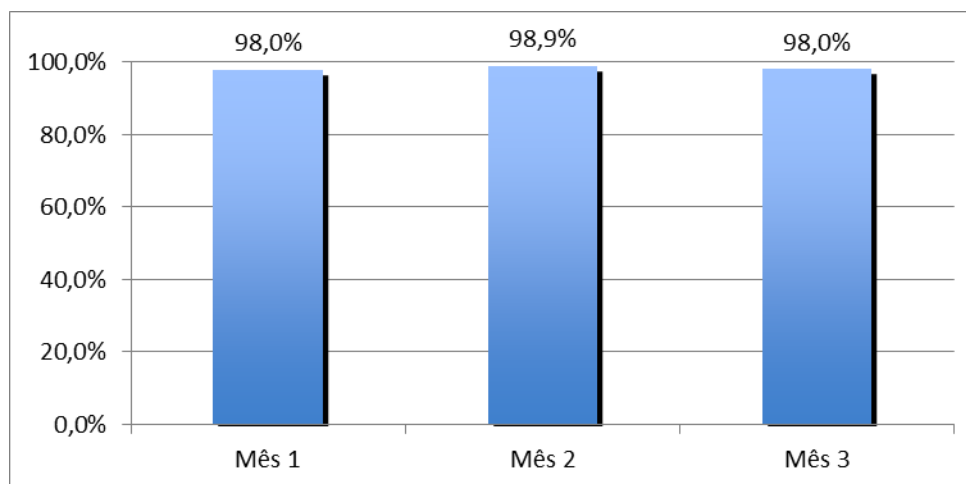


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco

A meta de 100% não foi alcançada em função das três crianças faltosas. Ou seja, de todas as crianças convocadas e que compareceram à unidade, um total de 147, todas elas, 100% foram avaliadas quanto à presença de risco à saúde. As fichas-espelho desempenham papel importante no cumprimento de todas as ações, permitindo alcançar resultados satisfatórios dos indicadores. Deve-se estar bem atento quanto à presença de fatores de risco à saúde das crianças, uma vez que podem ser revertidos promovendo maior qualidade de vida e reduzindo possibilidade de desfechos graves e/ou irreversíveis.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

Com o objetivo de promover a saúde das crianças, foram calculados quatro indicadores. O primeiro deles a ser analisado é a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Pode-se observar no gráfico a seguir, que no primeiro mês o índice alcançado para este indicador foi de 98%, passando para 98,9% no segundo e retornando para 98% no terceiro mês de intervenção. Portanto, de um total de 150 crianças atendidas ao final deste período, 147 mães e/ou responsáveis receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Três crianças faltaram às consultas e não compareceram à unidade apesar de ter sido realizada a busca ativa de todas elas, logo não foi possível fornecer orientações a suas mães/responsáveis.

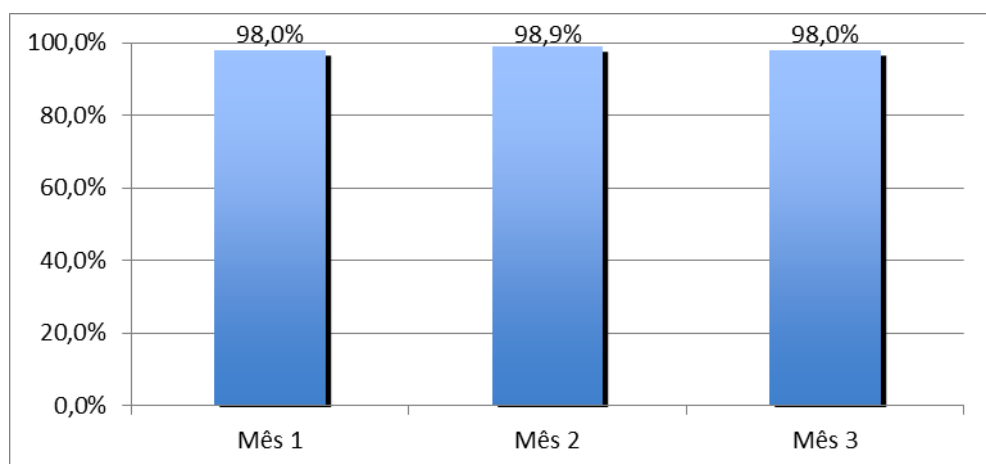


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância

Devido ao não comparecimento de três crianças, a meta de 100% não foi alcançada. No entanto, para 100% das crianças atendidas, por agendamento ou por demanda espontânea, foram fornecidas a seus respectivos responsáveis, orientações para prevenção de acidentes na infância. As fichas-espelho mais uma vez desempenham papel importante, uma vez que permitem a observância e cumprimento de todas as etapas do atendimento, possibilitando atingir resultados satisfatórios dos indicadores. Trata-se de orientações de extrema relevância devido aos altos índices de acidentes potencialmente preveníveis envolvendo crianças.

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

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

O segundo indicador de promoção da saúde da criança é o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Assim, como demonstrado no gráfico abaixo, no primeiro mês de intervenção a taxa alcançada foi de 26,6%. Ou seja, de 49 crianças atendidas neste primeiro período, apenas 13 foram postas para amamentar na primeira consulta de puericultura. No segundo mês, 19 de 89 crianças (21,3%) e, no último mês 36 crianças (24%) ao final dos três meses de intervenção. Pode-se perceber uma oscilação dos índices no decorrer da intervenção, os quais tiveram uma queda inicial e elevação pequena posteriormente.

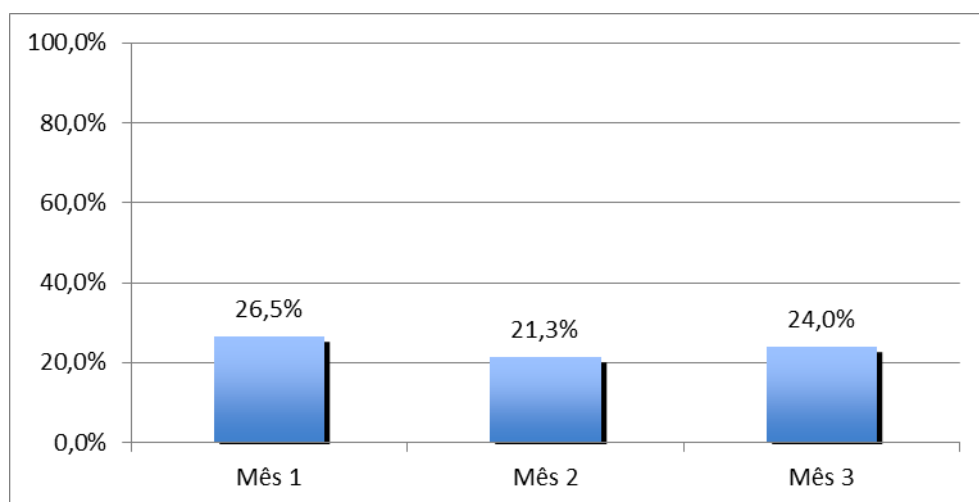


Figura 17: Gráfico indicativo do Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

Foram obtidos resultados muito baixos deste indicador em função da grande maioria das crianças não terem sido postas para amamentar na primeira consulta de puericultura realizada, incluindo a consulta na primeira semana de vida. No entanto, todas as crianças eram colocadas para amamentar nas consultas de acompanhamento durante a intervenção.

Trata-se de um momento importante na consulta, uma vez que precisamos intensificar os índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Este ato é muito vantajoso, já que é um alimento completo para o bebê até seis meses de vida, é gratuito e promove o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, além de vários outros benefícios. Os índices provavelmente não chegariam a 100%, uma vez que há muitas crianças que já foram desmamadas, com poucas chances ou nenhuma de voltarem a ser amamentadas.

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

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

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

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

Ambos os indicadores acima obtiveram resultados idênticos, conforme os gráficos demonstram abaixo, bem como sua evolução no decorrer de toda a intervenção. Assim, a taxa de fornecimento das orientações foi de 98% no primeiro mês (apenas uma pessoa não recebeu tais orientações), 98,9% no segundo mês (também apenas uma pessoa não recebeu as devidas orientações), retornando para 98% no terceiro mês (três pessoas, num total de 150 atendidas, não receberam tais informações).

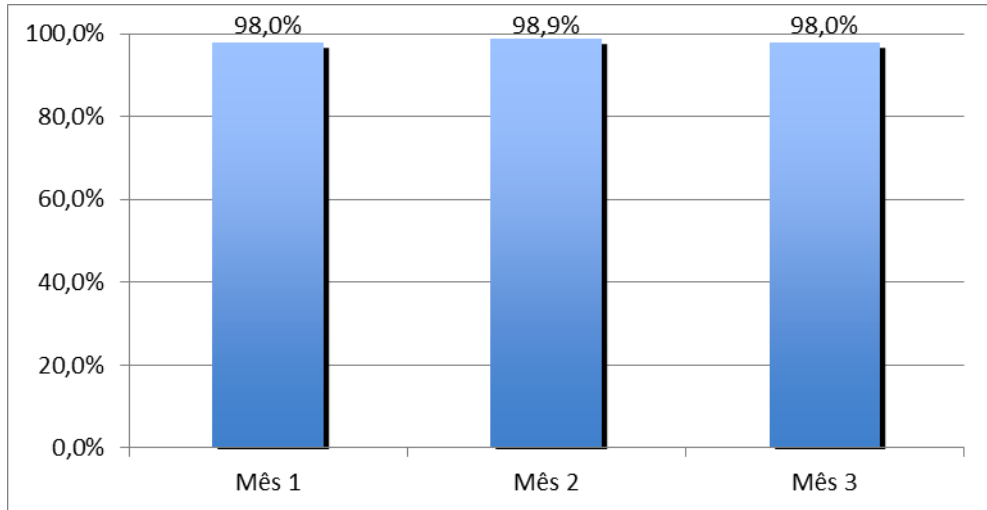


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária

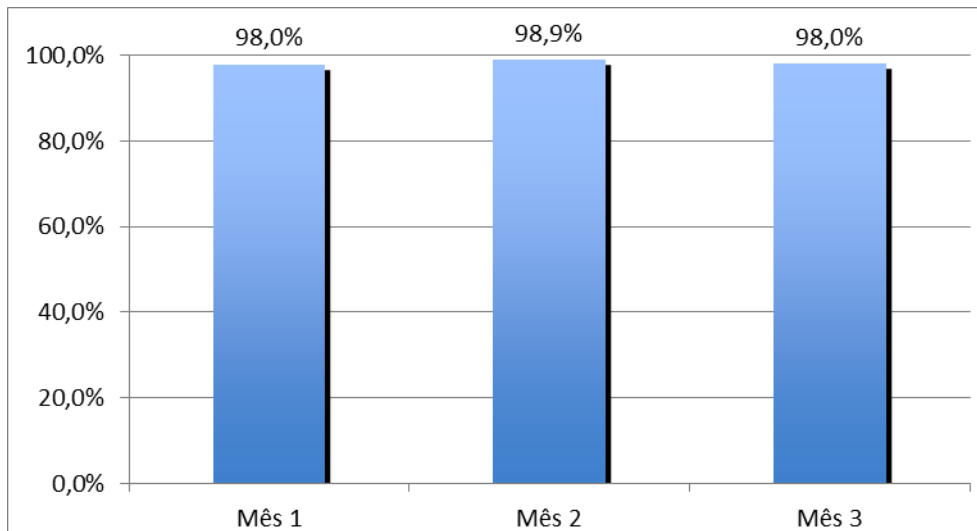


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

Devido ao não comparecimento de três crianças, a meta de 100% não foi alcançada. No entanto, para 100% das crianças atendidas, por agendamento ou por demanda espontânea, foram fornecidas a seus respectivos responsáveis, ambas as orientações (orientações nutricionais de acordo com a faixa etária e orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária). As fichas-espelho mais uma vez desempenhou papel importante, uma vez que permitiu a observância e cumprimento de todas as etapas do atendimento, possibilitando atingir resultados satisfatórios dos indicadores.

São orientações importantes uma vez que auxiliam na promoção da saúde da criança. Ter uma alimentação e hábitos de vida saudáveis, incluindo medidas

adequadas de higiene bucal, melhora a qualidade de vida da criança, reduzindo chances de comorbidades posteriores.

Resultados associados à Saúde Bucal da Criança:

Relativos 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 70% 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.

Nesse primeiro indicador a ser analisado em relação à saúde bucal das crianças, no primeiro mês apenas 11,1% destas crianças possuíam a primeira consulta odontológica programática. Ou seja, de um total de 189 crianças de 6 a 72 meses de idades cadastradas, apenas 21 foram atendidas no primeiro mês, 35 no segundo (18,5%) e 42 crianças (22,2%) no último mês de intervenção. Observam-se, assim, índices baixos, porém crescentes.

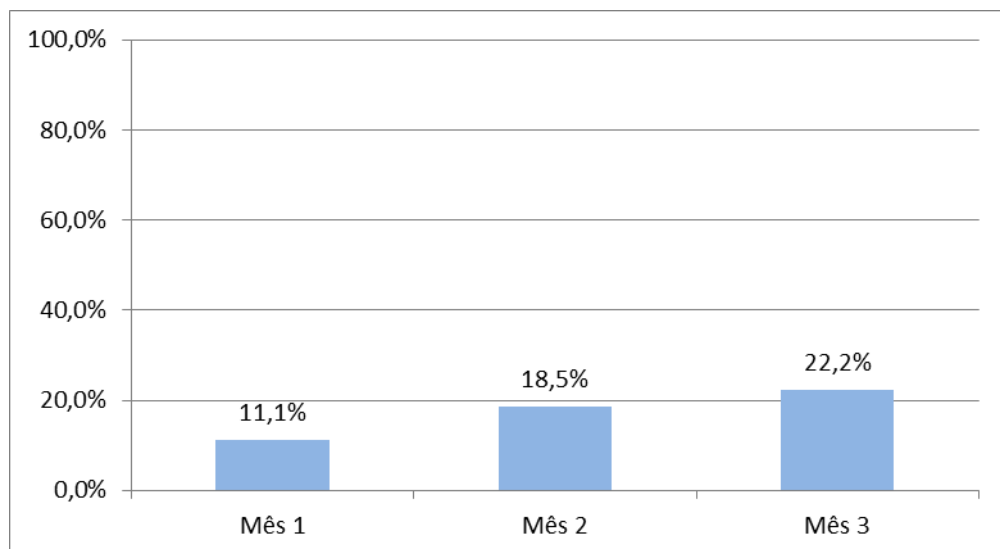


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

O motivo para os baixos índices deste indicador é a interrupção do atendimento odontológico na nossa unidade. O dentista se ausentou por um período de quase um mês, primeiro devido à falta de materiais necessários para a realização das consultas e, depois, porque o mesmo realiza curso de pós-graduação fora do

Estado do Acre, uma semana por mês. No entanto, vamos continuar a realizar a atualização do acompanhamento destas crianças convocando-as para as consultas odontológicas. Os agentes comunitários de saúde desempenharão esta importante função, de modo a buscar a melhoria nos resultados deste indicador.

Relativos 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.

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

Este é um dos três indicadores calculados com intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças cadastradas. Assim, a partir da classificação de risco para cáries dentárias e diagnóstico feito pelo profissional dentista ele avaliará a necessidade de realizar o tratamento odontológico. Assim, de acordo com o gráfico abaixo, nenhuma criança necessitou de tratamento odontológico nos primeiro e segundo meses de intervenção. No terceiro mês, 4,8% das crianças, ou seja, apenas duas de um total de 42 crianças tiveram necessidade de realizar tratamento odontológico.

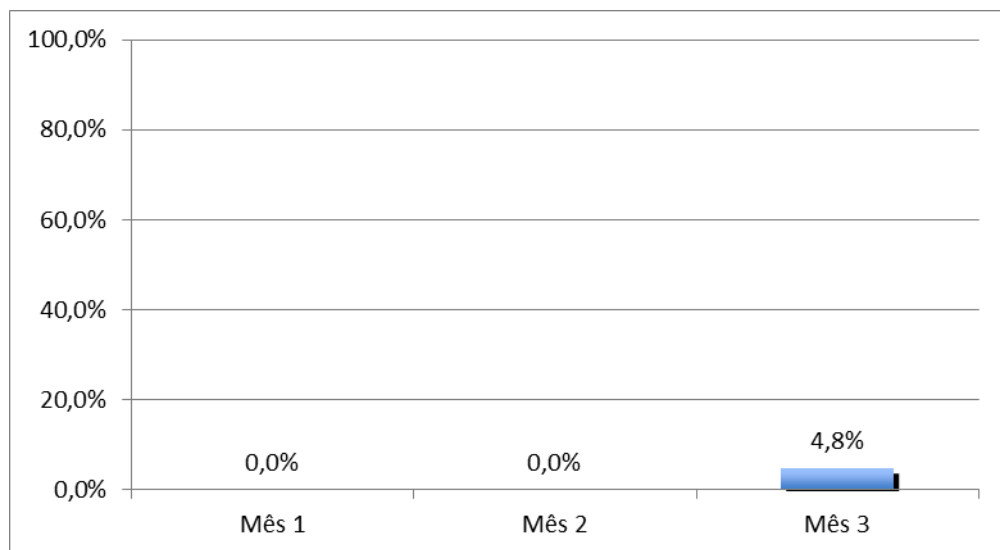


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Um aspecto negativo que influenciou substancialmente a obtenção dos resultados, foi a não realização da classificação para cárie dentária nos primeiros

dois meses, mesmo de posse de todos os instrumentos necessários para tal. Assim, foi necessária adequação em relação ao preenchimento das fichas-espelho de saúde bucal, para que pudesse representar de fato a realidade. Foi de comum acordo também que todas as crianças que não receberam tal classificação sejam convocadas novamente.

Meta 2.2: Identificar crianças de 6 a 72 meses com necessidade de fluoroterapia (D, E ou F).

Indicador 2.2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia.

Nenhuma criança realizou fluoroterapia durante toda a intervenção, apesar de duas crianças receberem classificação D, E ou F.

Os índices nulos resultantes se devem a não realização da classificação para cárie dentária nos primeiros dois meses, como mencionado anteriormente. Além disso, não há disponível flúor na unidade de saúde, dificultando a melhoria do indicador. Dessa forma, o material foi solicitado para a realização de todos os procedimentos necessários para a melhoria na qualidade do atendimento de saúde bucal das crianças cadastradas.

Meta 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.

Observa-se no gráfico abaixo que no primeiro mês, 71,4% das crianças tiveram tratamento concluído. Ou seja, de 21 crianças atendidas neste período inicial, 15 estavam com tratamento odontológico concluído. No segundo mês, a proporção diminuiu para 68,6% (24 crianças com tratamento concluído de um total de 35 atendidas) e, no último mês de intervenção, a proporção volta a elevar-se para 69%. Ou seja, ao final da intervenção, de 42 crianças atendidas, 29 tinham concluído o tratamento odontológico.

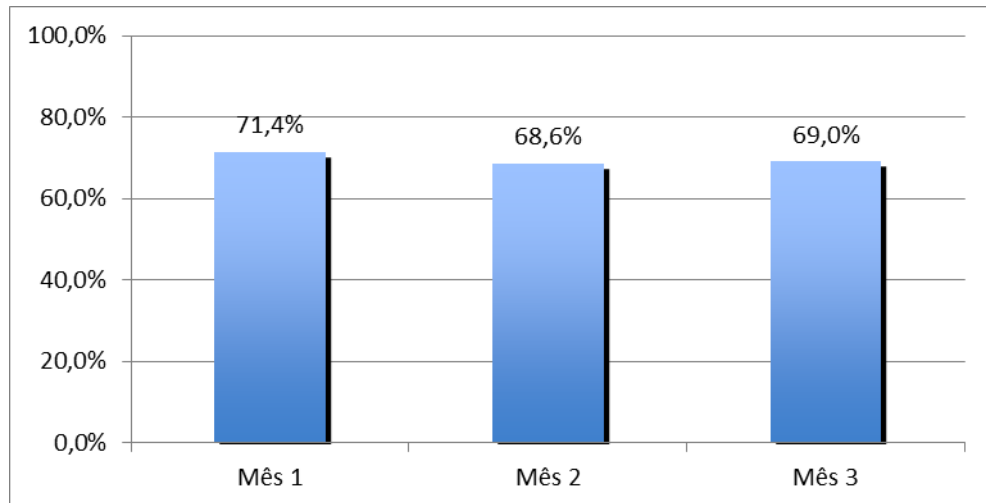


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído

A interpretação nos parece um tanto contraditória diante dos demais resultados já demonstrados aqui. Isto ocorre porque, para o cálculo deste indicador, foram incluídas as crianças classificadas como sem necessidade de tratamento, ou seja, foram consideradas com tratamento odontológico concluído sem ter necessariamente realizado o mesmo. Conforme verificado nas fichas-espelho de acompanhamento em saúde bucal, as duas crianças que foram avaliadas como tendo necessidade de realizar tratamento odontológico, tiveram o tratamento concluído.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, foi estabelecida a meta de busca ativa a todas as crianças com primeira consulta odontológica faltosas às consultas subsequentes. Assim, este indicador teve como resultado índice de 100% em todo o período da intervenção, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

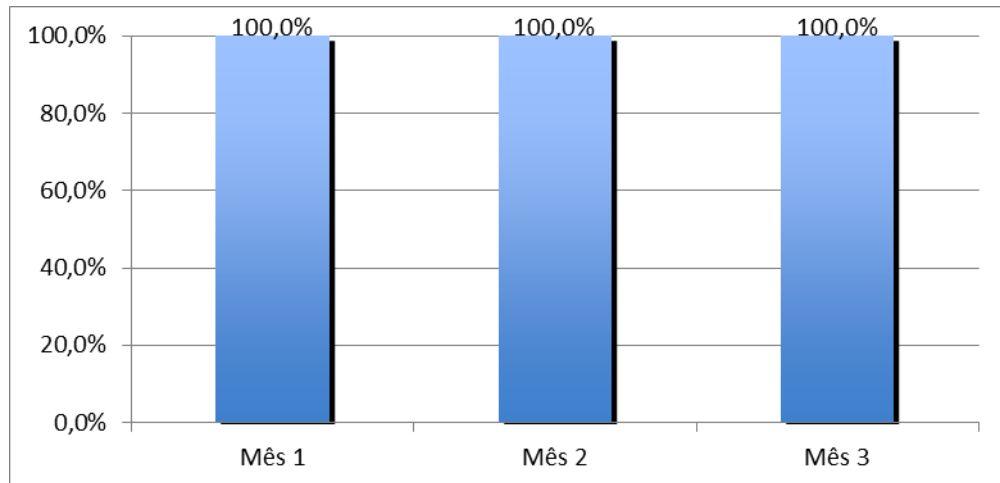


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde

Foi realizada busca ativa a todas as crianças faltosas, no entanto, nem todas retornam para dar continuidade ao tratamento odontológico. O fortalecimento do engajamento conjunto ainda deve ser praticado para auxiliar na melhoria dos índices da adesão ao acompanhamento de forma integral. As fichas-espelho ajudam muito no cumprimento das atividades integrantes do Programa de Atenção à Saúde da Criança. Além disso, o papel dos agentes comunitários de saúde é essencial na busca destas crianças, garantindo a continuidade do acompanhamento de forma geral.

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.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Para o resultado desse indicador, no primeiro mês de intervenção, o índice de atualização dos registros foi de 90,5%. Ou seja, de um total de 21 crianças atendidas neste período inicial, 19 apresentavam seus registros atualizados. No segundo mês, eram 94,3% (33 registros atualizados de 35 atendimentos) e o último mês, 95,2% (40 registros atualizados de 42 atendimentos). Houve uma elevação gradual dos índices no decorrer da intervenção.

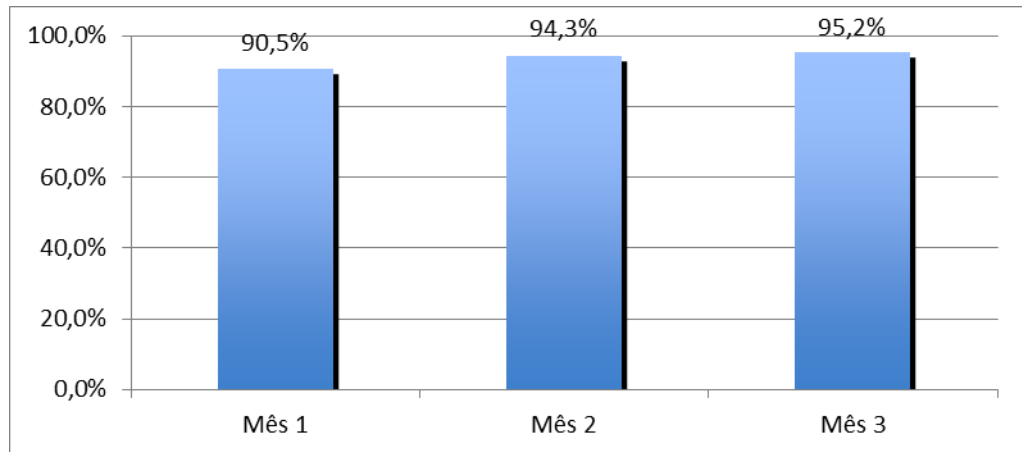


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado

As porcentagens citadas acima podem causar a impressão de que se trata de bons resultados. No entanto, há muito que melhorar em relação a este indicador. Primeiro, porque há, até então, cadastradas 189 crianças de 6 a 72 meses de idade, pertencentes à área de abrangência e ao final de três meses de intervenção, apenas 40 possuem o registro atualizado. Segundo, porque ainda há crianças com necessidade de continuidade de tratamento odontológico e apesar de ter sido realizada a busca ativa das mesmas, elas não retornaram à unidade para finalizar o tratamento. E, por último, há inconsistências em relação à adequada completude dos dados registrados de saúde bucal das crianças. Então, é necessário que se proceda ao correto preenchimento das fichas-espelho para que possam representar a realidade de forma fidedigna e permita um acompanhamento de melhor qualidade e de maneira integral.

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

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

Meta 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

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

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

Conforme podemos observar nos gráficos a seguir, os três indicadores obtiveram resultado de 100% em todo o período em que ocorreu a intervenção. Ou seja, no primeiro mês atingiu-se 21 usuários, no segundo mês 35 usuários e no terceiro mês atingiu-se 42 usuários cujos representantes foram orientados sobre higiene bucal, sobre dieta, sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

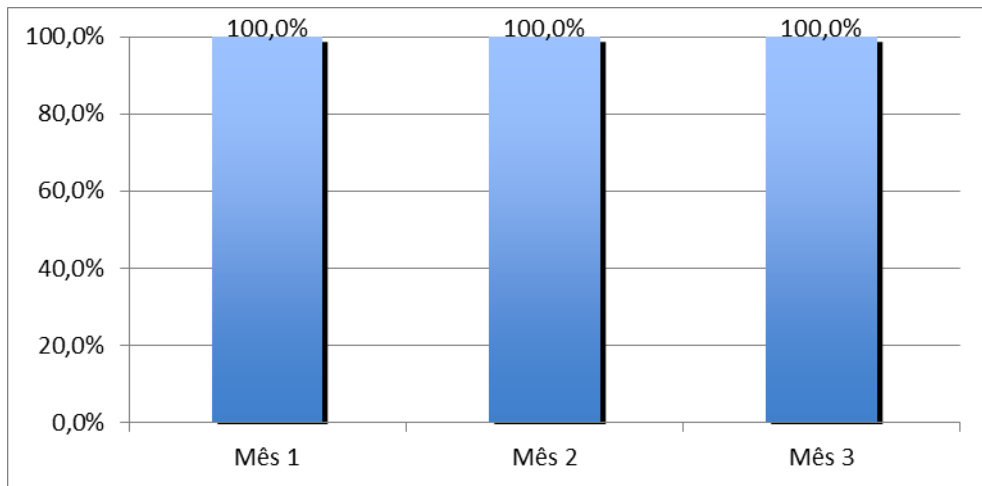


Figura 25: Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal

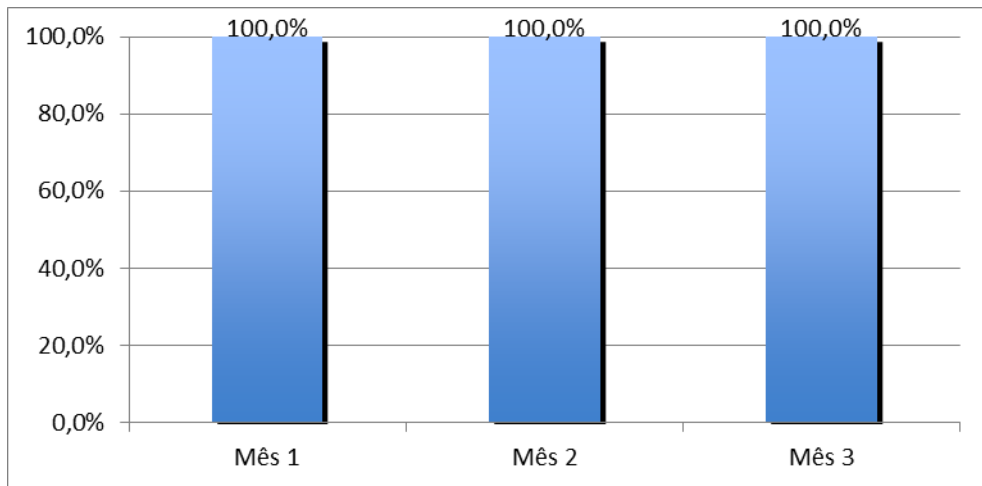


Figura 26: Gráfico indicativo da proporção de crianças com orientações sobre dieta

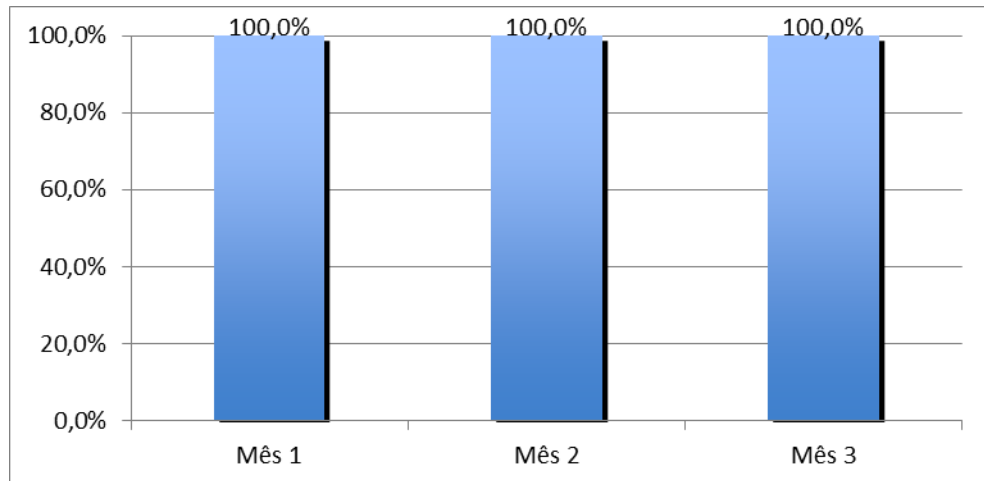


Figura 27: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias

As orientações para promover a saúde das crianças foram fornecidas a todas as mães/responsáveis, conforme registrado nas fichas-espelho de acompanhamento. As fichas-espelho auxiliam no cumprimento das ações de acompanhamento, permitindo melhoria dos indicadores quando tais ações são bem desempenhadas.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou uma série de benefícios na minha unidade. A cobertura de atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de idade foi sensivelmente ampliada. Havia muitas crianças que não realizavam consulta de puericultura. Aliás, este termo passou por uma reformulação de conceito na população atingida. Acreditava-se que puericultura era apenas um dia em que havia apenas atendimento médico destinado a crianças sintomáticas. O termo puericultura não era entendido como uma prática de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, de monitoramento da vacinação, avaliação de risco, saúde bucal, dentre outros. Hoje, algumas mães comparecem na unidade com seus filhos porque já está na hora de realizar novamente as medidas de crescimento, fazer as anotações na caderneta, vacinar, entre outros, antes mesmo os agentes de saúde agendem as próximas consultas.

A implementação da ficha-espelho de acompanhamento também permitiu a melhoria dos registros facilitando o monitoramento das ações. A qualidade no atendimento também alcançou resultados mais palpáveis. Não se sabia se todas as

crianças de 6 a 24 meses de idades, por exemplo, recebiam suplementação de ferro. Também não se sabia exatamente quais crianças apresentavam fatores de risco e que, por isso, a vigilância em relação a elas deve ser reforçada. E, principalmente, não se tinha controle de quais crianças apresentavam o calendário vacinal desatualizado. Além disso, a adesão ao programa de atenção à saúde das crianças se elevou, com os vários atores sociais envolvidos atuando mais ativamente neste sentido.

A importância da intervenção para a equipe é que as ações do Programa passaram a ser mais difundidas e, por mais que houvesse muito a melhorar, espera-se que os integrantes da equipe se envolvam progressivamente com as atividades do Programa. Após o término da intervenção, pude perceber que os agentes de saúde enxergam a importância deste trabalho para a comunidade e manifestam o desejo de que continue havendo um período da semana destinado ao atendimento de puericultura. Além disso, a instituição das fichas-espelho e seu adequado preenchimento auxiliam na identificação, por todos os integrantes da equipe, de crianças classificadas quanto à presença de risco, facilitando a priorização do atendimento e otimizando a rotina de trabalho.

A intervenção teve importância para a comunidade no sentido de fortalecer o engajamento público, conscientizando pais e responsáveis da importância deste acompanhamento. Ainda que haja muito a melhorar, já se nota algumas pequenas mudanças de posturas nas mães/responsáveis. Mães que já exigem o acompanhamento de puericultura, inclusive que sejam anotadas as informações devidas na caderneta da criança. Isto demonstra que estão, lentamente, se conscientizando de seus direitos em ter posse de todas as informações acerca do estado de saúde de seus filhos. Além disso, a longo prazo, traz benefícios inegáveis à saúde da comunidade.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, eu teria conversado mais sobre o Programa com a equipe de saúde. Infelizmente, alguns integrantes da equipe tinham a concepção de que eu estava ali apenas para realizar um curso de pós-graduação e que eles não tinham obrigação de participar integralmente das atividades propostas. Tentaria instigar mais a importância da participação de todos. O desenvolvimento das atividades de educação em saúde também faria diferente. Procuraria realizar encontros mais dinâmicos, com rodas de conversa o que propiciaria maior aproximação entre usuários e membros da equipe.

Há grande viabilidade da incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção na rotina de trabalho. São medidas que, após alguns ajustes ao processo de trabalho, não apresentam grau de execução difícil. Basta que os integrantes da equipe de saúde assumam este compromisso. Além disso, é necessário que a conscientização da comunidade quanto à importância do Programa continue sendo realizada. Dessa forma, reforçarei tanto para equipe quanto para a comunidade a importância deste trabalho para as crianças da nossa área de abrangência, as quais têm possibilidade de adquirir maior qualidade de vida, diminuir riscos à saúde e mesmo contribuir para a redução da mortalidade infantil. Outro aspecto importante, diz respeito ao adequado preenchimento das fichas-espelho, as quais são ferramentas essenciais no monitoramento das ações, reduzindo a obtenção de resultados inconsistentes e permitindo a melhoria na qualidade do atendimento.

Os próximos passos serão: ampliação da cobertura atendendo às demais microáreas de abrangência; regularização dos atendimentos de crianças faltosas, principalmente, em relação à saúde bucal; e implantação do Programa de Atenção ao pré-natal.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Ilmo Sr^o Gestor Municipal de Saúde:

A intervenção realizada ao longo de 03 meses, no 2^o semestre de 2014, na Unidade de Saúde Elpídio Moreira Souza foi focada na Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência. Através da intervenção foi possível a ampliação da cobertura e melhoria na qualidade da atenção a este público-alvo. O monitoramento da vacinação, do crescimento e do desenvolvimento das crianças, bem como a classificação de risco e atenção saúde bucal dessa população formam um conjunto de atividades cujas práticas se intensificaram na rotina de trabalho da equipe de saúde. Foi possível quantificar e identificar falhas na atenção que devem ser melhoradas.

Antes da intervenção o acompanhamento das crianças da área de abrangência não era monitorado, o seguimento não era adequado, portanto, não se sabia quais crianças apresentavam atraso do calendário vacinal, quais apresentavam alterações no crescimento e desenvolvimento, se estavam em

situação de risco, se realizavam a suplementação de ferro de acordo com a idade ou se procederam devidamente aos testes do pezinho e da orelhinha e se são acompanhadas em saúde bucal. A intervenção permitiu ampliar sensivelmente a cobertura, com o cadastramento e acompanhamento adequado de 150 crianças, de um total estimado de 210 crianças residentes na área de abrangência, ou seja, alcançamos 71,4% da cobertura em três meses.

Além disso, foi possível identificar crianças em situações de risco (todas as crianças acompanhadas são avaliadas quanto à presença de fatores de risco), as quais são acompanhadas com maior cuidado, além de se identificar quais crianças apresentavam calendário vacinal atrasado com a consequente atualização dos mesmos. Durante toda a intervenção, foi verificado o atraso do esquema vacinal de 19 crianças da área de abrangência. Além disso, o seguimento do acompanhamento está sendo realizado de forma que as consultas de puericultura e de atenção à saúde bucal coincidam com as datas previstas para a vacinação de acordo com o calendário do Ministério da Saúde. Dessa forma, conseguimos diminuir o índice de crianças faltosas às consultas e melhoramos a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, os indicadores de saúde da população-alvo. Portanto, tais ações são essenciais para as crianças da comunidade, uma vez que contribuem para a redução da taxa de mortalidade infantil através, por exemplo, da vigilância às doenças imunopreveníveis, diminuindo cinturões de suscetíveis.

A disponibilização, por parte da gestão, de ferramentas e insumos tais como vacinas (87,3%), sulfato ferroso (93,2%) e disponibilidade do teste do pezinho (89,3%) viabilizaram a obtenção de resultados satisfatórios de muitos dos indicadores de qualidade. A contínua disponibilização das fichas-espelho para o cadastramento de outras crianças e a ampliação do fornecimento do teste de triagem auditiva são fatores dependentes da gestão que podem ser melhorados, viabilizando resultados mais satisfatórios dos respectivos indicadores. Além disso, a oferta de cursos de qualificação destinados aos integrantes da equipe de saúde auxiliam na contínua atualização dos conhecimentos técnicos e propiciariam uma oportunidade de estímulo no sentido de implementar ações e metas diversas com objetivo de aprimorar a qualidade da atenção aos usuários da atenção primária. Dessa forma, a continuidade do apoio da gestão é essencial para garantir a implementação definitiva da ação programática, importante para promover saúde na

população, uma vez que é desenvolvida seguindo diretrizes de saúde provenientes do Ministério da Saúde.

Houve maior envolvimento na atenção tanto pela equipe de saúde como integrantes da comunidade, o que auxilia muito a intensificar o engajamento público. Temos posse de informações consistentes e essenciais quanto ao estado de saúde destas crianças em nossa área de abrangência e sabemos quais as próximas medidas que devemos assumir no sentido de melhorar a atenção a este público-alvo.

Por fim, obrigado pelo apoio recebido e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Cara Comunidade:

Foi realizada uma intervenção pela equipe de saúde na nossa unidade, focando a Saúde das Crianças de 0 a 72 meses de idade que moram na área de abrangência. Antes da intervenção, não sabíamos quantas crianças estavam com as vacinas atrasadas, quais estavam abaixo do peso, se apresentavam problemas no crescimento e se estavam sendo consultadas pelo dentista. A intervenção trouxe muitos benefícios, como a atualização das vacinas, verificar se as crianças estão ganhando peso e crescendo dentro da normalidade, passamos também a monitorar mais de perto crianças que possuem maior risco à saúde, além de poder detectar mais casos de anemia. O apoio da comunidade foi muito importante para o sucesso da intervenção, o que é essencial para a saúde das nossas crianças.

Assim, as crianças precisam comparecer às consultas para que possamos ficar atentos a todos os aspectos que podem influenciar na saúde delas. Quando elas vierem para a consulta, vamos medir, pesar, vacinar, orientar os pais e responsáveis, iremos passar sulfato ferroso de acordo com a idade para prevenir anemia, vamos verificar se elas apresentam algum fator de risco para a saúde, além disso, ela também será consultada pelo dentista se tiver 6 meses de idade ou mais. Assim, podemos detectar o mais cedo possível alterações e realizarmos as devidas correções, contribuindo para uma saúde cada vez melhor e menor chance de adoecer.

As ações da intervenção foram e ainda estão sendo incorporadas na rotina de serviço da unidade. Assim, os atendimentos ocorrem na terça-feira de tarde. As crianças passam pelo dentista, depois pela médica e depois passam pela sala de vacina. O objetivo era que todas as crianças nessa faixa de idade fossem acompanhadas regularmente por nossa equipe.

É preciso que todo mundo da comunidade esteja disposto a colaborar trazendo suas crianças no momento certo e estipulado pelos profissionais. Dessa forma, terão atendimento de qualidade e acompanhamento contínuo.

A comunidade também pode apoiar a continuidade do Programa, incentivando outras mães e responsáveis a trazerem as crianças que ainda não compareceram na unidade para realizar o acompanhamento.

Deve-se também aceitar quando alguma criança é atendida antes que outras pessoas, mesmo tendo chegado depois. Isto porque a equipe julga que esta criança está em risco e que precisa de atendimento prioritário, pois não se pode perdê-la de vista.

Estamos sempre à disposição para ouvir a todos sempre que necessário ou para dar opiniões. Devemos trabalhar em parceria para melhorar a qualidade de vida de todos da nossa comunidade e por isso fazemos o convite para que todos se engajem mais e assumam os papéis de atores da promoção de uma saúde com qualidade.

Atenciosamente, equipe da Unidade de Saúde Elpídio Moreira Souza.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O desenvolvimento do meu trabalho no curso superou minhas expectativas iniciais, pois significou a superação de inúmeros desafios no decorrer de todo este período. Como entrei no PROVAB já no final de março, comecei minhas atividades da especialização com atraso. Dessa forma, estava sempre buscando atualizar minha situação no curso. Este apresenta uma estrutura excelente, tanto em relação ao método pedagógico, quanto em relação à qualidade dos profissionais envolvidos, propiciando um processo de aprendizagem muito rico.

Foi essencial para a minha prática profissional, não apenas pelas atividades que contribuíram para o aprimoramento dos conhecimentos e que se mostrou de grande valia na rotina de trabalho, mas, principalmente, por ter despertado o importante poder de transformação que podemos ter na comunidade, desde que tenhamos compromisso e planejamento. Isto é importante porque muitas vezes nos acomodamos e pensamos que se, as coisas são assim, elas sempre vão ser. E como podemos mudar algo sozinho? Há solução, alternativas para mudar o que já se estabeleceu? Se há muito que melhorar, então todos precisam assumir sua parcela de responsabilidade e fazer o que deve ser feito para dar continuidade a este processo de evolução. Podemos até começarmos sozinhos, mas não há melhor forma de iniciarmos servindo de exemplo.

Foi uma experiência única de aprendizado, na medicina, de convivência, de enfrentamento das dificuldades, de vida. Não sei mensurar o quanto de mim as pessoas conseguiram absorver, mas procurei aprender o máximo com cada um. Sempre fica a sensação de que poderia ter feito algo diferente, um pouco melhor. Esta reflexão é essencial para estarmos em constante aprimoramento das nossas ações, uma lição que servirá para os próximos desafios.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p.

CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.739-743, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. E. S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p.129-132, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/42>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição / Serviço de Saúde Comunitária. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. **A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Porto Alegre, 2004. 83p.

ANEXOS

ANEXO C – Planilha de coleta de dados (Saúde da Criança)

ABA DADOS DA UBS

C8

Digite apenas nas células em VERDE.

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

Mês 1 Mês 2 Mês 3

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde

Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

OBSERVAÇÕES

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

***estimativa de crianças residentes na área por faixa etária**

| | |
|--|---|
| População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde | |
| Menores de 12 meses | 0 |
| De 12 a 24 meses | 0 |
| De 25 a 72 meses | 0 |
| Total de crianças entre zero e 72 meses | 0 |

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

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

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

ABA DADOS DO MÊS (PARTE 1 E 2)

B16 13

| Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------------|-----------------------------|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|---|
| 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? | A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia? | A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia? | A criança está com o esquema vacinal em dia? | A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro? |
| Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | Em meses | 0- Masculino 1- Feminino | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | |

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

B16 13

| Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|---|
| Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | 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? | A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática? | A criança falhou a consulta agendada com médico ou enfermeiro? | Foi realizada busca ativa para a criança falhou a 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? | 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? |
| 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 | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim | 0- Não 1- Sim |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | |

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

ANEXO E - Folha de Aprovação 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 | |
| <i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i> | |
| 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 | |