

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na
ESF da Colônia Osório, Pelotas/RS**

Fernando da Silveira

Pelotas, 2015

Fernando da Silveira

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na
ESF da Colônia Osório, Pelotas/RS**

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

Orientadora: Wâneza Dias Borges Hirsch

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S587m Silveira, Fernando da

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses na ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS / Fernando da Silveira ; Wâneza Dias Borges Hirsch, orientadora. — Pelotas, 2015.

112 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. Hirsch, Wâneza Dias Borges, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedicatória

Aos meus pacientes e seus familiares, pelo carinho recebido durante os atendimentos. Eles que são a fonte inspiradora para meu estudo diário.

Agradecimentos

A Deus, não só por nos dar a vida, mas também a possibilidade de refletir sobre ela.

Aos meus pais, por apoiarem todas as minhas decisões, tendo eu escolhido seguir por um caminho ou até mesmo no seu sentido oposto. Não há prova de amor maior.

À minha família, em especial aos meus irmãos, pelos quais tenho admiração e carinho infinitos.

E à minha noiva, por estar comigo em todos os momentos e com quem tenho o privilégio de dividir o caminho desta pequena jornada.

Lista de Figuras

Figura 1 - Cronograma do projeto de Intervenção.....	67
Figura 2 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde - ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015	74
Figura 3 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015.	75
Figura 4 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com vacinação em dia para a idade – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015	77
Figura 5 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com triagem auditiva – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015.....	78
Figura 6 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015	79
Figura 7 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico - ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015.....	80
Figura 8 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015...	80
Figura 9 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com registro atualizado – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015.....	81
Figura 10 - Evolução mensal do indicador de número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015....	82
Figura 11 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS 2015	83

Figura 12 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015	84
Figura 13 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico e que realizaram a primeira consulta programática e fluorterapia – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015	84
Figura 14 - Evolução mensal do indicador de proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde – ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS, 2015	86

Lista de Abreviaturas/Siglas

Atenção Primária à Saúde - APS

Agente Comunitária de Saúde - ACS

Caderno de Atenção Básica - CAB

Diabete Mellitus - DM

Estratégia de Saúde da Família – ESF

Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS

Índice de Massa Corporal - IMC

Microárea - MA

Ministério da Saúde - MS

Pré-natal - PN

Unidade Básica de Saúde - UBS

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional:	28
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa do projeto de intervenção	30
2.2 Objetivos e Metas	33
2.2.1 Objetivo geral.....	33
2.2.2 Objetivos específicos	33
2.2.3 Metas	34
2.3 Metodologia	37
2.3.1 Ações.....	37
2.3.2 Indicadores	55
2.3.3 Logística da intervenção.....	62
2.3.4 Cronograma.....	65
3 Relatório da intervenção	68
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas durante a intervenção	68
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas durante a intervenção	70
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, no preenchimento das planilhas e no cálculo dos indicadores	70
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço ...	71
4 Avaliação da intervenção	73
4.1 Resultados	73

4.2 Discussão	87
4.3 Relatório de Intervenção para os Gestores.....	93
4.4 Relatório para a comunidade da Colônia Osório	95
5 Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem	98
Bibliografia.....	100
Anexos	101

Resumo

SILVEIRA, F; HIRSCH, W.D.B.. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na ESF da Colônia Osório, Pelotas/RS.** 2014. 112f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família modalidade a distância) – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS, Pelotas, 2015.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é fundamental para as crianças, pois promove a saúde e permite a identificação e tratamento precoces de problemas detectados. A Unidade Básica de Saúde da Colônia Osório, situada na zona rural do município de Pelotas/RS, utiliza a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde e desenvolve atividades de puericultura para crianças no seu primeiro ano de vida. Devido à importância que o Programa de Saúde da Criança possui, foi realizado um projeto de intervenção com o objetivo de qualificar a ação programática de saúde da criança. Para alcançar este objetivo, as ações desenvolvidas foram organizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi estabelecida uma rotina de atendimento de puericultura com a implantação de uma ficha espelho contendo os itens a serem abordados durante as consultas, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, foi incluída na rotina de atendimento da unidade a avaliação odontológica semestral a partir dos seis meses de vida para todas as crianças em idade pré-escolar. A população alvo da intervenção foram as crianças com menos de 72 meses moradoras na área de abrangência da unidade, totalizando 53 usuários. Foram realizadas 42 consultas de puericultura em três meses de intervenção, atingindo uma cobertura de 79% das crianças nesta faixa etária. Como o projeto deve ser implantado às rotinas de atendimento da unidade, a ampliação da cobertura do atendimento deve ser alcançada nos próximos meses. Muitos indicadores de qualidade não conseguiram atingir os índices de 100%. Alguns porque os fatores analisados não podiam ser modificados, uma vez que ocorreram em uma idade específica da criança, outros porque o familiar que acompanhava a criança não sabia fornecer determinadas informações sobre a criança. Entretanto, muitos indicadores atingiram os índices de 100%, principalmente os referentes ao que podia ser examinado e orientado durante as consultas. Isto demonstra que é possível oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, mesmo em uma unidade de saúde situada em uma região de difícil acesso.

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

Apresentação

Este trabalho refere-se a um projeto de intervenção em Saúde da Criança realizado com pré-escolares de zero a 72 meses na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Colônia Osório, zona rural do município de Pelotas, RS. O objetivo do trabalho foi qualificar a ação programática de Atenção à Saúde da Criança, tanto no atendimento de puericultura (realizado pela equipe de enfermagem e pelo médico da unidade) quanto odontológico, buscando aumentar sua cobertura e adesão, melhorar a qualidade do atendimento às crianças, melhorar os registros das informações e mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência da unidade.

A primeira parte do trabalho se refere à Análise Situacional. Nela é apresentado um primeiro relatório elaborado de forma empírica pelo pesquisador, em março de 2014. A seguir, é apresentado um segundo relatório, de agosto de 2014, embasado em uma organização sistemática de avaliação e pesquisas, que proporcionou resultados mais específicos acerca da UBS onde foi realizado o projeto. É realizada, então, uma comparação crítica entre as duas análises.

A segunda parte do trabalho se refere à Análise Estratégica. Nela é descrita a justificativa do projeto, seus objetivos e metas, além da metodologia utilizada na intervenção. A metodologia foi subdividida em ações, indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte do trabalho descreve o Relatório da Intervenção com exposição das ações previstas no projeto que foram ou não desenvolvidas e facilidades e dificuldades para a análise dos dados coletados. Apresenta também a viabilidade da incorporação do projeto à rotina da unidade.

A quarta parte refere-se à Avaliação da Intervenção, composta pela descrição dos resultados obtidos e sua discussão. Apresenta, também, os relatórios da intervenção para gestores e comunidade.

A quinta parte é composta pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, nas partes subseqüentes há a bibliografia utilizada no trabalho e os anexos que orientaram o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Colônia Osório, situada no terceiro distrito de Pelotas, está cerca de 35 quilômetros, aproximadamente 45 minutos de automóvel, do centro da cidade de Pelotas (aferição realizada da pela equipe de saúde). O acesso da equipe à unidade é feito através de transporte disponibilizado pela Prefeitura de Pelotas. A unidade dispõe de um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de curativos e sutura, uma sala de atendimento de enfermagem e ginecologia, uma sala de puericultura e vacinação, uma sala de farmácia (depósito de medicamentos) que é utilizada também pelo serviço social, uma recepção com sala de espera, uma cozinha e dois banheiros. Nela trabalham quatorze profissionais: um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, cinco agentes comunitários de saúde, duas recepcionistas e duas higienizadoras.

Segundo levantamento realizado pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) da unidade em 2014, na área de abrangência da UBS moram cerca de 360 famílias, divididas em cinco micro-áreas, tendo um total de 1073 pessoas, todas elas da zona rural. Embora o número total de moradores que estão sobre a responsabilidade da UBS não seja muito grande, a área física de abrangência da unidade é bastante extensa, haja vista a peculiaridade da zona rural de as residências serem distantes uma das outras.

A UBS atende a população através do agendamento de consultas em alguns dias e, também, através de atendimento por ordem de chegada (fichas), em outros dias. Desenvolve palestras para grupos de hipertensos e diabéticos e realiza visitas domiciliares semanalmente. Algumas pessoas da equipe de saúde trabalham na unidade há muitos anos (uma delas há mais de 25 anos), conhecendo profundamente a comunidade e suas necessidades, o que é fundamental para o bom funcionamento da ESF.

O principal público da unidade de saúde são pessoas idosas, com queixas de dores crônicas, principalmente relacionadas ao trabalho intenso no campo, e sintomas psicológicos/psiquiátricos, como ansiedade, tristeza e insônia. Um fato interessante é que o número de gestantes que realizam pré-natal e crianças que realizam puericultura na UBS é pequeno. Uma possível explicação para isso pode ser o aumento da população idosa moradora na área de abrangência da unidade, com diminuição do número total de gestantes e crianças. Uma outra explicação seria que os moradores com maior poder aquisitivo prefeririam fazer estes tipos de consulta na cidade de Pelotas, com especialistas, considerando a UBS como não tendo condições de oferecer estes serviços de forma adequada, por falta de estrutura.

Uma das principais dificuldades encontradas pela unidade é o fato de se localizar distante do centro da cidade de Pelotas e se localizar distante de muitas residências sobre sua abrangência. Estando longe do centro de Pelotas, dificulta o acesso de materiais e recursos humanos à UBS, bem como o encaminhamento de pacientes a serviços especializados e de urgência. A longa distância entre muitas residências dificulta o atendimento à população, pois muitas pessoas que necessitam de atendimento não possuem meio de locomoção para se dirigir a UBS e não há transporte diariamente para levar a equipe de saúde à residência dos pacientes que solicitam atendimento. Houve situações onde a própria equipe de saúde não conseguiu ter acesso a unidade pela falta de estruturas das estradas que ligam Pelotas a Colônia Osório. Apesar de todas estas dificuldades, o atendimento a população consegue ser realizado de forma adequada, muito pela organização que já existe dentro da unidade e muito pela ajuda mútua que existe entre as pessoas que moram nesta comunidade, que sabem das dificuldades e limitações encontradas pela UBS.

A população participa do sistema de saúde não somente de forma passiva, recebendo atendimento pelos profissionais de saúde, como também de forma ativa, através de reuniões mensais entre o conselho de saúde (representantes da população) e a equipe de saúde, que se realizam na própria UBS. Os conselheiros levam dúvidas, reclamações, elogios etc. da população às reuniões. Estas situações são discutidas e a melhor solução para elas são debatidas.

O atendimento em uma unidade distante da zona urbana possui suas peculiaridades, as quais precisam ser percebidas pelos profissionais que lá trabalham para que possam se adaptar e melhor oferecer um serviço de saúde à população. As dificuldades não podem ser vistas como barreiras que impeçam o bom funcionamento da equipe, mas sim como estímulos para que a equipe faça seu trabalho com determinação e responsabilidade, pois são as pessoas que moram distante, com dificuldade de acesso ao serviço de saúde, as que mais necessitam de cuidados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Pelotas localiza-se na metade sul do estado do Rio Grande do Sul, a 252 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado. Possui uma população aproximada de trezentos e trinta mil habitantes, distribuídos em zona rural e zona urbana, sendo a terceira cidade mais populosa do estado. Possui duas faculdades de medicina, quatro hospitais gerais que atendem ao Sistema Único de Saúde em atenção terciária, ambulatórios especializados para atenção secundária, além de um pronto socorro municipal, uma emergência traumatológica e um hospital psiquiátrico com serviço de emergência psiquiátrica. Pelotas encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (FREITAS, 2013).

Em relação à Atenção Básica, a cidade possui 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 20 apresentam equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 13 destas localizam-se na área urbana e 07 na zona rural. Ainda não conta com Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (FREITAS, 2013).

A Unidade Básica de Saúde da Colônia Osório situa-se na zona rural da cidade de Pelotas/RS, a 35 quilômetros, aproximadamente 45 minutos de carro, do centro da cidade. Foi construída há mais de vinte e cinco anos e desde 2013 vem trabalhando com a Estratégia de Saúde da Família, nela atuando uma equipe de saúde da família. Não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino. O acesso da equipe de saúde à unidade é feito através de transporte disponibilizado pela prefeitura municipal. Funciona de segunda a sexta-feira, no período da manhã e tarde. Nela trabalham quatorze profissionais: um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, cinco agentes comunitários de saúde, duas recepcionistas e duas higienizadoras.

A unidade dispõe de um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de curativos e sutura, uma sala de atendimento de enfermagem e ginecologia, uma sala de puericultura e vacinação, uma sala do serviço social (que também é utilizada para depósito de medicações e farmácia), uma recepção junto com sala de espera, uma cozinha e dois banheiros (que também são utilizados para depósito de material de limpeza). Por ser uma unidade de saúde antiga, apresenta limitações em sua estrutura física, como, por exemplo, ausência de sala de reuniões, de sala dos agentes comunitários de saúde (ACS), de almoxarifado, de farmácia individualizada, de sala de esterilização, etc. Além disso, também não existem áreas que hoje são consideradas essenciais para um adequado controle dos resíduos biológicos, como sala de descontaminação de materiais, de expurgo e abrigo de lixo não contaminado. Parte desta inadequação das instalações da unidade se deve ao fato de que na época de sua construção, a ESF não representava o modelo de assistência à saúde vigente no país (não existiam os ACS, por exemplo, logo não havia sala para os ACS), e parte se deve ao maior rigor com que os resíduos biológicos são tratados nos dias de hoje.

Outro problema em relação à estrutura da UBS é a inadequação para acolher pessoas com algum grau de limitação física, como os idosos. As pessoas com mais de 60 anos de idade representam uma parcela importante da população da Colônia Osório, logo é de fundamental importância que a unidade de saúde possua estrutura para atendê-las. Não há corrimãos na sala de espera nem no corredor, não há banheiros amplos e com apoios, não há acesso para cadeiras de rodas na entrada da unidade (rampa) e nem espaço adequado para que consigam passar pelas portas dos consultórios. As limitações em sua estrutura não estão distantes da realidade brasileira, pois dois terços das UBS brasileiras apresentam estrutura física inadequada para atendimento à população (SIQUEIRA et al, 2009).

Se a estrutura física inadequada da UBS afeta uma parcela da população que atende, como idosos e pessoas com deficiência física, a falta de equipamentos, materiais de consumo e medicamentos na unidade afeta a população como um todo. Não são raros os exemplos onde o atendimento prestado ao paciente não é o mais adequado (primeira linha) segundo o preconizado nos manuais nacionais de atendimento. Como exemplo, podemos citar a não disponibilidade na unidade de ácido acético para a realização do exame ginecológico ou de hidróxido de potássio

para investigação de vaginose bacteriana. Frequentes, também, são as improvisações para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos devido à falta de campos estéreis, pinças, porta-agulhas, etc.

A escassez de medicamentos é notória na USB da Colônia Osório. Isto não se refere a medicamentos extraordinários, mas sim básicos que, conforme o ANEXO I da Portaria Nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, deveriam ser disponibilizados para a atenção básica. Como exemplos da falta de medicações, podemos citar antimicrobianos como cefalexina e norfloxacino, hipoglicemiantes orais como metformina, betabloqueadores como carvedilol, etc. Além da falta de inúmeras medicações, não é raro chegar à UBS medicações com o prazo de validade quase por vencer. Foi o caso da medicação amoxicilina solução pediátrica, que possuía data de validade no mês seguinte ao da sua chegada na unidade.

Há falta de material de limpeza e higiene, sendo que já houve vezes em que os próprios funcionários da UBS tiveram que trazer estes materiais para que a unidade fosse limpa. Por se tratar de uma unidade que dista 35 quilômetros do centro da cidade a que pertence, os funcionários necessitam almoçar no local e houve vezes, também, em que não havia água ou gás de cozinha para que os funcionários fizessem suas refeições.

Quanto aos equipamentos da unidade, possuiu o básico para atendimento de adulto, gestante e crianças. Para os adultos, possui maca de exame clínico, balança com antropômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro. Para atendimento ginecológico e obstétrico, possui mesa ginecológica, sonar, materiais para coleta de CP. Para atendimento pediátrico possui mesa acolchoada de exame, balança infantil e antropômetro. Um ponto positivo da UBS é que dispõe de todas as vacinas do calendário nacional de imunizações para a região. Os esfigmomanômetros e as balanças são revisadas anualmente pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia). Para esterilização de materiais, a UBS dispõe de uma estufa e uma autoclave, porém não possui rede elétrica que comporte a instalação da autoclave, não sendo, por isso, utilizada.

Para tentar suprir as necessidades dos materiais de consumo, a unidade possui um sistema de reposição de materiais e medicamentos, porém insuficiente para as necessidades da USB. A maneira como são feitas as solicitações destes

insumos é através da internet, mensalmente, pela enfermeira chefe da UBS, junto ao site da prefeitura. Porém, há reclamações que, muitas vezes, os materiais costumam chegar um longo tempo após sua solicitação, algumas vezes até dois meses após a realização do pedido, e em quantidade inferior ao solicitado. Algumas vezes não estão disponíveis os materiais solicitados, outras vezes chegam próximos ao vencimento, como explicitado acima com o antimicrobiano amoxicilina.

Quanto aos exames complementares, a UBS dispõe de kits de teste rápido para HIV, gestação e sífilis. Os exames laboratoriais solicitados pelos profissionais da saúde as UBS são agendados pelos próprios usuários nos laboratórios conveniados com a prefeitura. Os exames de imagem são agendados via secretaria de saúde, junto à central de marcação de exames.

Em relação aos atendimentos por especialistas, quando algum paciente necessita de atendimento de atenção secundária (como, por exemplo, consulta ambulatorial como cardiologista ou nefrologista) ou terciária (atendimento hospitalar por especialista), as consultas são marcadas via central de marcação de consultas. Caso seja necessário atendimento de urgência, o paciente é encaminhado ao Pronto Socorro de Pelotas. O transporte ao centro de emergência é feito pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Os profissionais de saúde realizam os cuidados à população na estrutura física da UBS, através da marcação de consultas e pela demanda espontânea (principalmente), e nos domicílios para pessoas que possuem dificuldade de locomoção.

Semanalmente são realizados grupos para hipertensos e diabéticos (em conjunto), onde são ministradas palestras para estes grupos de risco sobre temas relevantes sobre estas patologias. Cerca duas vezes ao ano são realizadas palestras para crianças e adolescentes da escola da comunidade. Estas atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde é um ponto positivo da equipe, pois promovem a prevenção de agravos em saúde, papel fundamental da equipe de saúde da família.

Há turnos específicos para cada atividade desenvolvida: há um turno para atendimento de consultas com horário marcado para idosos, gestantes e crianças,

um turno para visitas domiciliares e um turno para palestra e atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos. Os demais turnos são destinados ao atendimento dos pacientes por livre demanda. As consultas de puericultura, bem como as coletas dos exames de pré-câncer, são realizadas pela enfermagem. Sempre que necessário, o médico é solicitado para acompanhar essas consultas (caso haja alguma dúvida ou intercorrência). As consultas odontológicas são feitas através de agendamento com a dentista da unidade, bem como por demanda espontânea. Sempre que necessário, são disponibilizadas consultas extras para atendimento em caso de emergência.

Um ponto que poderia ser melhorado em relação à equipe de saúde é a maior integração entre os membros que a compõem. A Equipe de Saúde da Família da unidade foi formada somente em 2013, assim é comum alguns membros da equipe realizarem seu trabalho mais individualmente, não priorizando o trabalho em equipe. Logo, para que fossem reforçadas as atribuições de cada integrante da equipe, bem como fossem ouvidas as dificuldades encontradas por cada membro no cumprimento de suas ações, seria importante que houvesse reuniões periódicas, mensais, entre os membros da equipe. Nelas poderiam ser discutidas as ações programáticas para aquele mês, as visitas domiciliares que seriam feitas, os casos pontuais de pacientes em risco, etc. Assim, melhoraria a integração entre os membros da equipe e a integração da equipe com a população.

A UBS da Colônia Osório divide a população a que atende em cinco microáreas (MA). Os prontuários são distribuídos por residência: dentro de um MA, cada residência de uma família possui um prontuário. Em cada prontuário constam os registros, individuais, de atendimento de cada membro da família que mora naquela casa. A unidade possui o número absoluto da população e sua distribuição por faixa etária. Entretanto, a unidade não dispõe de formulários ou registros da população classificando-a por patologias ou população de risco, o que seria fundamental para a realização de ações programáticas.

Na área de abrangência da UBS moram cerca de 360 famílias, divididas em cinco micro-áreas, tendo um total de 1073 pessoas, todas elas da zona rural. Embora o número total de moradores que estão sobre a responsabilidade da UBS não seja muito grande, a área física de abrangência da unidade é bastante extensa,

haja vista a peculiaridade da zona rural de as residências serem distantes uma das outras. Como o número preconizado de pessoas que uma equipe de saúde da família deve atender é cerca de três mil e o número de pessoas para cada ACS deve atender é, no máximo, de setecentos e cinquenta, pode-se concluir que a unidade de saúde possuiu uma equipe em número adequado para exercer suas atividades.

A inversão da pirâmide etária da população brasileira, com o estreitamento de sua base e alargamento do seu ápice, é conseqüência da diminuição da natalidade e do envelhecimento da população (IBGE, 2010). Na Colônia Osório isto não é diferente. O grande número de pessoas idosas, bem como o pequeno número de gestantes e crianças pequenas, é algo marcante. O número total de pessoas com mais de sessenta anos é de 366, o que corresponde a mais do que o dobro do esperado para a média nacional, que seria de 146. Atualmente existem quatro gestantes na área de abrangência da UBS, sendo que duas fazem o pré-natal na unidade e duas fazem na cidade de Pelotas, com médico particular. Este número é bem inferior à média nacional de 1,5% da população, sendo esperado que existissem 16 gestantes na área de abrangência da UBS. Além disso, existem na comunidade cinco crianças com menos de um ano de idade, o que corresponde a menos da metade do que seria esperado para a média nacional, que seriam 13. Assim, pode-se dizer que há mais que o dobro de pessoas idosas do que seria esperado e menos da metade do que seria esperado de crianças com menos de um ano de idade para a média nacional.

O acolhimento na UBS da Colônia Osório é feito pela recepcionista, enfermeira ou técnica em enfermagem, dependendo em que situação o paciente se encontra. Raramente o acolhimento é realizado pelo médico ou dentista, pois freqüentemente estão envolvidos em atendimentos, não tendo a oportunidade de ter o primeiro contato com o paciente que procura a UBS. Se o paciente possuir alguma ação programática na UBS, ou consulta agendada para aquele dia ou se tiver ficha para ser atendido naquele dia (por demanda espontânea), seu acolhimento é feito pela própria recepcionista da unidade. Caso o paciente possua algum agravo de saúde agudo e não haja mais atendimentos previstos para aquele dia, o acolhimento é realizado pela enfermeira da unidade ou pela técnica de enfermagem, em ambiente reservado. Após análise da situação, o agravo pode ser solucionado já no próprio acolhimento, pode ser resolvido através do agendamento

de consulta para um momento oportuno ao paciente, ou ainda pode ser discutido com o médico da unidade. Se necessário, uma consulta extra é feita para atender os casos urgentes. Como a demanda por casos de urgência é pequena na Colônia Osório, todos os casos graves, que puderem ser resolvidos em nível de atenção primária, são atendidos no momento em que os usuários procuram a UBS.

As consultas de puericultura da UBS da Colônia Osório são realizadas mensalmente pela equipe de enfermagem: pela enfermeira da unidade com ou sem o auxílio da técnica de enfermagem, para crianças entre zero e 12 meses de vida, sendo o médico contatado quando alguma anormalidade é detectada ao exame ou dúvida é surgida. O registro de idades que a UBS possui classifica as crianças como possuindo entre zero e um ano incompleto, entre um ano e quatro anos incompletos e entre quatro e 10 anos de idade, não sendo possível avaliar o número de crianças com menos de 72 meses de idade (pré-escolares).

Analisando os prontuários das crianças com menos de um ano de idade, o fato que primeiramente chama a atenção é a sub-notificação nos registros. Pode-se encontrar dados como número de consultas realizadas no primeiro ano (contando as datas das consultas), vacinas aplicadas, orientações sobre aleitamento materno e o monitoramento do crescimento em todos os cinco prontuários e/ou fichas de puericultura (100%) das crianças acompanhadas. Já o registro do desenvolvimento neuropsicomotor não foi encontrado em nenhum dos cinco prontuários, a triagem com teste do pezinho até sete dias de vida em somente três dos prontuários (60%), teste da orelhinha em somente dois dos prontuários (40%), orientação sobre prevenção de acidentes e saúde bucal em nenhum dos prontuários. Não está claro se é explicado para as mães o que representam as curvas de crescimento. Embora seja dito a importância do aleitamento materno exclusivo, não há como saber se são explicados os passos da boa pega e como iniciar a alimentação complementar, bem como a idade em que deve ser usado o sulfato ferroso para a prevenção da anemia. Permanece a dúvida de estes exames/orientações não foram feitos ou se foram feitos, mas não registrados.

A cobertura de puericultura para crianças com menos de um ano de idade na unidade é muito baixa, tomando como parâmetro o número esperado de crianças com menos de um ano de idade pela média nacional que deveriam residir na

Colônia Osório. Seria esperado, pela média nacional, que houvesse treze crianças com menos de um ano de idade na região, mas somente cinco realizam puericultura na unidade (38% do número de crianças esperado). Três parecem ser as possíveis explicações para isto: há um menor índice de natalidade nesta comunidade e um maior envelhecimento da população, tornando menor o número de crianças com menos de um ano de idade do que a média nacional; ou há uma parcela importante das crianças com menos de um ano de idade realizando as consultas de puericultura na rede privada; ou, o mais preocupante, realmente há uma elevada parcela de crianças no seu primeiro ano de vida que estão desassistidas, mostrando uma falha no atendimento da UBS. A maneira de solucionar esta questão seria o cadastramento, recente, pelas ACS de todas as crianças menores de 12 meses de idade e o questionamento ao familiar do local onde ela realiza as consultas de puericultura. Outra medida que poderia melhorar a atenção prestada às crianças da unidade é a criação de um grupo para as mães destas crianças, onde pudessem ser discutidas as dúvidas e dificuldades que elas viessem a ter a respeito da saúde de seus filhos. Seria um local de troca de experiências entre as mães da unidade.

A estimativa do número de gestantes na área de abrangência da UBS Colônia Osório é de dezesseis (1,5% da população), porém quatro estão registradas como gestantes na área de abrangência da unidade, o que corresponde a 25% do número esperado. Destas quatro gestantes, somente duas realizam o pré-natal (PN) na unidade de saúde, as outras duas realizam PN com médico particular. Como o cadastramento destas gestantes é recente, há menos de quatro meses, e o tamanho total da população é pequeno, mil e setenta e três pessoas, é provável que o número de gestantes desta região seja realmente menor que o esperado para a média nacional.

O PN desenvolvido pela UBS colônia Osório vai ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Todas as gestantes que fazem PN na UBS possuem, pelo menos, o número mínimo de consultas preconizado pelo MS e têm solicitados os exames de primeiro e terceiro trimestres. Possuem vacinas de HBV e tétano em dia, bem como fazem suplantação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme o manual de Pré-Natal do MS, 2006. Todas as gestantes possuem orientação quanto à amamentação e cuidados com RN. O aspecto que deixa a desejar é as orientações quanto à saúde bucal e saúde mental. Não há registro de

que estes temas tenham sido abordados com as duas gestantes que fazem PN na unidade e caso tenham sido, como foram feitos.

O número total de mulheres que realizaram a puerpério não é possível de ser avaliado. Seria esperado, pela média nacional, que houvesse 13 mulheres que tivessem tido parto no último ano, mas na unidade só acompanham cinco crianças com menos de um ano de idade, permitindo que o número máximo de puérperas também seja cinco. Mesmo assim, há registro de somente duas mulheres que tenham realizado consulta no pós-parto, não ficando claro se as outras mulheres fizeram consulta com médico particular ou não compareceram à unidade para revisão. O registro de informações no prontuário é deficitário, não sendo encontrada de forma sistemática a descrição do exame clínico de cada gestante, ou que orientação foi dada a cada paciente. Exemplo disso é que não foram encontrados, em nenhum dos prontuários, informações sobre exame ginecológico, exame das mamas, exame do abdômen, planejamento familiar. Pode ser que estas informações estivessem na ficha espelho de PN e puerpério, mas que não se encontrava no prontuário das pacientes. Todavia, toda puérpera (as duas que possuem registro de puericultura na UBS), ao levar a criança à consulta de puericultura, tiveram reforço positivo quanto à importância da amamentação exclusiva até os seis meses de idade, além de orientações sobre cuidados com os RN.

O número de gestantes na área de abrangência da Colônia Osório é pequeno, se comparado à média nacional. Para confirmação deste coeficiente, poderia ser feita uma busca ativa pelas ACS, por telefone ou pessoalmente, das mulheres que apresentassem atraso menstrual dentre as famílias que possuíssem mulheres em idade fértil. Para melhorar a qualidade do PN ofertado, a equipe deveria dar mais ênfase na saúde bucal e mental das gestantes, bem como orientações sobre planejamento familiar e importância da consulta puerperal. Além disso, já seria de grande valia um registro mais abrangente do exame clínico realizado, bem como das orientações dadas às puérperas.

Para a análise do trabalho de prevenção do câncer de colo uterino que a UBS desenvolve, foram coletados dados do livro de registros de coleta de pré-câncer. Primeiramente a UBS não dispõe do número de mulheres entre 25 e 64 anos que estão adstritas à unidade de saúde (população que segundo o MS deveria

ser rastreada para câncer do colo do útero), mas sim das mulheres entre 20 e 39 anos, entre 40 e 59 anos e maiores de 60 anos. Em segundo lugar, consta no livro de registro o resultado do CP e se a amostra foi satisfatória, mas não há registro de que havia material da JEC, se foram dadas orientações sobre DSTs ou orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero. Além disso, não há uma maneira prática de saber, nos dados disponíveis na UBS, se determinada paciente está com exame de rastreio em dia ou atrasado sem ter que revisar o prontuário da paciente ou revisar todo o livro de registro de coleta de CP.

A rotina desenvolvida pela equipe de enfermagem, que faz a coleta dos exames de pré-câncer, é de realizar bi-anualmente o exame nas mulheres que possuem dois exames anuais consecutivos negativos (o que está em desacordo com o preconizado pelo MS). Assim, foram revisados os exames dos últimos dois anos de coleta de CP. O número de exames coletados nesse período foi de 138, mas somente 97 eram de mulheres entre 25 e 64 anos de idade. Logo, do número esperado de mulheres que estariam na faixa etária de rastreio de câncer de colo do útero (295, estimados a partir da média nacional) apenas um terço teve seu exame coletado. Este baixo índice se deve, em parte, por algumas mulheres coletarem seu exame CP com médico particular e, mais provavelmente, por não haver na UBS nem na comunidade ações educativas de incentivo a prevenção do câncer do colo do útero.

Na UBS colônia Osório não há registro organizado de realização de mamografia. Não é possível saber, por exemplo, quantas mamografias foram feitas no último ano. Além disso, a UBS não possui registro do número de pessoas entre 40-69 anos que estão adstritas à unidade. Como foi dito, possui, somente, dados sobre a população entre 40 e 59 anos, e acima de 60 anos.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero e do Controle do Câncer de Mama na UBS duas medidas poderiam ser tomadas simultaneamente: uma delas seria a identificação de mulheres que estivessem entre 25 e 64 anos e entre 40 e 69 anos. A outra medida seria a capacitação da equipe de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS), sobre o câncer de colo uterino e câncer de mama: quais são os fatores de risco para aquisição, a importância do rastreamento, como são realizados,

periodicidade dos exames etc. Assim que fosse identificado o número total de mulheres na idade de rastreio, os ACS já estariam aptos a ir à casa das mulheres identificadas levando informações sobre os exames e convocando-as a vir à unidade para sua realização e/ou solicitação. O treinamento dos demais membros da equipe de saúde possibilitaria a captação de pacientes que viessem a UBS de forma oportunística. A forma de ter um controle sobre o resultado dos exames de CP e mamografia seria a criação de um arquivo onde houvesse uma ficha, diferente do prontuário médico. Nesta ficha poderia constar dados como a data de nascimento da paciente, menarca, sexarca, data de nascimento de cada filho, método anticonceptivo utilizado e data da realização dos exames de CP e mamografia. Se a ficha fosse revisada periodicamente, poderíamos detectar atrasos na realização dos exames de cada paciente.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido condições epidêmicas na população brasileira. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no nosso meio, e patologias como HAS e DM são fatores de risco importantes. O número estimado de hipertensos na comunidade da Colônia Osório, pela média nacional, é de 239, de uma população total de 1073 pessoas, e o número de hipertensos cadastradas na UBS é de 233 (o que corresponde a 97%). Já o número estimado de diabéticos na comunidade da Colônia Osório é de 68, e o número de cadastrados na UBS é de 39, o que corresponde a 57% do esperado.

Embora a cobertura de hipertensos seja elevada na UBS da Colônia Osório, a unidade não possui registros quanto à periodicidade de consultas, periodicidade e resultado de exames, estratificação de risco cardiovascular, mas somente os registros nos prontuários das consultas clínicas. Em relação ao DM2 o problema é ainda maior, pois além de não haver o registro da periodicidade deste acompanhamento e de seus exames de rotina, sua cobertura é baixa, menos de 60% dos pacientes previstos estão cadastrados.

Uma medida, não tão efetiva, que UBS adota para tentar controlar este grave problema de saúde pública é a realização semanal de grupos de HAS e DM, divididos por MA, onde é aferida a PA de cada usuário e ministradas palestras com temas de interesse para estes grupos de risco. Esta medida está longe de ser considerada efetiva porque as pessoas que possuem condições e interesse em

participar dos grupos são, em sua maioria, as mesmas que teriam condições de vir consultar na UBS. Entretanto, as pessoas que não comparecem ao grupo são as mesmas que também não vêm à unidade para consultar. Assim, os usuários mais necessitados acabam não comparecendo nem nos grupos nem nas consultas, o que vai de encontro o princípio do SUS de equidade. Mesmo assim, para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e ao DM poderia ser melhorada a ficha de registro de hipertensos e diabéticos que a UBS possui. Nesta ficha constam, unicamente, as medicações que os pacientes fazem uso. Poderia constar a data das consultas com a PA e HGT, os exames realizados pelo paciente, o escore de risco cardiovascular, avaliação de saúde bucal, avaliação nutricional, etc. No dorso da folha poderiam constar informações sobre a periodicidade das consultas e da solicitação de cada exame, a escala de risco cardiovascular de Framingham, como avaliar lesões em órgãos alvo e com que frequência deveriam ser avaliadas. Caso algum paciente estivesse com atraso em sua consulta periódica, seria contatado pela ACS.

Seria estimado que houvesse, pela média nacional, cento e quarenta e seis pessoas com mais de sessenta anos de idade. Porém, a contagem populacional, pela equipe de saúde, aponta que o número de idosos com mais de sessenta anos é mais que o dobro do esperado, trezentas e seis pessoas. A explicação para este achado é o envelhecimento da população na comunidade da Colônia Osório, com a diminuição da natalidade, representada pela diminuição do número de gestantes e crianças com menos de um ano de idade, e o aumento do número de pessoas com mais de sessenta anos. Assim, é possível saber quantos idosos moram na área de abrangência da unidade básica de saúde, mas não quantos idosos estão recebendo o devido cuidado, ou seja, quantos estão com o acompanhamento em dia, ou possuem a caderneta do idoso, ou receberam orientações sobre hábitos saudáveis e exercício físico, por exemplo.

É difícil avaliar a cobertura de saúde da pessoa idosa, pois o número de pessoas idosas naquela comunidade é maior do que o esperado para a média nacional (mais que o dobro). Assim, o índice de cobertura será alto, pois o numerador (relacionado ao número de pessoas idosas acompanhadas na UBS) é maior que o denominador, indicando que a cobertura seria maior que 100%. Logo, a

real cobertura, porcentagem dos trezentos e seis pacientes que acompanha na UBS, não é conhecido.

Dos indicadores de qualidade da atenção básica à saúde pessoas idosa, é possível calcular o número de idosos hipertensos e diabéticos. Como discutido acima, a unidade realiza o grupo de hipertensos e diabéticos, reunindo semanalmente as pessoas com essas patologias que residem na área de abrangência da UBS. Os usuários participantes deste grupo possuem “fichas” nas quais constam seus nomes e suas respectivas medicações em uso. A unidade também possui a relação do número de pessoas com mais de sessenta anos (trezentos e seis pessoas). Assim, é possível saber que o número de pessoas com mais de sessenta anos que acompanha no grupo de hipertensos é de 113 (36,9% do total de idosos). O número de idosos com DM2 que acompanha no grupo é de 18 (5,8% do total de idosos). Quanto aos demais indicadores de atenção básica à saúde do idoso, como quantos possuem a caderneta do idoso, avaliação multidimensional rápida, investigação de indicadores de fragilidade, orientação de atividade física, orientação nutricional, a UBS não dispõe de registros, não sendo possível avaliar sua cobertura.

Fato interessante é que no ano de 2013 houve um médico participante do PROVAB alocado na UBS da Colônia Osório, realizando o Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPel, cujo projeto de intervenção foi referente à avaliação multidimensional rápida do paciente idoso. Entretanto, a ficha espelho por ele utilizada está junto ao prontuário de alguns pacientes e não separada como uma ação programática. Assim, não há como saber em quantos nem em quais pacientes foram utilizados tal formulário sem ter que avaliar todos prontuário individualmente. Logo, esta ferramenta, que poderia estar sendo aplicada na rotina de atendimento da unidade, não está sendo utilizada.

Para melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS da Colônia Osório seria importante a simples incorporação da ficha, já desenvolvida no ano anterior, à rotina de atendimento da UBS. Para isso, é necessário desinseri-la dos prontuários médicos e colocá-las em um arquivo próprio. Assim, todo idoso que consultasse na unidade teria seu prontuário médico e sua ficha espelho. Periodicamente essas fichas poderiam ser revisadas e caso algum idoso não

possuísse alguma ação preventiva condizente com seu grupo de risco, seria contatado pelas ACS para comparecer a unidade e essa ação preventiva ser aplicada.

Com relação à saúde oral, a unidade disponibiliza atendimento odontológico nos turnos da manhã e da tarde de segunda a sexta-feira, exceto na quarta-feira pela manhã. São realizados quatro atendimentos a cada turno: dois de forma agendada e dois por demanda espontânea. A UBS realiza atendimento da população de risco como crianças, gestantes, idosos além dos demais usuários. Um turno da quarta-feira é destinado ao planejamento e monitorização das ações programáticas odontológicas, atividades de grupos e palestras educativas. Sempre que necessário, consultas extras são realizadas, nos casos de urgência.

A dentista da unidade realiza ações preventivas na escola da comunidade para crianças entre seis e quinze anos de idade. Essas atividades são realizadas mensalmente, com medidas educacionais conforme a faixa etária dos estudantes.

Seria esperado que 25% do tempo de trabalho da saúde oral fosse destinado às atividades de promoção à saúde, mas um percentual menor que este é utilizado na unidade. Isto ocorre pela grande demanda por consultas na unidade. Além disso, a dentista trabalha, por substituição, em mais duas unidades de saúde do município: UBS da Santa Silvana a UBS Corrientes, pois não há dentista nestas unidades, temporariamente.

A UBS colônia Osório apresenta muitas limitações, como sua estrutura física inadequada, falta de materiais e de medicamentos. Há muito a ser melhorado para o atendimento aos grupos de risco, como os idosos, mulheres, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. Entretanto, os recursos humanos que a unidade possui é o seu maior atributo. Algumas pessoas da equipe de saúde trabalham na unidade há muitos anos, uma delas há mais de 25 anos, conhecendo profundamente a comunidade e suas necessidades, o que é fundamental para o bom funcionamento da ESF. A união, coleguismo e comprometimento da equipe de saúde com a população faz com que estas dificuldades sejam minimizadas, dentro do possível. Outro fator estimulante ao enfrentamento destas dificuldades é a promessa de reforma da unidade que existe desde 2012, com o início da implantação da ESF.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional:

Ao término da análise situacional, chama atenção a escassez dos registros nos prontuários médicos. Pacientes que viveram uma vida em uma comunidade, consultando regularmente na unidade de saúde, não possuem uma lista de patologias e medicações em uso, tendo que ser feito de uma consulta de rotina, uma primeira consulta, demorada, dispendiosa. A revisão dos prontuários dos pacientes não permite avaliar se determinadas ações preventivas, que seriam primordiais para a atenção básica, como solicitação de mamografia para mulheres em idade de rastreamento e estratificação do risco cardiovascular para hipertensos e diabéticos, por exemplo, foram ou não realizadas.

A análise dos dados da UBS de forma sistemática permitiu verificar que a estrutura física da UBS, inicialmente considerada como satisfatório, está muito distante do que seria esperado para uma ESF. Percebe-se a falta de medicamentos e de materiais básicos para o funcionamento de uma equipe de saúde.

Nota-se que quase não há ações programáticas na unidade: somente grupos de hipertensos e diabéticos, com ênfase na realização de grupos e sem uma estrutura organizada de registro nem de consultas periódicas, além de os usuários mais necessitados permanecem desassistidos. Por fim, não há como avaliar a ação programática desenvolvida, pois as fichas que a UBS disponibiliza não são padronizadas.

Percebe-se, também, que o número de usuários de alguns grupos de risco, como gestantes e crianças menores de um ano de idade, é inferior ao esperado pela média nacional, não sendo possível saber se isso se deve à menor natalidade na região ou se a unidade está deixando de assistir a estes pacientes.

Embora a estrutura física da unidade possua limitações, haja falta de muitos materiais de consumo e até mesmo o acesso à unidade possa ser dificultoso, a equipe de saúde supera essas adversidades diariamente, não as utilizando como empecilhos para um bom funcionamento da UBS. Por estar disposta a mudar seu modo de trabalho com a intenção de instituir medidas de ações programáticas, de fazer grupos educacionais e de fazer reuniões periódicas para discussão das

medidas a serem tomadas, demonstra seu engajamento na prevenção de agravos em saúde, próprias de uma equipe de saúde da família competente.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa do projeto de intervenção

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 1984, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, foi priorizar cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia (promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas). Tais ações devem constituir o centro da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde (MS, 2002, p. 3).

Muitas destas ações vêm sendo desenvolvidas de forma programática pela UBS da Colônia Osório, porém o público principal são crianças com menos de um ano de idade, mas não a faixa pré-escolar (de dois a seis anos de idade).

A UBS da Colônia Osório realiza consultas de puericultura somente para crianças no primeiro ano de vida, agendadas mensalmente. Esta conduta de acompanhamento está em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que orienta a realização de sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (com 0, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses), duas no segundo ano (com 18 e 24 meses) e, a partir do terceiro ano de vida, anualmente, próxima ao mês do aniversário (MS, 2012, p. 61). O segmento desse calendário do MS bem como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança no nível dos serviços de saúde (MS, 2002, p. 28). Assim, além de haver um excesso de consultas no primeiro ano de vida, a criança fica desassistida durante a idade pré-escolar, perdendo oportunidades valiosas para prevenção de agravos em saúde.

O acompanhamento regular das crianças com menos de seis anos de idade proporciona uma oportunidade única para o diagnóstico precoce de agravos em saúde, como obesidade e cárie dentária.

O aumento da prevalência da obesidade é marcante na população brasileira.

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na

aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (MS, 2006, p. 9).

Na idade pré-escolar, a ocorrência precoce da adiposidade corporal e um ganho de peso rápido representaram fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade em idades mais avançadas (SCHUCH et al, 2013, p. 180).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 avaliou crianças até cinco anos de idade e mostrou uma prevalência nacional de sobrepeso de 6,6%, e de 8,8% na região Sul (SCHUCH et al, 2013, p. 180). Assim, com a implantação de forma programática das consultas de puericultura para crianças na idade pré-escolar será possível quantificar este agravo na população em estudo bem como tomar medidas para evitá-la e revertê-la.

Um levantamento nacional realizado em 2003 – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População - evidenciou que 40,6% da população entre cinco e seis anos estavam livres de cárie dentária, o que inferior ao recomendado pela OMS, que estabeleceu como meta que 50% das crianças nesta faixa etária deveriam estar livres de cáries no ano de 2010. (RIGO et al, 2009, p. 436).

Não é sabida qual a realidade da população pré-escolar que está adstrita a UBS da colônia Osório quanto a sua saúde oral, porém, afim de evitar a cárie dentária e mutilações na dentição permanente, é de suma importância que os cuidados em saúde bucal sejam tomados desde a primeira dentição.

Na UBS trabalham quatorze profissionais, mas dez relacionados com o público infantil: um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social e cinco agentes comunitários de saúde. As consultas de puericultura são realizadas pela equipe de enfermagem (enfermeira com ou sem o auxílio da técnica de enfermagem), sendo chamado o médico quando alguma dúvida ou anormalidade é detectada. Para atendimento das crianças, a unidade dispõe de um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de curativos e sutura e uma sala de puericultura e vacinação. Dispõe de balança e antropômetro, fonte de calor (estufa) na sala de puericultura, e todas as vacinas do calendário vacinal, esfigmomanômetro com braçadeiras apropriadas para o público infantil, otoscópio com otocones infantis.

A população adstrita a UBS é de 1073 pessoas. Para essa população, seria esperado, pela média nacional, que houvesse treze crianças com menos de um ano de idade, mas somente cinco realizam puericultura na unidade (38% do esperado). Todas elas com consultas mensais no primeiro ano de vida. A unidade não dispõe de dados referentes ao número de crianças com menos de seis anos (72 meses), população de interesse neste trabalho, que moram na área de abrangência da unidade, não sendo possível saber a adesão/cobertura desta população às consultas na UBS, além de não ser de forma programática.

Analisando os registros das crianças com menos de um ano de idade, pode-se encontrar dados como número de consultas no primeiro ano de vida (inclusive um excesso de consultas, segundo o recomendado pelo MS), as vacinais aplicadas no primeiro ano, orientações sobre aleitamento materno e o monitoramento do crescimento (registro do peso e estatura) em todos os cinco prontuários e/ou fichas de puericultura (100%) das crianças acompanhadas. Já o registro do desenvolvimento neuropsicomotor não foi encontrado em nenhum dos cinco prontuários, a triagem com teste do pezinho até sete dias de vida em somente três dos cinco prontuários (60%), teste da orelhinha em somente dois dos prontuários (40%), orientação sobre prevenção de acidentes e saúde bucal em nenhum dos prontuários (0%). Não está claro se é explicado para as mães o que representam as curvas de crescimento, uma vez que não são marcados os pontos de cruzamento de peso para idade e estatura para idade nos gráficos, mas somente anotados os valores aferidos. Embora seja dito a importância do aleitamento materno exclusivo, ficam dúvidas se são explicados os passos da boa pega, bem como sobre o uso de sulfato ferroso e sobre alimentação complementar. Não há como saber se estes exames/orientações não foram feitos ou se foram feitos, mas não registrados. Assim, percebe-se que poderia ocorrer uma melhora na cobertura do atendimento às crianças, bem como uma melhora no registro de informações nos prontuários e fichas da criança. A falta de registro não permite saber se determinadas ações foram realizadas durante a consulta ou não.

A intervenção desenvolvida busca resgatar, de forma sistemática, as crianças em faixa etária de zero a 72 meses para consultas programáticas. Este acompanhamento pode ser uma oportunidade de detecção de agravos em saúde como, obesidade, má higiene oral, sedentarismo, hábitos de vida não saudáveis,

além de prevenção de acidentes. Além disso, pretende melhorar a forma de registro da unidade, evitando a sub-notificação e chamando a atenção para medidas que deveriam ser adotadas em cada consulta. Para implantação deste projeto, os agentes comunitários de saúde serão contatados para levantamento dos dados referentes ao número de crianças com menos de seis anos moradoras em área adstrita a UBS e a dentista da unidade será contatada para a triagem da saúde oral nesta população. O médico realizará a primeira consulta das crianças no programa de atenção à saúde da criança, bem como as consultas de zero, seis e doze meses de idade. A equipe de enfermagem será responsável pelas demais consultas de puericultura.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

A intervenção tem por objetivo a melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na ESF da Colônia Osório, Pelotas/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

Para melhorar o atendimento prestado, o projeto tem os seguintes objetivos específicos:

Com relação ao atendimento de puericultura:

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

Objetivo 2 . Melhorar a qualidade do atendimento às crianças pré-escolares

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

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6 . Promover a saúde das crianças

Com relação ao atendimento odontológico:

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

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

Objetivo 3 . Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações

Objetivo 5 . Promover a saúde da crianças

2.2.3 Metas

Para alcanças os objetivos específicos propostos, o projeto terá as seguintes metas:

Com relação ao atendimento de puericultura:

Com relação ao objetivo 1

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade.

Com relação ao objetivo 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação ao objetivo 3

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

Com relação ao objetivo 4

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

Com relação ao objetivo 5

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

Com relação ao objetivo 6

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

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

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

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

Com relação ao atendimento odontológico:

Com relação ao objetivo 1

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 90% das crianças de seis a 72 meses de idade residentes na

área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Com relação ao objetivo 2

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

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

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

Com relação ao objetivo 3

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

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

Com relação ao objetivo 4

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

Com relação ao objetivo 5

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

Meta 5.2. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta 5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças de seis a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

As ações programáticas de saúde da criança em idade pré-escolar serão realizadas com a utilização de fichas espelhos, que foram desenvolvidas segundo o preconizado pelo MS para cada consulta de puericultura (seja ela feita pela equipe médica ou de enfermagem) e odontológica. Serão armazenadas separadamente dos prontuários dos pacientes e serão preenchidas durante as consultas. Para alcançar seus objetivos e metas descritos acima, a equipe de saúde realizará ações distribuídas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Estes eixos serão descritos a seguir.

Com relação ao objetivo 1 - **Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança** - e tendo como meta 1.1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade - a equipe de saúde realizará as seguintes ações:

No eixo monitoramento e avaliação: mensalmente serão revisadas pelas ACS quais crianças de sua microárea se encontram na faixa etária de 0-72 meses de idade.

No eixo organização e gestão do serviço: haverá uma lista com os nomes e meios de contato das crianças cadastradas. As famílias destas crianças serão contatadas para que as tragam para consulta segundo a frequência preconizada pelo MS. Caso alguma criança venha a entrar ou sair do programa, as ACS devem comunicar o médico ou enfermeira da unidade. Caso alguma criança falte à consulta programática, a ACS deve e agendar uma visita domiciliar a esta residência. Na UBS há um turno destinado ao agendamento de consultas para crianças em idade pré-escolar, as terças-feiras à tarde.

No eixo engajamento público: as famílias serão avisadas da periodicidade das consultas para crianças em idade pré-escolar e de sua importância para um crescimento saudável, ainda no período pré-natal ou quando em contato com as ACS.

No eixo qualificação da prática clínica: através de reuniões com os integrantes da equipe da unidade, que já ocorrem mensalmente, serão abordados meios de incentivar as mães a trazer seus filhos em idade pré-escolar para consultas de puericultura. Serão expostos, discutidos, os protocolos de saúde da criança propostos pelo MS, bem como tópicos do CAB - Saúde da Criança, conforme necessidade da equipe de saúde.

Com relação ao objetivo 2 - **Melhorar a qualidade do atendimento às crianças pré-escolares** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: através do número de gestantes da unidade, será solicitado às ACS que fiquem atentas às mulheres que estejam próximo ao termo. Assim, será possível a captação precoce para consulta de puericultura das crianças nascidas antes da primeira semana de vida.

No eixo organização e gestão do serviço: as ACS devem, semanalmente, manter contato com as gestantes para identificar a data do parto e orientar que procurem a UBS dentro da primeira semana após o nascimento do bebê. Caso as mães não compareçam dentro de sete dias após o parto, uma busca ativa será realizada àquela criança.

No eixo engajamento público: será oferecido às mães, que fizeram ou não o seu PN na UBS, a oportunidade de consultar com o RN na primeira semana de vida, enfatizando a importância de um acompanhamento regular com o bebê na unidade.

No eixo qualificação da prática clínica: através de reuniões com a equipe serão explicados os cuidados com os RN. Serão abordadas dúvidas frequentes das

puérperas que possam ser explicadas pelos membros da equipe, sem a necessidade de uma consulta médica ou de puerpério.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

No eixo monitoramento e avaliação: toda criança que consultar terá avaliada sua curva/canal de crescimento. Caso não esteja completa a carteira da criança, sua curva de crescimento será completada.

No eixo organização e gestão do serviço: a UBS dispõe de material para medidas antropométricas das crianças entre zero e 72 meses de idade. Possui antropômetro horizontal, balança pediátrica e de plataforma, e fita métrica. Haverá na sala de puericultura um protocolo impresso do MS para que a equipe possa utilizar quando necessário: CAB número 33 – saúde da criança.

No eixo engajamento público: será explicado aos pais como interpretar as curvas de crescimento e como identificar sinais de anormalidade.

No eixo qualificação da prática clínica: serão padronizados os modos de aferição de peso e comprimento através de treinamento com a equipe, bem como o modo de realizar o preenchimento da caderneta da criança. Tarefas que serão realizadas nas reuniões mensais que já ocorrem entre os membros da equipe.

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

No eixo monitoramento e avaliação: a UBS dispõe de material para medidas antropométricas das crianças entre zero e 72 meses de idade, bem como um protocolo impresso do MS sobre crescimento e desenvolvimento. Com o controle das fichas espelhos de puericultura durante as consultas, será possível identificar crianças que estejam com ganho de peso insuficiente. Será dada atenção especial para elas, além de avaliadas possíveis causas para este acontecimento.

No eixo organização e gestão do serviço: durante as consultas de puericultura será avaliado o canal de crescimento de cada criança. Caso esta criança se encontre abaixo do percentil 3 do peso para idade ou do IMC para a idade, ou apresente um canal de crescimento horizontalizado, serão investigadas as possíveis causas, com importância especial para o desmame.

No eixo engajamento público: os familiares serão informados do ganho de peso inadequado do paciente e orientados a retornar precocemente para reavaliação (uma a duas semanas). Serão informados sobre as possíveis causas para este acontecimento e terão orientações sobre alimentação saudável.

No eixo qualificação da prática clínica: durante as reuniões de capacitação da equipe serão dadas informações sobre desnutrição e alimentação saudável, bem como orientações da aferição correta das medidas antropométricas.

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

No eixo monitoramento e avaliação: a UBS dispõe de material para medidas antropométricas das crianças entre zero e 72 meses de idade, bem como um protocolo impresso do MS sobre crescimento e desenvolvimento. Com o controle periódico das fichas espelhos de puericultura será possível identificar crianças que estejam com ganho de peso excessivo, sendo dada atenção especial para estas crianças.

No eixo organização e gestão do serviço: durante as consultas de puericultura será avaliado o canal de crescimento de cada criança. Caso esta criança se encontre acima do percentil 97 do peso para idade ou do percentil 85 do IMC para a idade, ou apresente um canal de crescimento verticalizado, serão investigadas as possíveis causas, com importância especial para os erros alimentares e dieta da família.

No eixo engajamento público: os familiares serão informados do ganho de peso excessivo do paciente e dos riscos que podem disso advir. Serão orientados a retornar precocemente para reavaliação receberão orientações sobre alimentação saudável.

No eixo qualificação da prática clínica: durante as reuniões de capacitação da equipe serão dadas informações sobre obesidade infantil e alimentação saudável, bem como orientações da aferição correta das medidas antropométricas.

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

No eixo monitoramento e avaliação: nas fichas de registro haverá uma tabela com os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor da criança,

semelhantes às apresentadas na caderneta da criança. Haverá, também, local de registro para indicar se este desenvolvimento era normal em determinada idade.

No eixo organização e gestão do serviço: caso alguma anormalidade seja detectada, o paciente será reagendado em um curto período de tempo, para confirmar ou descartar a anormalidade detectada e se necessário, encaminhado ao ambulatório especializado (pediatria/ neurodesenvolvimento).

No eixo engajamento público: será explicado aos pais o que é esperado em cada fase do desenvolvimento da criança para sua faixa etária.

No eixo qualificação da prática clínica: será explicado para a equipe, através de discussões, como realizar o monitoramento do desenvolvimento neurocognitivo através de tabelas do MS - como exemplo, a constante na própria caderneta da criança.

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

No eixo monitoramento e avaliação: em cada revisão de puericultura será revisada a carteira de vacinação. Caso alguma vacina do calendário nacional de imunização esteja em atraso, a criança será encaminhada para vacinação naquele momento.

No eixo organização e gestão do serviço: em cada data de vacinação será orientada a data da próxima vacina. A enfermagem é responsável pela revisão do estoque de vacinas, bem como a revisão de seu vencimento. Caso seja atendida alguma criança com o calendário vacinal incompleto, será imediatamente encaminhada para vacinação.

No eixo engajamento público: será informado aos pais sobre as datas do calendário vacinal e a importância de manter o esquema vacinal em dia.

No eixo qualificação da prática clínica: a equipe de saúde fará reforço positivo aos pais e familiares sobre a importância da vacinação. No mesmo momento em que se realizará uma explicação para a equipe sobre a caderneta da criança, sobre as curvas de crescimento, será explicado sobre a rotina de vacinação e como interpretar a carteira de vacinação das crianças, identificando possíveis vacinas em atraso.

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

No eixo monitoramento e avaliação: com as revisões mensais do programa de intervenção, será possível avaliar qual criança passará a ter indicação de receber suplementação de sulfato ferroso naquele mês, sendo chamada à consulta.

No eixo organização e gestão do serviço: será dada a suplementação de sulfato ferroso a toda criança a partir dos seis meses que estivessem em amamentação exclusiva, ou antes, caso tenham iniciado a alimentação complementar mais precocemente, conforme recomendado no CAB – saúde da criança.

No eixo engajamento público: será Informado aos pais, desde as primeiras consultas de puericultura, sobre a suplementação de sulfato ferroso em idade adequada.

No eixo qualificação da prática clínica: o médico fará sua capacitação sobre alimentação complementar e suplementação de sulfato ferroso através da leitura do CAB – Saúde da criança. Esse assunto também será discutido com a equipe de saúde, em reuniões programadas.

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

No eixo monitoramento e avaliação: durante as consultas de puericultura, bem como com as revisões mensais do programa, será possível avaliar se os pacientes possuem as solicitações dos exames da triagem auditiva e os seus resultados.

No eixo organização e gestão do serviço: será feito a solicitação do teste da orelhinha a todos os recém nascidos, caso ainda não tenham recebido esta solicitação na maternidade, garantindo que tenham realizado este exame no primeiro mês de vida.

No eixo engajamento público: será explicado aos pais sobre a importância do exame nas primeiras consultas de puericultura e onde agendar o exame.

No eixo qualificação da prática clínica: o médico fará sua capacitação sobre o assunto através da leitura do CAB – Saúde da criança. Esse assunto também será discutido com a equipe de saúde, em reuniões programadas.

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

No eixo monitoramento e avaliação: durante as consultas de puericultura, bem como com as revisões mensais das fichas de ação programática, será possível avaliar se os pacientes possuem a solicitação do exame do pezinho a ser realizado antes dos sete dias de vida.

No eixo organização e gestão do serviço: será feita a solicitação do teste do pezinho a todos os recém nascidos, caso ainda não tenham sido solicitados na maternidade, para que façam o exame entre o terceiro e sétimo dia de vida.

No eixo engajamento público: será explicado aos pais sobre a importância do exame nas primeiras consultas de puericultura, quais doenças que são passíveis de detecção com o exame.

No eixo qualificação da prática clínica: o médico fará sua capacitação sobre o assunto através da leitura do CAB – Saúde da criança. Esse assunto também será discutido com a equipe de saúde, em reuniões programadas.

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

No eixo monitoramento e avaliação: durante a consulta de puericultura será feito a avaliação da saúde bucal dos pacientes e registrada em local específico na ficha espelho, sendo encaminhados, posteriormente, para uma revisão com a dentista da unidade.

No eixo organização e gestão do serviço: todas as crianças com idade entre seis-72 meses de idade serão avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico e, posteriormente, encaminhadas à dentista da unidade para revisão. A dentista possuirá um turno específico para atendimento das crianças da ação programática – quarta-feira à tarde.

No eixo engajamento público: será informado aos pais sobre a importância da saúde bucal e de uma alimentação saudável, bem como os riscos de uma má higiene oral. Será informado à população sobre a periodicidade do acompanhamento odontológico.

No eixo qualificação da prática clínica: será solicitado à dentista da unidade que explique à equipe o que deve ser avaliado quanto à saúde oral em crianças na idade pré-escolar, durante as consultas de puericultura.

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

No eixo monitoramento e avaliação: com as revisões periódicas da ação programática serão identificadas as crianças que estejam na faixa etária de seis-72 meses e que necessitam de tratamento odontológico, para que sejam encaminhadas à consulta odontológica e mantenham o tratamento até o seu término.

No eixo organização e gestão do serviço: a dentista da unidade realizará atendimento a todas às crianças entre seis e 72 meses de idade cadastradas no programa.

No eixo engajamento público: as famílias receberão orientações sobre higiene bucal e da importância da saúde bucal. Serão informadas quanto às datas das consultas agendadas com a dentista da unidade.

No eixo qualificação da prática clínica: a dentista da unidade orientará os profissionais que realizam puericultura quanto ao que deve ser avaliado regularmente em uma consulta de puericultura em atenção básica. A equipe de saúde será orientada como realizar o acolhimento destes pacientes.

Com relação ao objetivo 3 - **Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: será feita uma revisão periódica (mensal) dos cadastros das crianças entre zero-72 meses de idade para identificar

as crianças em atraso nas consultas de puericultura segundo o preconizado pelo MS. Crianças faltosas às consultas serão contatadas pelas ACS e investigadas junto às famílias sobre o motivo do não comparecimento às consultas.

No eixo organização e gestão do serviço: os pacientes faltosos serão contatados pelas ACS e investigados quanto ao motivo do não comparecimento, tendo suas consultas reagendadas para um dia oportuno. Caso não possam comparecer à unidade, uma visita domiciliar poderá ser agendada.

No eixo engajamento público: será informado aos familiares sobre os calendários de consultas das crianças com menos de seis anos de idade e sobre a importância de um acompanhamento regular.

No eixo qualificação da prática clínica: será explicado aos ACS o cronograma de consultas, para que possam identificar crianças faltosas e solicitar que os familiares as levem à UBS para consultar.

Com relação ao objetivo 4 - **Melhorar o registro das informações** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: será utilizada uma ficha de registro disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPel, baseada nas recomendações atuais do MS, na qual será possível a conferência e registro de itens a serem avaliados durante as consultas de puericultura. Com a revisão periódica do programa será possível identificar itens que não tenham sido corretamente preenchidos.

No eixo organização e gestão do serviço: o preenchimento do SIAB será responsabilidade da enfermeira da unidade, com auxílio das ACS, médico e dentista da unidade. O monitoramento dos registros dos pacientes será responsabilidade da enfermeira, da dentista e do médico da unidade. Será utilizada uma ficha de registro disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPel, baseada nas recomendações atuais do MS

No eixo engajamento público: haverá a orientação para que os familiares, durante as consultas, lembrem o examinador de preencher a caderneta da criança, caso algum ponto não tenha sido preenchido.

No eixo qualificação da prática clínica: será reforçada, junto à equipe, durante as reuniões periódicas, a maneira correta de preenchimento da caderneta da criança.

Com relação ao objetivo 5 - **Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: terá marcação especial na ficha espelho crianças que possuem situações de vulnerabilidade: BPN (menor que 2.500g), prematuridade (menor que 37 semanas), apgar menor que 7 no quinto minuto, internações ou intercorrências, mãe com menos de 18 anos de idade, mãe com menos de oito anos de estudo, História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade, aleitamento materno não exclusivo. ausência de PN, não realização de vacinas, identificação no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, presença de separação dos pais, drogadição familiar. Estas situações de vulnerabilidade estão constantes no CAB nº 33 – Saúde da Criança.

No eixo organização e gestão do serviço: as crianças de alto risco terão prioridade nos atendimentos programáticos e marcação especial em suas fichas de registro.

No eixo engajamento público: os pais serão orientados sobre os fatores de risco que a criança possui e da importância em manter consultas regulares de puericultura.

No eixo qualificação da prática clínica: os profissionais da UBS serão orientados sobre os fatores considerados como situações de risco para as crianças, para que priorizem os seus atendimentos.

Com relação ao objetivo 6 - **Promover a saúde das crianças** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: as fichas de puericultura serão revisadas mensalmente, sendo possível identificar se algum paciente não recebeu orientações sobre prevenção de acidentes em sua faixa etária.

No eixo organização e gestão do serviço: as orientações sobre prevenção de acidentes serão dadas pelo profissional de saúde à família/ cuidador do paciente, durante a consulta de rotina.

No eixo engajamento público: durante as consultas de puericultura serão dadas orientações aos familiares sobre prevenção de acidentes às crianças, conforme suas faixas etárias.

No eixo qualificação da prática clínica: a equipe será orientada sobre prevenção de acidentes na infância baseada no caderno de Atenção Básica, saúde da criança.

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

No eixo monitoramento e avaliação: as fichas de puericultura serão revisadas mensalmente, sendo possível identificar se algum paciente e seu familiar não receberam orientações sobre aleitamento materno.

No eixo organização e gestão do serviço: serão dadas orientações para os familiares sobre AME até os seis meses de vida já nas consultas de PN e puericultura bem como em toda oportunidade que a criança venha a UBS. Será solicitado que a criança mame durante a primeira consulta, para avaliar os sinais da boa pega.

No eixo engajamento público: será explicado para a família sobre os benefícios do leite materno durante as consultas, bem como os passos da boa pega.

Será orientado que a criança receba leite materno até os dois anos de vida, sendo de modo exclusivo até os seis meses de vida.

No eixo qualificação da prática clínica: durante as reuniões de equipe serão dados orientações sobre amamentação, sinais da boa pega e alimentação complementar.

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

No eixo monitoramento e avaliação: as fichas de puericultura serão revisadas mensalmente, sendo possível identificar se algum paciente não recebeu orientações sobre alimentação saudável.

No eixo organização e gestão do serviço: haverá um local na ficha espelho para registro de orientação alimentar conforme a faixa etária do paciente. As informações serão dadas durante as consultas de puericultura e em momento oportuno, como durante os retornos para vacinação.

No eixo engajamento público: durante as consultas serão dadas, em momentos adequados, orientações sobre alimentação saudável, conforme a faixa etária do paciente.

No eixo qualificação da prática clínica: os profissionais da UBS receberão orientações sobre alimentação infantil, alimentação saudável conforme a faixa etária, segundo o CAB - saúde da criança, durante as reuniões para capacitação da equipe de saúde.

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

No eixo monitoramento e avaliação: assim com a identificação sobre alimentação saudável, haverá na ficha de avaliação se o familiar da criança recebeu orientações sobre higiene oral.

No eixo organização e gestão do serviço: desde as primeiras consultas de puericultura serão dadas orientações sobre higiene oral conforme a faixa etária do paciente. Serão encaminhadas à dentista da unidade todas as crianças entre zero-

72 meses de idade para avaliação. Embora a população alvo do projeto sejam as crianças pré-escolares, a dentista da unidade realiza palestras educativas para crianças em idade escolar na escola situada ao lado da UBS.

No eixo engajamento público: serão informados os familiares das crianças sobre a importância de uma higiene oral adequada e como realizá-la.

No eixo qualificação da prática clínica: a dentista da unidade exporá aos membros da UBS o que deve ser avaliado rotineiramente em uma consulta de puericultura no que diz respeito a saúde oral.

Para melhorar a **saúde bucal** das crianças em idade pré-escolar e alcançar os objetivos e as metas propostas na ação programática de saúde da criança em idade pré-escolar, as ações que a UBS da Colônia Osório desenvolverá são:

Com relação ao objetivo 1 - **Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança** - e tendo como meta 1.1 - Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 90% das crianças de seis a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

No eixo monitoramento e avaliação: com a revisão periódica (mensal) do projeto, será possível identificar as crianças que se encontram da faixa etária de seis-72 meses de idade, sendo chamadas para consultar semestralmente com a dentista da unidade. Caso alguma criança venha a entrar ou sair do programa, as ACS devem comunicar à dentista ou enfermeira da unidade.

No eixo organização e gestão do serviço: será solicitado às ACS que façam levantamentos mensais das crianças entre seis-72 meses de idade que moram na área de cobertura da UBS, sendo avisado à dentista da unidade ou enfermeiro caso algum paciente novo venha a fazer parte do projeto de intervenção. A organização da agenda de consultas será organizada pela dentista da unidade, sendo destinado um turno específico para atendimento dos pré-escolares - quarta-feira à tarde.

No eixo engajamento público: as famílias serão avisadas da periodicidade das consultas odontológicas para as crianças em idade pré-escolar, ainda no período pré-natal e durante as consultas de puericultura.

No eixo qualificação da prática clínica: através de reuniões com os integrantes da equipe de saúde da unidade, que já ocorrem mensalmente, serão abordados tópicos de como incentivar as mães a trazer seus filhos em idade pré-escolar para consultas odontológica.

Com relação ao objetivo 2. - **Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos pré-escolares** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

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

No eixo monitoramento e avaliação: os pacientes atendidos em consulta de odontológica programática receberão avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A revisão das fichas de ação programática será realizada mensalmente para saber se o paciente possui a avaliação quanto à saúde oral e se há necessidade de atendimento odontológico.

No eixo organização e gestão do serviço: durante a consulta com a dentista da unidade, o familiar da criança receberá orientações se a mesma necessita atendimento odontológico programático. A unidade possuirá uma relação atualizada contendo o nome e um meio de contato de todas as crianças com idade entre seis e 72 meses de vida.

No eixo engajamento público: durante a consulta odontológica bem como durante a consulta de puericultura será esclarecido aos pais sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No eixo qualificação da prática clínica: será discutido, durante as reuniões com a equipe, como orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.2. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da

unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

No eixo monitoramento e avaliação: com a revisão mensal das fichas de monitoramento da criança será possível avaliar se as crianças que necessitam de atendimento odontológico receberam sua primeira consulta programática.

No eixo organização e gestão do serviço: a dentista da unidade possuiu um turno específico da semana para atendimento programático das crianças que necessitam de atendimento odontológico – quarta-feira à tarde.

No eixo engajamento público: durante a consulta odontológica será explicado aos pais a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

No eixo qualificação da prática clínica: a dentista da unidade possuiu os principais protocolos de saúde oral da criança. A equipe de saúde será orientada a priorizar o atendimento odontológico às crianças que possuem indicação de atendimento após a primeira avaliação.

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

No eixo monitoramento e avaliação: com a revisão mensal das fichas de monitoramento da criança será possível avaliar se as crianças que receberam atendimento odontológico programático tiveram o tratamento concluído.

No eixo organização e gestão do serviço: a dentista da unidade possuiu dia específico da semana para atendimento programático das crianças que necessitam de atendimento odontológico.

No eixo engajamento público: a dentista da unidade informará aos familiares do paciente sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário.

No eixo qualificação da prática clínica: a dentista da unidade possuiu os principais protocolos de saúde oral da criança. E equipe de saúde será orientada a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Como relação ao objetivo 3 - **Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações:

Como meta 3.1. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram e meta 3.2. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subseqüentes.

No eixo monitoramento e avaliação: através da revisão mensal das fichas de ação programática será possível monitorar a freqüência da primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subseqüentes previstas no protocolo (consultas em dia). Será possível monitorar as buscas as crianças faltosas.

No eixo organização e gestão do serviço: os nomes das crianças faltantes serão passados às ACS para que sejam feitos contatos com os seus familiares, sendo chamadas para novas consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e/ou subseqüentes).

No eixo engajamento público: serão Informadas para os responsáveis dos paciente as datas das consultas odontológicas programadas.

No eixo qualificação da prática clínica: a equipe de saúde será qualificada para investigar e contatar os familiares dos pacientes que estejam com consulta odontológica em atraso.

Com relação 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 - a equipe de saúde realizará as seguintes ações:

No eixo monitoramento e avaliação: será utilizada uma ficha de registro disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPel, baseada nas recomendações atuais do MS, na qual será possível a conferição e registro de itens a serem avaliados durante as consultas odontológicas. Com a

revisão periódica do programa será possível identificar itens que não tenham sido corretamente preenchidos.

No eixo organização e gestão do serviço: o preenchimento do SIAB será responsabilidade da enfermeira da unidade, com o auxílio da dentista da unidade e das ACS. Já o monitoramento do registro será responsabilidade da enfermeira, da dentista e do médico da unidade. Será utilizada uma ficha de registro disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPel, baseada nas recomendações atuais do MS

No eixo engajamento público: informar aos familiares, durante as consultas, que devem lembrar o examinador de preencher a caderneta da criança de seus filhos caso algum ponto não tenha sido preenchido.

No eixo qualificação da prática clínica: reforçar junto à equipe, durante as reuniões periódicas, a maneira correta de preenchimento da caderneta da criança.

Com relação ao objetivo 5 - **Promover a saúde das crianças** - a equipe de saúde terá as seguintes metas e realizará as seguintes ações.

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

No eixo monitoramento e avaliação: com a revisão periódica das fichas de saúde bucal das crianças será possível monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

No eixo organização e gestão do serviço: o médico e a equipe de enfermagem, durante as consultas de puericultura, e o dentista, durante as consultas odontológicas, falarão aos pais sobre saúde bucal das crianças.

No eixo engajamento público: o médico e a equipe de enfermagem, durante as consultas de puericultura, e o dentista, durante as consultas odontológicas, falarão aos pais sobre saúde bucal das crianças.

No eixo qualificação da prática clínica: através de reuniões mensais entre os membros da equipe serão discutidas orientações a respeito se higiene oral adequada.

Meta 5.2. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

No eixo monitoramento e avaliação: as fichas espelhos serão mensalmente revisadas pelo médico ou dentista ou enfermeira da unidade. Assim, será possível saber se alguma criança ficou sem orientação sobre alimentação adequada/saudável para sua faixa etária.

No eixo organização e gestão do serviço: haverá um local específico na ficha para registro de orientação alimentar, conforme a faixa etária do paciente. As informações serão dadas durante as consultas de puericultura, odontológica e em momento oportuno durante os retornos de vacinação.

No eixo engajamento público: durante as consultas serão dadas orientações sobre alimentação saudável, conforme a faixa etária da criança.

No eixo qualificação da prática clínica: serão orientados os profissionais da UBS sobre alimentação infantil, conforme o CAB número 33 – saúde da criança.

Meta 5.3. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças de seis a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

No eixo monitoramento e avaliação: as fichas espelhos serão mensalmente revisadas pelo médico ou dentista ou enfermeira da unidade. Assim, será possível saber se durante a consulta odontológica algum responsável por criança menor que 72 meses com primeira consulta odontológica programática ficou sem orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

No eixo organização e gestão do serviço: a dentista da unidade será responsável pela orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatia.

No eixo engajamento público: a dentista da unidade será responsável pela orientação aos pais sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatia.

No eixo qualificação da prática clínica: a dentista da unidade será responsável pela orientação da equipe sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatia.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores que serão usados na ação programáticas, referentes a cada uma das ações citadas acima serão:

Com relação ao atendimento de puericultura:

Com relação ao objetivo 1 e meta 1.1

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

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

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

Com relação ao objetivo 2, meta 2.1

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.2

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.3

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.4

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.5

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.6

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.7

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

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

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

Com relação ao objetivo 2, meta 2.8

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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.9

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

Numerador: número de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida.

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

Com relação ao objetivo 2, meta 2.10

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

Numerador: número de crianças de seis 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.

Com relação ao objetivo 2, meta 2.11

Indicador 2.11. Proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Com relação ao objetivo 3, meta 3.1

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.

Com relação ao objetivo 4, meta 4.1

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.

Com relação ao objetivo 5, meta 5.1

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.

Com relação ao objetivo 6, meta 6.1

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.

Com relação ao objetivo 6, meta 6.2

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

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

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

Com relação ao objetivo 6, meta 6.3

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.

Com relação ao objetivo 6, meta 6.4

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.

Com relação ao atendimento odontológico:

Com relação ao objetivo 1 e meta 1.1

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 seis 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 seis a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Com relação ao objetivo 2 e meta 2.1

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

Numerador: número de crianças de seis a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Com relação ao objetivo 2 e meta 2.2

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

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

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

Com relação ao objetivo 2 e meta 2.3

Indicador 2.3. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: número de crianças de seis 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 programática.

Com relação ao objetivo 3 e meta 3.1

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.

Com relação ao objetivo 3 e meta 3.2

Indicador 3.2. Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde com a primeira consulta odontológica programática e que faltaram às consultas subseqüentes.

Numerador: número de crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subseqüentes e que foram buscadas.

Denominador: número de crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subseqüentes

Com relação ao objetivo 4 e meta 4.1

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.

Com relação ao objetivo 5 e meta 5.1

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.

Com relação ao objetivo 5 e meta 5.2

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.

Com relação ao objetivo 5 e meta 5.3

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 da intervenção

A UBS da Colônia Osório oferece o atendimento de puericultura para crianças entre zero e doze meses de idade, realizado pela equipe de enfermagem. Para aprimoramento ao atendimento das crianças, será ampliado o atendimento de puericultura de forma programática para menores de seis anos de idade, seguindo o

calendário de consultas preconizado pelo MS, exposto no Caderno de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Para uniformização do atendimento, será utilizada a ficha espelho de puericultura desenvolvida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD - da UFPel.

Para realização deste trabalho, o primeiro passo é a identificação das crianças entre zero e 72 meses de idade. As ACS realizarão o levantamento das crianças nesta faixa etária, cerca de 53 crianças. Neste cadastro há um meio de contato, para que os usuários sejam agendados para consultar a partir do dia 08 de agosto de 2014. A unidade de saúde possui agendamento de consultas com o médico da unidade para crianças às terças-feiras, mas no período de intervenção do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel – EaD, o médico pretende agendar as consultas para sextas-feiras, dia destinado ao curso de especialização. Serão marcadas seis consultas por dia, três a cada turno. O tempo estimado para que todas as consultas de cadastramento sejam realizadas é de dois meses e meio. O agendamento será realizado pela recepcionista da unidade.

A equipe de enfermagem realizará a triagem/acolhimento dos usuários, bem como as consultas subseqüentes ao cadastramento, excetuando as de zero, seis e doze meses de idade, que serão realizadas pelo médico. A dentista e o médico da unidade realizarão os atendimentos das crianças conforme a marcação de horários em suas agendas e a enfermagem possuiu dos turnos semanais destinados a este público. Durante as consultas serão seguidas as recomendações do CAB número 33. Inicialmente será deixado o familiar relatar livremente sobre as condições de saúde da criança, sendo esclarecidas suas possíveis dúvidas. Após, serão realizadas perguntas pelo médico em relação à saúde da criança, caso não tenham ainda sido abordadas: será perguntado a cerca de antecedentes patológicos, situações de vulnerabilidade, alimentação, hábitos fisiológicos como evacuação, diurese, sono, habilidades motoras, interação social, atividades lúdicas, com atenção ao tempo de televisão, brinquedos eletrônicos e sedentarismo. Durante o exame físico será realizada a aferição do peso, altura/estatura, do perímetro cefálico para crianças menores de dois anos, ausculta cardíaca, pulmonar, exame do abdome, oroscopia, otoscopia e exame ginecológico em lactentes. Será avaliado o desenvolvimento neuropsicomotor conforme constante na caderneta da criança e no CAB – saúde da criança (mesma utilizada na ficha espelho do curso EaD – UFPel) e

explicado aos pais sobre o seu significado como normal ou anormal. Por último, será solicitado às mães dos lactentes que amamente a criança para avaliação da boa pega.

Após o exame clínico, serão registrados estes dados na ficha espelho do prontuário do paciente e na caderneta da criança. O significado das curvas de crescimento será explicado aos familiares. Durante o preenchimento será revisado o calendário vacinal. Será conferido se o paciente possui o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha. Caso algum destes exames não tenha sido solicitado, será feito naquele momento, conforme indicação. Após, serão dadas explicações a cerca de alimentação saudável e implantação de sulfato ferroso (se a criança estiver na faixa etária adequada para tal suplementação). Por último serão dadas explicações sobre prevenção de acidentes.

Caso a criança possua alguma situação de vulnerabilidade, conforme exposto no CAB – saúde da criança, haverá uma identificação em sua ficha espelho, sendo destinada maior atenção por parte da equipe de saúde da unidade este usuário.

Caso a criança esteja na faixa etária de seis a 72 meses, será encaminhada para avaliação odontológica com a dentista da unidade. O turno destinado ao atendimento odontológico é quarta-feira à tarde, sendo agendadas cerca de seis consultas. O acompanhamento odontológico ocorrerá semestralmente ou em intervalo mais breve, caso o paciente necessite de tratamento odontológico. As famílias serão avisadas da periodicidade das consultas para as crianças em idade pré-escolar, tanto médica quanto odontológica.

Durante a intervenção os turnos de atendimento médico e odontológicos ficaram em dias diferentes: médico na terça-feira e odontológico na quarta-feira. Entretanto, o atendimento de puericultura pela enfermagem ocorre nas segundas-feiras e quartas-feiras. Seria conveniente que, futuramente, as consultas médicas agendadas também ocorressem nas quartas-feiras, para que as ações em saúde da criança pudessem ser realizadas concomitantemente.

A enfermagem será responsável por revisão periódica, mensal, da ação programática, para que sejam levadas dúvidas, observações ou considerações da

ação às reuniões de equipe que são realizadas na primeira quarta-feira de cada mês. Durante o projeto de intervenção, o médico ficará responsável pela revisão da ação programática.

Para capacitação da equipe serão utilizados os turnos de reuniões com os membros da equipe, que ocorre mensalmente, na primeira quarta-feira do mês (durante o período de intervenção do EaD). Após o período de intervenção, serão utilizados os turnos em que ocorrerão as revisões da ação programática (mensalmente). O dia escolhido para isto é a primeira segunda-feira do mês, pois as segundas-feiras são quando ocorrem as reuniões da enfermagem com as ACS. Considerando que a intervenção se dará em três meses, haverá três reuniões para capacitação. Os tópicos abordados nas três primeiras semanas serão:

Primeira reunião: apresentação do CAB – Saúde da Criança. Estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção. Periodicidade das consultas segundo o MS, preenchimento adequado da caderneta da criança e da ficha espelho da unidade. Uniformização da aferição do peso e altura/estatura e da pressão arterial. Segunda reunião: orientações sobre amamentação, implantação do sulfato ferroso, alimentação saudável, saúde oral, identificação de crianças com déficit ou excesso de peso. Será solicitado à dentista da unidade que explique aos membros da equipe o que deve ser avaliado quanto à saúde oral, o que rotineiramente deve ser avaliado durante uma consulta de puericultura. Terceira semana: vacinação, orientações sobre os testes do pezinho, olhinho, orelhinha e mais recentemente do coraçãozinho. Identificação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

2.3.4 Cronograma

O projeto de ampliação do atendimento de puericultura da UBS Colônia Osório terá início dia 08 de agosto de 2014, com duração prevista de doze semanas. Desde o início da intervenção as ACS cadastrarão as crianças menores de seis anos completos de idade e o mesmo será mantido durante todo o período de intervenção.

A partir do dia 08 de agosto de 2014, serão agendadas seis consultas de puericultura por semana, as sextas-feiras, dia destinado ao EaD - UFPel que o

médico da unidade utilizará para o atendimento das crianças cadastradas no projeto de intervenção (primeira consulta). A enfermagem realizará as demais consultas, excetuando a primeira consulta após o cadastramento e as de zero, seis e doze meses de idade. O tempo estimado para realização de todos os atendimentos é de dez semanas. As crianças que faltarem às consultas de puericultura serão contatadas pelas ACS na semana seguinte ao dia previsto para a consulta. A busca ativa das crianças faltantes ocorrerá durante todo tempo de intervenção do projeto. Ao término da consulta, as crianças entre 6-72 meses serão orientadas a consultar com a dentista da unidade. O monitoramento da intervenção ocorrerá semanalmente pelo médico da unidade, durante os três meses de intervenção.

Para capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de puericultura serão realizadas três reuniões que ocorrerão mensalmente, durante o tempo de intervenção do programa. Nestas reuniões serão realizadas na primeira quarta-feira de cada mês, ao final da reunião da equipe que ocorre mensalmente. Na primeira reunião será apresentado o CAB – Saúde da Criança. Será explicada a periodicidade das consultas segundo o MS, como deve ser o preenchimento adequado da caderneta da criança e da ficha espelho da unidade. Uniformizado a aferição do peso e altura/estatura e pressão arterial. Na segunda reunião serão dadas orientações sobre amamentação, implantação do sulfato ferroso, alimentação saudável, saúde oral, identificação de crianças com déficit ou excesso de peso. Será solicitado à dentista da unidade que explique aos membros da equipe o que deve ser avaliado quanto à saúde oral, o que rotineiramente deve ser avaliado durante uma consulta de puericultura. Na terceira semana serão realizadas orientações sobre vacinação, orientações sobre os testes do pezinho, olhinho, orelhinha e mais recentemente do coraçãozinho. Será explicado como realizar o teste do olhinho, e identificação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

A capacitação dos profissionais não ocorrerá nas primeiras semanas, mas sim de forma gradual durante os três meses de intervenção. Isto ocorrerá porque, durante a intervenção, quem realizará as consultas de puericultura é o médico da unidade. Entretanto, para ter continuidade o projeto, após o término do curso de especialização EaD - UFPel, a equipe de enfermagem precisa estar realizando as consultas de puericultura da mesma forma como foi realizada durante o período de

intervenção, sendo necessário, para isso, que seja padronizada a forma de atendimento.

Durante as reuniões mensais que ocorrem na unidade, na primeira quarta-feira do mês, será exposto aos representantes da comunidade o projeto de intervenção, para que incentivem os demais membros da comunidade a trazer as crianças com menos de seis anos de idade para consulta de puericultura.

Atividade	Semana												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Cadastramento das crianças entre 0 e 72 meses de idade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Busca ativa das crianças faltosas as consultas agendadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de puericultura	x				x				x				
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico das crianças	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de puericultura	x				x				x				

Figura 1 - Cronograma do projeto de Intervenção

3 Relatório da intervenção

Para uma análise clara da intervenção em puericultura realizada na UBS da Colônia Osório, após as doze semanas de atendimento, serão abordados quatro tópicos, descritos a seguir:

- 3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas durante a intervenção;
- 3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas durante a intervenção;
- 3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, no preenchimento das planilhas e no cálculo dos indicadores;
- 3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas durante a intervenção

Toda a equipe participou da intervenção na UBS da Colônia Osório, embora algumas pessoas tenham se engajado mais nesta tarefa.

Durante as doze semanas de intervenção foi realizado o cadastramento das crianças com menos de 72 meses e a busca ativa das crianças faltosas às consultas pelas ACS. O cadastramento iniciou logo no primeiro dia de intervenção. Ao final do dia de atendimento, quando alguma criança que havia sido agendada não tivesse comparecido à consulta de puericultura ou odontológica, seu nome era anotado e repassado às ACS para que investigassem junto à família daquela criança o motivo do não comparecimento à consulta, sendo oferecida uma nova data para atendimento.

O atendimento clínico das crianças era realizado semanalmente. O dia programático para o atendimento médico era a sexta-feira, mas caso alguma criança comparecesse em outro momento era atendida de modo oportunístico, em qualquer outro dia. Devido ao elevado número de crianças faltosas às consultas, a partir da

sexta semana de intervenção foi aumentado o número de crianças agendadas por turno em 33%. A partir do terceiro mês de intervenção, foi adicionado um turno extra de atendimento às crianças, também devido ao elevado número de crianças faltosas. Excetuando o primeiro atendimento das crianças após o cadastramento no programa de puericultura e as consultas dos zero, seis e doze meses, as demais eram realizadas pela equipe de enfermagem. O monitoramento da intervenção ocorreu durante as doze semanas do estudo, pelo médico da unidade, enquanto digitava as fichas de atendimento.

O atendimento odontológico ocorreu nas quartas-feiras à tarde e eram agendadas cerca de seis crianças naquele turno. O número de crianças faltosas foi importante durante a intervenção, tendo as condições climáticas contribuído para isto (chuvas intensas no inverno em Pelotas). Entretanto, nem as faltas ou o clima atrapalharam a qualidade do atendimento odontológico prestado. Todas as crianças que não necessitavam realizar tratamento dentário possuíam retorno em seis meses. As que necessitaram, tiveram suas consultas agendadas com maior brevidade

O contato com líderes da comunidade para explicação do projeto iniciou quando as ACS estavam cadastrando as crianças. Ocorreu durante as semanas de reunião junto ao conselho regional de saúde. Ocorreu, também, em vários momentos quando as secretárias da unidade referiam à população, na sala de espera, que em determinados turnos o médico e a dentista só iriam atender as crianças do projeto: neste momento era explicado sobre a importância da ação programática de puericultura. Entretanto, é difícil avaliar o quanto estas informações foram transmitidas dos líderes da comunidade para o restante da população.

A capacitação dos profissionais de saúde ocorreu em três encontros, como havia sido combinado. Entretanto, não exatamente nas semanas correspondentes. Logo o primeiro encontro foi antecipado em uma semana, pois a reunião de equipe, momento em que seria realizada a capacitação, foi antecipada em uma semana. O segundo encontro ficou prejudicado por não ter ocorrido à reunião de equipes (foi desmarcada naquele mês). Assim, parte da capacitação ocorreu em um almoço, durante a semana seguinte ao dia proposto, momento em que o médico e a equipe de enfermagem discutiram sobre os assuntos previamente programados, e parte foi

realizada junto com terceira reunião, que, também, foi antecipado para a oitava semana de intervenção, e não nona, como havia sido combinado. A dentista da unidade contribuiu de forma importante durante a terceira reunião, trazendo informações relevantes para o interesse de todos: médico, enfermagem e ACS.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas durante a intervenção

Pode-se dizer que nenhuma das ações previstas deixou de ser desenvolvida, entretanto algumas ficaram aquém da qualidade esperada.

A qualificação da prática clínica, por exemplo, ocorreu nos três meses, como previsto, mas em dias diferentes dos que inicialmente planejados. Em certos momentos a capacitação foi desmotivante, pois muitas pessoas não mostravam interesse nos assuntos debatidos.

A busca ativa das crianças faltantes foi realizada pelas ACS, mas embora suas famílias fossem contatadas, poucas trouxeram os usuários em um segundo momento. Muitas das crianças que não compareceram se deveu por acompanharem com médico da rede privada e não se mostraram interessadas em acompanhar, também, na UBS, mesmo sendo cadastradas pelas ACS.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, no preenchimento das planilhas e no cálculo dos indicadores

Uma grande dificuldade que ocorreu durante o projeto foi a lentidão com que as fichas odontológicas foram entregues ao médico da unidade para digitação. Fichas de crianças que foram atendidas no primeiro e segundo mês acabaram sendo entregues ao médico da unidade somente nas últimas semanas de intervenção. Nada que tenha prejudicado o projeto, mas atrapalhou em sua digitação e organização. Além disso, a dentista da unidade sempre foi solícita e compreensiva, ajudando a intervenção em puericultura durante toda a intervenção.

Quanto à coleta de dados, a ficha espelho de puericultura é muito clara para o seu preenchimento. Entretanto, para classificar uma criança como possuindo obesidade, obesidade grave ou magreza, é preciso que as tabelas de IMC para idade contemplem percentis com valores entre 97 e 99,9 e maiores que 99,9, bem

como entre 3 e 0,1 e menores que 0,1 e as tabelas disponibilizadas no EaD possuem somente valores entre 3 e 97%.

Alguns fatores dificultaram a coleta de dados e contribuíram para diminuição dos resultados dos indicadores. Um foi a sub-notificação nos prontuários, não permitindo saber se uma criança havia feito o teste da orelhinha e do pezinho, ou consultado na primeira semana de vida, por exemplo. Outro foi as mães que não traziam a carteira da criança, não permitindo a verificação das vacinas administradas, para saber se estavam em dia, nem permitia dizer que o registro na ficha espelho estava adequado.

Uma tabela que poderia ser anexada na ficha espelho é sobre “avaliação de risco”, uma vez que não há referência no material disponibilizado pelo EaD sobre esse assunto. Para o preenchimento deste item na ficha espelho e na planilha de coleta de dados foi utilizado os critérios utilizados no CAB número 33 – saúde da criança - avaliação da presença de risco e vulnerabilidade, página 50.

O preenchimento da planilha de coleta de dados de puericultura foi, igualmente, de fácil execução.

Quanto ao preenchimento da planilha de saúde oral, as colunas “G” e “H” são um pouco confusas. A coluna “G” classifica as crianças como C1, E ou F e a coluna “H” como D, E ou F. Parece que as classificações se sobrepõem.

Outro ponto que dificultou o preenchimento da planilha de saúde oral foi que a ficha espelho contém um campo de preenchimento para as crianças que usaram verniz fluoretado. Entretanto, a planilha de coleta de dados não faz referência que o flúor aplicado tenha que ser na forma de verniz.

Quanto aos cálculos dos indicadores, tanto de puericultura, quando da saúde oral, como foram trabalhados no projeto de intervenção, sua compreensão é agora mais simples. A visualização dos gráficos ao longo dos três meses permite deixar mais palpável o projeto de intervenção.

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

Talvez a maior dificuldade encontrada durante o projeto tenha sido a implantação das fichas espelhos à rotina do atendimento da unidade. Isto porque os

atendimentos estiveram muito centrados no médico durante a intervenção e é a equipe de enfermagem a principal responsável pela puericultura da unidade. Durante as consultas médicas eram utilizadas as fichas novas disponibilizadas pelo curso EaD da UFPel, mas durante as consultas da enfermagem, muitas vezes, eram utilizadas as fichas de puericultura que já existiam antes do projeto de intervenção. É possível que esta implantação só vá ocorrer com o exercício prático, quando elas utilizarem as fichas espelho. Será preciso mostrar como é fácil o seu preenchimento, que é um *checklist* a ser preenchido, melhorando e uniformizando o atendimento prestado.

Analisando os dados finais da intervenção, nota-se que a cobertura aproximou-se de 80%, um pouco abaixo do esperado que havia sido estabelecido de 90%. Como o projeto tem por objetivo a implantação destas rotinas de atendimento ao dia-a-dia da unidade, a ampliação da cobertura do atendimento das crianças deve ser atingida com tranquilidade no decorrer dos próximos meses.

Já houve um ponto positivo nestes três meses que foi o resgate de crianças que não consultavam na unidade deste o final do primeiro ano de vida. Além disso, houve uma sistematização das ações a serem abordadas durante as consultas de puericultura.

Muitos indicadores de qualidade não conseguiram atingir os índices de 100%. Alguns porque os fatores analisados não podiam ser modificados, uma vez que ocorreram em uma idade específica da criança, com o teste do pezinho que é realizado na primeira semana de vida. Outros porque a mãe que trouxe a criança não sabia informar ou não possuía a carteira da criança em mãos, não permitindo saber se o calendário vacinal estava em dia, por exemplo. Entretanto, muitos indicadores atingiram os índices de 100%, principalmente os referentes ao que podia ser examinado e orientado durante as consultas, naquele momento.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Entre os dias 08 de agosto e 30 de novembro de 2014 ocorreu a intervenção em puericultura na UBS da Colônia Osório para crianças entre zero e 72 meses de idade. Os resultados finais serão apresentados conforme os objetivos e metas que haviam sido estabelecidos no projeto de intervenção, sendo destacados seus aspectos quantitativos e qualitativos.

Com relação ao objetivo 1, meta 1.1, de ampliar a cobertura da atenção à saúde para 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde, tendo como indicador a proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, nota-se que a cobertura aproximou-se de 80% (79,2%), um pouco abaixo do esperado que havia sido estabelecido. A população com menos de 72 meses de idade é composta por 53 crianças. No primeiro mês consultaram 16 crianças (30,2%), nos dois primeiros meses 36 (67,9%) e nos três meses 42, totalizando, ao final da intervenção, 79,2% da população de 53 crianças.

No primeiro mês, embora 30,2% do total de crianças da área de abrangência da unidade tenham consultado na UBS, 33,3% das crianças agendadas não compareceram à unidade: 24 consultas foram marcadas, mas 16 crianças foram atendidas. Nos dois primeiros meses, 54 consultas foram agendadas, mas 36 crianças consultaram (66,6% do total), havendo uma abstenção de 33,3%. Já nos três meses 71 consultas foram agendadas, mas somente 42 compareceram (59,2% do total), havendo 40,8% de faltas ao final de três meses de intervenção. Esse elevado número de faltas às consultas se deveu por muitas crianças acompanharem com médicos da rede privada e por muitos momentos as estradas de acesso à unidade de saúde da Colônia Osório estarem em péssimas condições pelas chuvas intensas que ocorreram em Pelotas durante os meses de inverno, período em que ocorreu a intervenção.

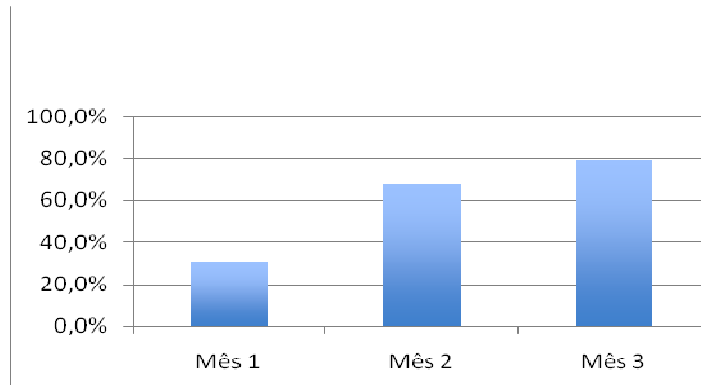


Figura 2 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde - ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS, 2015

Como o projeto tem por objetivo a implantação destas rotinas de atendimento ao dia-a-dia da unidade, a ampliação da cobertura do atendimento das crianças deve ser atingida no decorrer dos próximos meses.

Já houve um ponto positivo nestes três meses que foi o resgate de crianças que não consultavam na unidade deste o final do primeiro ano de vida. Além disso, houve uma sistematização das ações a serem abordadas durante as consultas de puericultura.

O objetivo 2, Meta 2.1, de realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, tendo como indicador a proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, teve seu indicador muito aquém do esperado: uma das 16 crianças que consultaram no primeiro mês realizou esta consulta na primeira semana de vida (6,3%). Quatro das 36 crianças que consultaram nos dois primeiros meses (11,1%) e cinco das 42 crianças que consultaram nos três meses de intervenção (11,9%), o fizeram na primeira semana de vida. Este indicador tão baixo deveu-se ao fato de que a grande maioria das crianças que participaram do projeto já não estarem nesta faixa etária e haver sub-notificação nos prontuários, não sendo possível saber a data correta de sua primeira consulta de puericultura. Durante o projeto de intervenção, nasceram duas crianças e ambas consultaram na primeira semana de vida na unidade, tendo um registro adequado no prontuário.

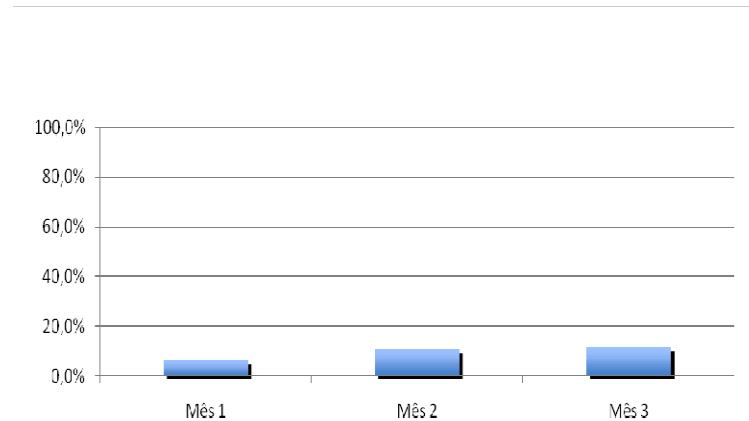


Figura 3 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida – ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, Meta 2.2, de monitorar o crescimento em 100% das crianças, tendo como indicador a proporção de crianças com monitoramento de crescimento, foi atingido, pois as 16 crianças que consultaram no primeiro mês, as 36 que consultaram nos dois primeiros meses e as 42 crianças nos três meses de intervenção tiveram suas medidas antropométricas aferidas e registradas adequadamente.

O objetivo 2, Meta 2.3, de monitorar 100% das crianças com déficit de peso, tendo como indicador a proporção de crianças com déficit de peso monitoradas, não foi considerado, pois não houve nenhuma criança classificada como possuindo baixo peso.

O objetivo 2, meta 2.4, de monitorar 100% das crianças com excesso de peso, tendo como indicador a proporção de crianças com excesso de peso monitoradas, foi atingido. Houve três crianças classificadas como tendo excesso de peso, uma consultando a cada mês, e todas elas foram cadastradas. Foram dadas longas explicações sobre os riscos que a obesidade na infância pode vir a causar e sobre alimentação saudável. Foi solicitado aos pais que trouxessem seus filhos para uma nova consulta dentro de 30 dias, mas nenhum compareceu a reconsulta, mesmo após o contato com a ACS.

O objetivo 2, meta 2.5, de monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, tendo como indicador a proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, conseguiu ser alcançado. Todas as 16 crianças que consultaram no primeiro mês, as 36 que consultaram nos dois primeiros meses e as 42 crianças

nos três meses de intervenção tiveram seu desenvolvimento avaliado. Nenhuma delas apresentou retardo no desenvolvimento neuropsicomotor.

O objetivo2, meta 2.6, de vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, tendo como indicador a proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade, não conseguiu ser atingido. Das 16 crianças atendidas no primeiro mês, treze estavam com o esquema vacinal em dia. As três que foram consideradas como estando com atraso vacinal se deveu por estavam sem a carteira de vacinação no momento da consulta. Destas três, somente uma mãe trouxe a carteira de vacinação da criança no decorrer da semana para conferição. Assim, as únicas crianças que ficaram registradas como estando com atraso vacinal foram as duas que não trouxeram a carteira de vacinação. Assim 14 das 16 crianças (87,5%) estavam com o esquema vacinal em dia.

Nos dois primeiros meses, 31 das 36 crianças que consultaram (86,1%) estavam com o esquema vacinal em dia: três crianças que consultaram no segundo mês não trouxeram a caderneta de vacinação, mas uma trouxe no decorrer do mês. Uma das crianças que trouxeram a carteira vacinal durante a consulta programática estava realmente com o esquema vacinal em atraso. Ao final dos três meses, 37 das 42 crianças atendidas (88,1%), estavam com o esquema vacinal em dia. É importante destacar que das cinco crianças consideradas como estando com atraso vacinal, quatro foram assim consideradas por não estarem com a carteira vacinal, podendo o índice de cobertura vacinal ser muito maior do que o encontrado.

Muitas crianças estavam dentro do período vacinal (ex. criança de cinco anos que poderia realizar vacina entre quatro e seis anos), sendo encaminhadas para vacina e não foram consideradas como em atraso vacinal.

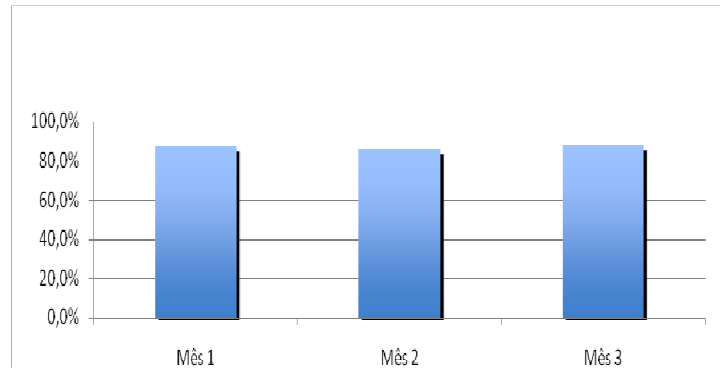


Figura 4 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com vacinação em dia para a idade – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.7, de realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, tendo como indicador a proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, conseguiu ser atingida. No primeiro mês consultaram três crianças, nos dois primeiros meses, seis crianças e ao final de três meses de intervenção consultaram oito crianças nesta faixa etária.

Uma criança que estava para completar sete meses, que foi atendida na segunda semana de intervenção, não estava usando sulfato ferroso até aquele momento porque a mãe havia perdido o vínculo com a unidade de saúde após ter mudado de residência, mas passou a usar a partir desde então. Uma criança com 17 meses, que consultou na sétima semana, estava sem o uso da suplementação desde o final do primeiro ano de vida, mas passou a usar sulfato ferroso a partir daquele momento. Assim, todas as crianças que participaram da intervenção e estavam com idade entre seis e 24 meses ficaram em uso de sulfato ferroso.

O objetivo 2, meta 2.8, de realizar triagem auditiva em 100% das crianças, que tem como indicador a proporção de crianças com triagem auditiva, ficou muito aquém do esperado.

Muitas mães não realizaram o exame por desconhecimento de sua importância, ou por ser relativamente recente, ou, ainda, por haver difícil acesso ao local de realização, uma vez que a distância entre a Colônia Osório e centro da cidade de Pelotas é de aproximadamente 35-40 quilômetros. Somente seis das 16 crianças que consultaram no primeiro mês (37,5%), 15 das 36 que consultaram nos dois primeiros meses (41,7%) e 19 das 42 que consultaram nos três meses da intervenção (45,2%), realizaram o exame.

Infelizmente, este é um indicador que só poderá ser modificado a longo prazo e não em uma intervenção de três meses. Como o exame deve ser realizado no primeiro mês de vida do paciente, crianças maiores que não realizaram o exame ficarão sem poder realizá-lo. Entretanto, a intervenção foi mais uma oportunidade para explicar para as mães sobre a importância do exame, até mesmo para uma gestação futura.

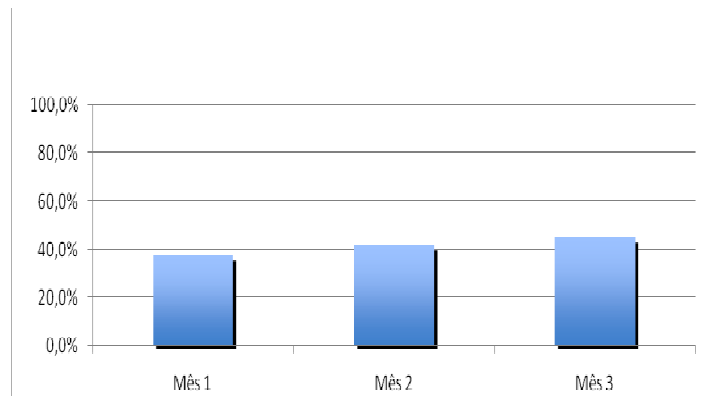


Figura 5 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com triagem auditiva – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.9, de realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, tendo como indicador a proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida, ficou, assim como a meta 2,8, aquém das expectativas.

Muitos dos motivos para não se ter atingido o objetivo de 100% são semelhantes aos citados para a meta 2,8 como data limite para realização do exame, ou o desconhecimento da população sobre o exame. Entretanto, nem a distância da UBS ao centro de Pelotas nem a alegação de que este seja um exame recente podem ser considerados motivo para a sua não realização, pois a própria UBS disponibiliza sua realização e é um exame realizado desde 1983 pela rede pública.

No primeiro mês, 11 das 16 crianças possuíam o teste do pezinho (68,8%). Nos dois primeiros meses 30 das 36 crianças (83,3%) e nos três meses 36 das 42 crianças possuíam o teste do pezinho (85,7%).

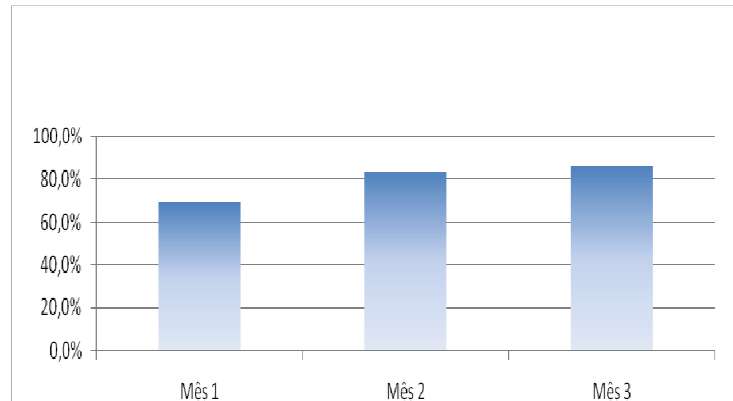


Figura 6 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida – ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.10, de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses, tendo como indicador a proporção de crianças de seis a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não conseguiu ser atingido. A população de crianças entre seis e 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade é de 47 usuários. As 13 crianças que consultaram no primeiro mês (100%) e as 31 que consultaram nos dois primeiros meses (100%) foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico. Entretanto, do total de 47 crianças nesta faixa etária, somente 36 (76,6%) consultaram nos três meses de intervenção, tendo sua saúde oral avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico, durante a consulta de puericultura.

Existia na unidade uma lista com o nome das crianças que deveriam ser cadastradas, por estarem na faixa etária do programa. Entretanto, este cadastro só era realizado quando a criança consultava na UBS. Como alguns usuários não compareceram às consultas programáticas, seus cadastros foram realizados ao final do terceiro mês de intervenção, diminuindo o indicador de qualidade de atendimento.

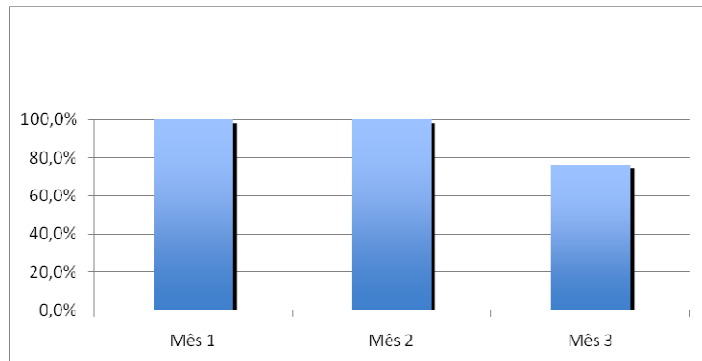


Figura 7 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico - ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.11, de realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde, tendo como Indicador a proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica programática, não conseguiu atingir o resultado desejado.

No primeiro mês, onze das 13 crianças receberam atendimento programático (84,6%). Nos dois primeiros meses, 24 das 31 crianças (77,4%) e nos três meses, 33 das 47 crianças compareceram a consulta de forma programática com a dentista da unidade (70,2%).

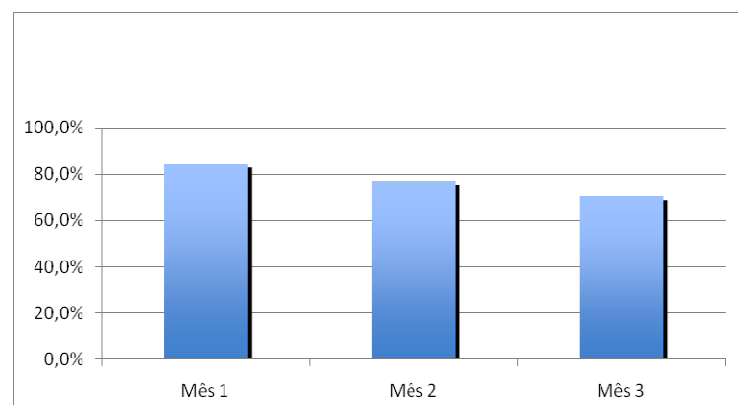


Figura 8 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 3, meta 3.1, de fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas, tendo como indicador a proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança, teve seu indicador alcançado. Sempre que uma criança não comparecia à consulta, seu nome era anotado e repassado às ACS para que investigassem junto à família daquela criança o motivo do não

comparecimento à consulta, sendo convidadas a comparecer em uma consulta reagendada. Houve caso de crianças que faltaram mais de uma vez as consultas agendadas. As agentes de saúde foram sempre solícitas e compreensivas, auxiliando bastante no desempenho do projeto, sempre se empenhando em realizar a busca ativa das crianças faltantes.

O objetivo 4, meta 4.1, de manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, tendo como indicador a proporção de crianças com registro atualizado, não conseguiu ser totalmente alcançado por muitos familiares não trazerem as carteiras de saúde da criança quando seus filhos consultaram, principalmente crianças com mais de dois anos de vida, quando a frequência da vacinação diminui.

No primeiro mês, 14 das 16 crianças atendidas estavam com o registro atualizado (87,5%). As duas que não estavam foi porque não trouxeram a carteira de vacinação. Percebe-se, assim, que foram as mesmas que foram consideradas com esquema vacinal incompleto na meta 2.6.

Nos dois primeiros meses, 32 das 36 crianças que consultaram ficaram com o registro adequado (88,9%). As quatro que ficaram com o registro incompleto se deveu por não possuírem a carteira de saúde da criança durante a consulta.

No final dos três meses de intervenção 38 das 42 crianças (90,5%) estavam com o registro atualizado. No terceiro mês, todas as crianças que consultaram possuíam suas cadernetas da criança, ficando com o registro completo e atualizado.

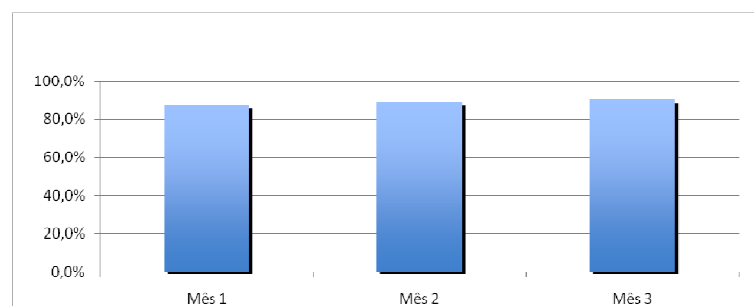


Figura 9 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com registro atualizado – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 5, meta 5.1, de realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, tendo como indicador a proporção de crianças com avaliação de risco, foi totalmente alcançado. Todas as crianças que

consultaram tiveram sua avaliação de risco realizada segundo os critérios expostos no CAB número 33 - Saúde da Criança - em suas páginas 50 e 51.

O objetivo 6, meta 6.1, de dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, tendo como indicador a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, conseguiu ser totalmente atingido. Todos os familiares eram informados sobre prevenção de acidentes conforme as faixas etárias de seus filhos, segundo as recomendações disponibilizadas no CAB número 33, páginas 190-192.

O objetivo 6, meta 6.2, de colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, tendo como indicador o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, ficou muito abaixo do esperado.

Além de a maioria das crianças atendidas não estar em sua primeira semana de vida durante a intervenção, não havia registro no prontuário se haviam sido colocadas para mamar em sua primeira de vida. Logo, as crianças que sabidamente haviam sido colocadas para mamar durante a consulta e/ou havia registro, eram aquelas que haviam consultado ainda este ano.

Isto se deu em cinco das 16 crianças que consultaram no primeiro mês (31,3%), oito das 36 que consultaram nos primeiros dois meses (22,2%) e dez das 42 que consultaram nos três meses de intervenção (23,8%).

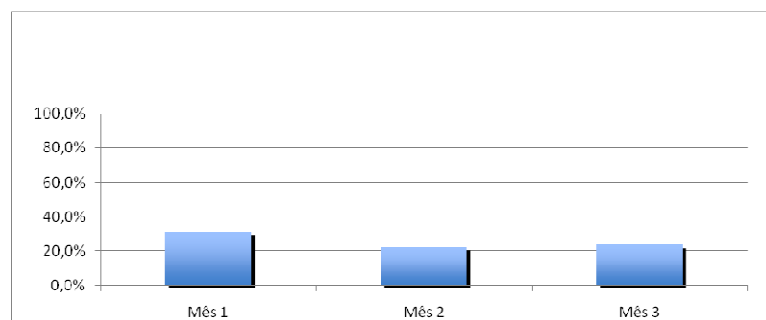


Figura 10 - Evolução mensal do indicador de número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 6, meta 6.3, de fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, tendo como indicador a proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, foi atingido, pois todas as crianças que consultaram durante os três meses de

intervenção receberam informações condizentes com suas faixas etárias sobre alimentação complementar.

O objetivo 6, meta 6.4, de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária, tendo como indicador a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária, foi alcançado pois todos familiares que levavam as crianças para consulta receberam orientações sobre saúde oral.

Com relação à saúde bucal, os resultados finais também serão apresentados conforme os objetivos e metas que haviam sido estabelecidos no projeto de intervenção, sendo destacados seus aspectos quantitativos e qualitativos.

O objetivo 1, meta 1.1, de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 90% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática, conseguiu ser parcialmente atingido. De um total de 47 crianças cadastradas com idade entre seis e 72 meses, onze consultaram no primeiro mês (23,4%), 24 nos dois primeiros meses (51,1%) e 33 de 47 ao final dos três meses de intervenção (70,2%).

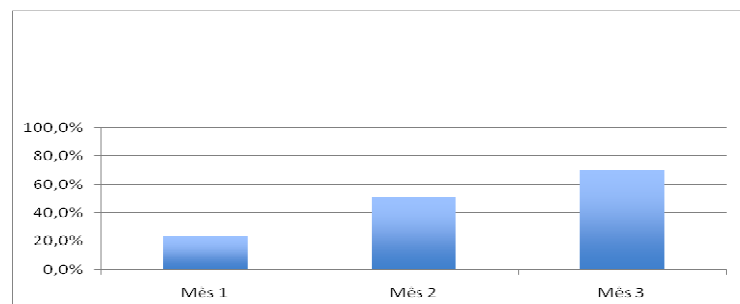


Figura 11 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS 2015

O objetivo 2, meta 2.1, de 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, tendo como Indicador a proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, evidenciou que das 11 crianças atendidas no primeiro mês, nenhuma necessitava de atendimento odontológico

(0%). Das 24 que consultaram nos dois primeiros meses, quatro necessitaram de atendimento odontológico (16,7%) e sete das 33 que consultaram nos três meses de intervenção necessitaram de atendimento odontológico (21,2%).

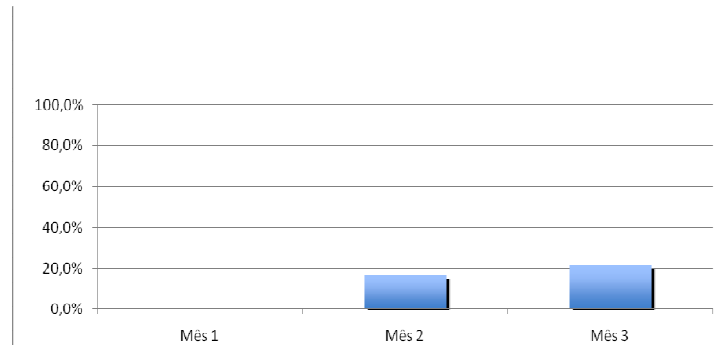


Figura 12 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.2, de realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico, tendo como indicador a proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática conseguiu ser atingido.

Todas as crianças que necessitaram de tratamento odontológico: as quatro do segundo mês e as sete que consultaram nos três meses de intervenção, realizaram consulta programática e receberam fluorterapia.

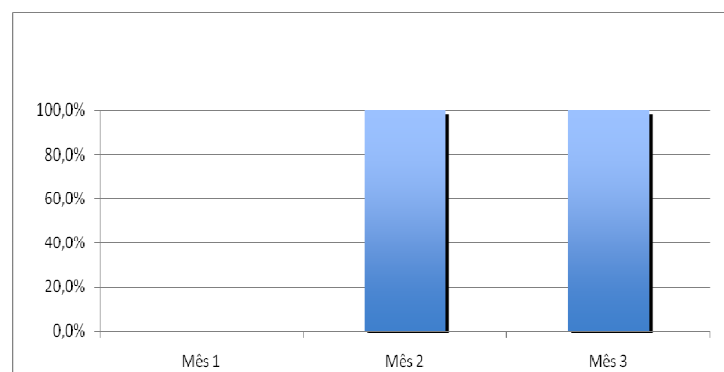


Figura 13 - Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico e que realizaram a primeira consulta programática e fluorterapia – ESF da Colônia Osório. Pelotas, RS, 2015

O objetivo 2, meta 2.3, de concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, tendo como indicador a

proporção de crianças com tratamento dentário concluído conseguiu ser atingido. Todas as crianças que não necessitavam tratamento odontológico foram consideradas como se estivessem com o tratamento concluído. As crianças que necessitavam realizar algum tratamento complementar, expostas no objetivo 2, meta 2.1, que foram quatro no segundo mês e três no terceiro mês, tiveram seu tratamento concluído até o término da intervenção.

O objetivo 3, meta 3.1, de realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram, tendo como indicador a proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e que faltaram, foi alcançado.

Todas as crianças que faltaram à primeira consulta programática tiveram seus nomes anotados e foram investigadas pelas ACS, junto às suas famílias, sobre os motivos do não comparecimento às consultas. Era, então, orientado às famílias que trouxessem as crianças para uma nova consulta em um segundo momento, conforme re-agendamento.

Eram agendadas seis consultas por semana, assim no primeiro mês 54.1% das crianças agendadas não compareceram à unidade: 24 consultas foram marcadas, mas 11 crianças foram atendidas. Nos dois primeiros meses, 48 consultas foram agendadas, mas 24 crianças consultaram (50% do total). Já nos três meses 72 consultas foram agendadas, mas somente 33 compareceram (45,8% do total), havendo 54,1% de faltas ao final de três meses de intervenção. A busca ativa foi realizada em todas as crianças faltantes.

O objetivo 3, meta 3.2, de fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas subseqüentes, tendo como indicador a proporção de buscas realizadas às crianças moradores da área de abrangência da unidade de saúde que faltaram às consultas subseqüentes à primeira, conseguiu ser atingido.

No primeiro mês de intervenção, nenhuma das crianças que consultou necessitava de atendimento odontológico. Das quatro crianças que necessitavam de tratamento odontológico no segundo mês, nenhuma faltou às consultas

programáticas. Ao final de três meses de intervenção, das sete crianças que necessitavam de tratamento, uma faltou à consulta subsequente a primeira consulta odontológica programática, sendo realizada sua busca ativa. A criança teve seu nome anotado e foi solicitado que a ACS responsável pela microárea desse usuário investigasse junto à família o motivo do não comparecimento, sendo orientado que a trouxesse para consulta em um segundo momento, conforme re-agendamento.

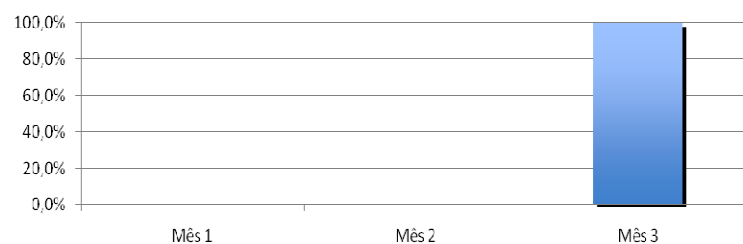


Figura 14 - Evolução mensal do indicador de proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde – ESF da Colônia Osório, Pelotas, RS, 2015

O objetivo 4, meta 4.1, de manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, tendo como indicador a proporção de crianças com registro atualizado, conseguiu ser alcançado. Todos os 11 pacientes do primeiro mês, os 24 dos dois primeiros meses e os 33 dos três meses de intervenção, tiveram seus prontuários atualizados.

O objetivo 5, meta 5.1, de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, tendo como indicador a proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal, foi atingido plenamente, pois todos os 11 pacientes do primeiro mês, os 24 dos dois primeiros meses e os 33 dos três meses de intervenção receberam orientações sobre higiene oral condizente com sua faixa etária.

O objetivo 5, meta 5.2, de fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, tendo como indicador a proporção de crianças com orientações nutricionais, foi atingido plenamente, pois todos os 11 pacientes do primeiro mês, os 24 dos dois primeiros meses e os 33 dos três meses de intervenção receberam orientações sobre alimentação nutricional condizente com suas faixas etárias.

O objetivo 5, meta 5.3, de 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, tendo como indicador a proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, foi atingido plenamente pois todos os 11 pacientes do primeiro mês, os 24 dos dois primeiros meses e os 33 dos três meses de intervenção receberam orientações sobre sucção e oclusopatias.

4.2 Discussão

Analisando os dados finais da intervenção, nota-se que a cobertura aproximou-se de 80%, um pouco abaixo do esperado que havia sido estabelecido de 90%. Como o projeto tem por objetivo a implantação destas rotinas de atendimento ao dia-a-dia da unidade, a ampliação da cobertura do atendimento das crianças deve ser alcançada no decorrer dos próximos meses.

Um ponto positivo nestes três meses foi o resgate de crianças que não consultavam na unidade deste o final do primeiro ano de vida, pois antes do início do projeto as consultas de puericultura eram realizadas mensalmente para as crianças com menos de um ano de idade. Além disso, houve uma sistematização das ações a serem abordadas durante as consultas de puericultura.

Muitos indicadores de qualidade não conseguiram atingir os índices de 100%. Alguns porque os fatores analisados não podiam ser modificados, uma vez que ocorreram em uma idade específica da criança, como o teste do pezinho, que é realizado na primeira semana de vida. Outros porque o familiar que trouxe a criança não sabia informar ou não possuía a carteira da criança em mãos, não permitindo afirmar que estivesse com o calendário vacinal em dia, por exemplo. Entretanto, muitos indicadores atingiram os índices de 100%, principalmente os referentes ao que podia ser examinado e orientado durante as consultas, naquele momento, como prevenção de acidentes, alimentação saudável e higiene oral.

Um estudo analisando dados relativos a 144 países estimou, para o ano de 2010, 43 milhões de crianças com sobrepeso e obesidade, sendo que, destes, 35 milhões encontravam-se nos países em desenvolvimento, com uma evolução de

4,2% em 1990 para 6,7% em 2010 (SCHUCH et al, 2012). A intervenção realizada na Colônia Osório encontrou dados semelhantes, pois três das 42 crianças atendidas (7,14%) apresentavam excesso de peso.

O levantamento epidemiológico nacional realizado em 2003 – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População – mostrou uma tendência à redução da prevalência da cárie aos 12 anos de idade, porém nas crianças de zero a seis anos revela que a experiência de cárie na dentição decídua não mostrou redução nos índices, quando comparado a dados anteriores. Este levantamento evidenciou que 40,6% das crianças entre cinco e seis anos estavam livres de cárie dentária (RIGO et al, 2009). O índice de cárie dentária dentre as crianças entre cinco e seis anos avaliadas na UBS da Colônia Osório é menor que da média nacional. Das 33 crianças com idade entre seis e 72 meses atendidas pela dentista da unidade durante os três meses de intervenção, sete (21,1%) necessitavam de atendimento odontológico. Das 33 crianças atendidas, seis possuíam mais de cinco anos de idade, entre 60 e 72 meses (18,2%), e 27 possuíam menos de cinco anos (81,8%). Das seis crianças com mais de cinco anos, duas necessitavam de atendimento odontológico (33,3%), enquanto das 27 menores de cinco anos, cinco necessitavam de atendimento odontológico (18,5%).

A intervenção em puericultura proporcionou a qualificação da prática clínica dos membros da equipe através de discussões mensais embasadas nas recomendações do Ministério da Saúde, expressas no CAB – saúde da criança. Dentre as ações discutidas estavam a uniformização da aferição do peso e estatura, amamentação, suplementação de sulfato ferroso, alimentação complementar, higiene oral, identificação de crianças com excesso e deficiência de peso, vacinação, teste do pezinho e da orelhinha e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

A intervenção proporcionou uma maior proximidade entre os integrantes da equipe, pois antes as crianças eram atendidas principalmente pela equipe de enfermagem e durante a intervenção passou a ser vista, também, pelo médico e dentista da unidade. Além disso, houve uma maior aproximação do médico e da dentista com as ACS, que eram as responsáveis pela mediação entre os membros da equipe de saúde e a comunidade.

Ao término da intervenção, o médico da unidade permanecerá realizando as consultas das crianças com zero mês, seis meses e um ano de idade, além de avaliação de toda e qualquer alteração ou dúvida que a equipe de enfermagem encontrar durante suas consultas.

A equipe de enfermagem será responsável pela grande parte das consultas de puericultura, assim como vinha realizando, excetuando as de zero, seis e doze meses, que serão realizadas pelo médico da unidade. A periodicidade das consultas será a preconizada pelo MS.

A dentista da unidade fará acompanhamento semestral das crianças cadastradas, atividade que não vinha sendo realizado de modo programático até então, e sempre que alguma intercorrência vier a ocorrer.

As ACS serão responsáveis por cadastrar e informar aos demais membros da equipe de saúde se alguma criança entre zero e 72 meses passar a residir na área de abrangência da UBS. As agentes foram e estão sendo capacitadas para falar sobre amamentação, alimentação saudável, higiene oral, vacinações de modo oportunístico quando em contato com as famílias que tiverem alguma criança na faixa etária 2 meses.

Outra modificação importante que ocorreu no serviço foi a sistematização do atendimento de puericultura. A utilização da ficha espelho funcionou como um guia a ser percorrido durante o atendimento, permitindo que itens não fossem esquecidos durante o atendimento, melhorando o registro e otimizando o tempo das consultas.

A importância do programa de puericultura para a comunidade já pode ser percebida pelo resgate de muitos usuários que não vinham acompanhando na UBS desde o final dos seus primeiros anos de vida. A puericultura, por atender crianças desde o seu nascimento, é por excelência um método de prevenção em saúde logo, esse resgate sistemático dos pacientes está permitindo que agravos sejam evitados e/ou diagnosticados precocemente, promovendo saúde na comunidade.

Grande número de informações foram passadas para comunidade a respeito de alimentação saudável, higiene oral, vacinação, prevenção de acidentes, importância de métodos de rastreio como teste do pezinho e da orelhinha.

Houve, também, uma valorização da própria UBS, pois a demonstração de interesse por parte da equipe de saúde com os membros das famílias que não apresentavam patologias (as crianças) reforça a função de Equipe de Saúde da Família de prevenção em saúde.

Para a intervenção ter sido melhor, e caso ela estivesse iniciando agora, seria marcado um maior número de consultas por turno de atendimento, haja vista o excessivo número de faltas que ocorreram durante os três meses de atendimento.

Seria solicitado às ACS que registrassem quais crianças acompanham na rede privada e quando foi sua última consulta de puericultura. Caso as crianças que faltassem não fizessem acompanhamento na rede privada e/ou estivessem em atraso com a consulta de puericultura segundo a periodicidade recomendada pelo MS, seria realizada uma visita domiciliar para avaliação da criança. Mesmo acompanhando na rede privada, é fundamenta que estas crianças sejam, também, acompanhadas pela equipe de saúde da unidade, podendo até ser com uma periodicidade menor do que as demais crianças

Teria sido estimulado que a equipe de enfermagem utilizasse as fichas espelho desde o início da intervenção, durante suas consultas com as crianças, para maior familiarização com as tabelas. Será importante a realização uma ou mais reuniões para discutir as dificuldades na implementação das fichas espelhos, e possíveis dúvidas no seu preenchimento.

Poderia ter sido criado um grupo de convivência mensal de mães para que fossem realizadas trocas de experiências entre elas sobre os cuidados com as crianças e para que fosse um local para expor medidas de saúde coletiva pela equipe de saúde.

Para a incorporação das atividades à rotina da unidade será necessário algum ajuste na rotina de atendimento do médico. Durante a intervenção, o médico da unidade possuía três turnos específicos para atendimentos das crianças menores de seis anos de idade, enquanto antes do projeto de intervenção, possuía somente um turno destinado a população menor de um ano de idade. A redução do número de turnos de atendimentos não chegará a constituir um problema para a UBS, uma vez que será acompanhado da redução do número de consultas de puericultura,

pois não serão atendidas todas as crianças da Colônia Osório em um curto espaço de tempo, assim como ocorreu durante a intervenção. A enfermagem permanecerá com dois turnos para atendimento de puericultura, segundas e quartas-feiras, assim como o vinha fazendo antes mesmo da intervenção. Seria interessante que o dia de atendimento de puericultura pelo médico também fosse na quarta-feira, para que toda a ação programática ficasse concentrada no mesmo dia, uma vez que o atendimento odontológico das crianças também é quarta-feira.

As fichas de atendimento estão impressas e disponíveis para serem utilizadas durante as consultas de puericultura da unidade. Além disso, tanto o médico como a enfermeira, como a dentista da unidade possuem estes arquivos em formato digital para a impressão, sempre que necessário. Sua utilização é fácil, quase auto-explicativa, mas é necessário treinamento prático para sua correta utilização. Entretanto, algumas vezes ainda estão sendo utilizadas as fichas antigas de puericultura que a unidade de saúde possui, possivelmente por parecer mais fácil a utilização de uma ferramenta que já se conhece seu uso ou invés de um instrumento novo.

Para melhoria da ação programática, poderia ser implantada a aferição da Pressão Arterial de todas as crianças atendidas, com periodicidade recomendada pelo MS.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a prevalência nacional de hipertensão arterial sistêmica na população adulta varia de 22,3% a 43,9%. Embora a maior parte dos diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica seja firmada em pacientes com idade avançada, existem evidências de que a doença tem seu início na infância ou na adolescência. A pressão arterial elevada na infância é fator preditor de hipertensão arterial na vida adulta; portanto, o aumento da doença na infância pode significar o aumento de HAS nos adultos. No Brasil, não existem dados de inquéritos epidemiológicos referentes à prevalência desse agravo na infância e adolescência que cubram todo o território nacional. Contudo, estudos pontuais em diversas regiões do país têm mostrado altas prevalências de hipertensão, oscilando entre 2,5% a 44,7%. Essa ampla variação pode decorrer, sobretudo, das diferentes metodologias empregadas, em especial no que diz respeito aos pontos de corte adotados e ao número de aferições da pressão realizada durante o atendimento. (PINTO et al, 2011, p. 1065).

Logo, a inclusão da aferição da pressão arterial nas consultas de puericultura seria fundamental para diagnóstico precoce dessa patologia e a instituição de medidas apropriadas para redução desta comorbidade na idade adulta.

Poderia ser implantado o rastreio da acuidade visual conforme a recomendação do MS, para que todas as crianças fossem avaliadas antes de ingressarem na escola. Poderia haver local de registro do teste do coraçãozinho, disponível na rede pública a partir de 2014.

Outra medida para melhoria do programa de puericultura seria a incorporação, nas fichas espelho, de uma tabela contendo os critérios de vulnerabilidade das crianças, que as permitam classificar como estando em risco.

Além disso, para melhoria do programa de puericultura deve ser mantida, ao término da intervenção, a qualificação da prática clínica com a discussão de tópicos abordados no Caderno de Atenção básica - Saúde da Criança.

No que diz respeito às outras ações programáticas, pode-se dizer que: quanto à saúde da gestante e da puérpera a unidade utiliza as fichas de registro disponibilizadas pela SMS e, como base para a rotina de atendimento, o manual do pré-natal de baixo risco do MS, 2006. Isto torna o acompanhamento da gestante adequado, pois segue o recomendado pelo MS.

Quanto à saúde do Idoso, este foi o projeto de intervenção realizado na unidade no ano de 2013, por um ex-aluno do EaD da UFPel.

Quanto à saúde dos hipertensos e diabéticos, a unidade realiza grupos de pacientes com estas patologias para aferição da PA e para ministrar orientações relevantes a esta população. Disponibiliza, semanalmente, um turno de atendimento exclusivo para estes pacientes, além de consultas por demanda espontânea nos demais turnos. Entretanto, não se pode dizer que haja uma ação programática para os pacientes com essas patologias, pois não há uma sistematização em seu atendimento nem uma periodicidade de consultas para seus integrantes.

Por fim, quanto à saúde da mulher, realizada pela enfermeira da unidade, necessita de um registro mais adequado nos prontuários e de uma sistematização no seu atendimento. Atualmente não é possível saber quantas mamografias foram solicitadas no último ano ou quais mulheres estão com exame de pré-câncer atrasado.

4.3 Relatório de Intervenção para os Gestores

Prezado Senhor Gestor Municipal

Venho por meio deste expor as melhorias ocorridas no programa de puericultura em uma UBS do município de Pelotas.

Meu nome é Fernando da Silveira, médico, participante do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB. Durante o ano de 2014 trabalhei na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Colônia Osório, zona rural do município de Pelotas.

Uma das atividades do PROVAB, além do atendimento na UBS, era a participação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade de Ensino a Distância - EaD - da Universidade Federal de Pelotas. A especialização ocorreu durante todo ano de 2014 e foi composta de várias unidades. Uma das atividades desenvolvidas no curso foi realização de um projeto de intervenção para melhoria no atendimento a um determinado grupo de risco. O grupo escolhido foram as crianças em idade pré-escolar.

Antes do projeto de intervenção, a puericultura na unidade era realizada para crianças com menos de um ano de idade e era feita quase exclusivamente pelo serviço de enfermagem. Havia sub-notificação nos prontuários, não permitindo avaliar as orientações fornecidas durante as consultas nem quais exames de rastreio haviam sido solicitados. Não havia na unidade levantamento de quantas crianças com menos de seis anos estavam morando em área adscritas à UBS.

Assim, durante a intervenção foram cadastradas todas as crianças menores de 72 meses de idade e ampliado o atendimento de forma programática para todas as crianças nesta faixa etária. Elas passaram a ser acompanhadas pelo médico, pela dentista e, também, pela enfermeira da unidade. Durante a intervenção todas as crianças com déficit e excesso de peso foram monitoradas. Todas foram avaliadas quanto a situações de risco e vulnerabilidade e receberam orientações quanto à prevenção de acidentes. Todas tiveram seu desenvolvimento neuropsicomotor avaliado e receberam orientações sobre alimentação saudável e higiene oral. Ao término da intervenção, todas as crianças entre seis e 24 meses

estavam em uso de sulfato ferroso. Foi realizada busca ativa para todas as crianças que faltaram à consulta médica ou odontológica.

A cobertura aproximou-se de 80%, um pouco abaixo do esperado que havia sido estabelecido de 90%. Como o projeto tem por objetivo a implantação destas rotinas de atendimento ao dia-a-dia da unidade, a ampliação da cobertura do atendimento das crianças deve ser atingida no decorrer dos próximos meses.

Alguns indicadores de qualidade não conseguiram atingir os índices de 100%. Alguns porque os fatores analisados não podiam ser modificados, uma vez que ocorreram em uma idade específica da criança, com primeira semana de vida (teste do pezinho e da orelhinha, por exemplo). Outros porque a mãe que trouxe a criança não sabia informar ou não possuía a carteira da criança em mãos (não sendo possível saber se a crianças estava com o esquema vacinal completo, por exemplo). Entretanto, muitos indicadores atingiram os índices de 100%, principalmente os referentes ao que podia ser examinado e orientado durante as consultas, naquele momento.

O programa foi importante para a comunidade, para os membros da equipe de saúde e para a própria UBS. Para a comunidade porque houve um resgate de muitos usuários que não vinham acompanhando na UBS desde o final dos seus primeiros anos de vida. Para os membros da equipe porque proporcionou uma qualificação da prática clínica através de discussões mensais embasadas nas recomendações do Ministério da Saúde, expressas no Caderno de Atenção Básica – saúde da criança. Para a própria UBS, pois a demonstração de interesse por parte da equipe de saúde com os membros das famílias que não apresentavam patologias (as crianças) reforça a função de Equipe de Saúde da Família de prevenção em saúde.

Houve uma sistematização do atendimento de puericultura. A utilização da ficha espelho, disponibilizada pelo curso de especialização EaD, funcionou como um guia a ser percorrido durante o atendimento, permitindo que itens não fossem esquecidos durante o atendimento, melhorando o registro e otimizando o tempo das consultas.

Entretanto, senhor gestor, não podemos deixar de lado o grande número de limitações que a unidade de saúde possui, tanto em sua estrutura física, quanto na carência de materiais e medicamentos. Como foi construída há mais de 25 anos, possui estrutura física inadequada para atender idosos ou deficientes (não possui rampa de acesso, banheiro com apoio ou corredores amplos) e inadequada, também, para controle de resíduos biológicos (não possui sala de descontaminação de materiais, de expurgo e abrigo de lixo não contaminado). Possui falta de medicamentos básicos como amoxicilina solução pediátrica e cefalexina. Não é incomum faltar, até mesmo, papel toalha para secar as mãos.

Percebe-se que o projeto trouxe benefício para a equipe de saúde, para a unidade de saúde e principalmente para a população. Mesmo estando localizada em uma região rural, as condutas que nela são tomadas em nada diferem das de outras unidades localizadas no centro da cidade de Pelotas, pois estão embasadas nos protocolos disponibilizados pelo MS. O curso de especialização em saúde da família, através do projeto de intervenção, proporcionou esta uniformização. Espera-se, assim, que ao término do projeto as mudanças ocorridas continuem a ser implantadas e, até mesmo, que outros projetos sejam iniciados com o auxílio do curso de especialização em saúde da família da UFPel. Espera-se, também, que o senhor entenda as necessidades que a unidade possui e possa contribuir para suprir essas necessidades físicas e de matérias.

Atenciosamente

MD Fernando da Silveira

4.4 Relatório para a comunidade da Colônia Osório

Prezada comunidade da Colônia Osório.

Venho por meio deste documento expor a tentativa de melhoria no atendimento das crianças menores de seis anos de idade ocorrida na Unidade Básica de Saúde da Colônia Osório no ano de 2014.

Iniciei as atividades de atendimento nesta comunidade em março de 2014. Durante o ano foi realizado um projeto, juntamente com toda a equipe de saúde, para melhoria do atendimento de crianças na idade pré-escolar, entre zero e 72

meses de idade (menores de 6 anos completos). No início do ano foi analisado como era realizado esse atendimento e o que poderia ser modificado.

Antes da intervenção, o atendimento de puericultura era realizado para menores de um ano de idade e era feito quase exclusivamente pelo serviço de enfermagem. Havia muitos prontuários incompletos, não permitindo avaliar as orientações fornecidas durante as consultas, nem os exames que haviam sido feitos. Não havia levantamento de quantas crianças pré-escolares havia na comunidade.

A intervenção durou três meses e durante esse período o médico realizou o primeiro atendimento para crianças nesta faixa etária às sextas-feiras pela manhã e a tarde e na terça-feira na parte da tarde. Os demais atendimentos das crianças eram realizados pela equipe de enfermagem.

Como resultados desta intervenção, foram conseguidas as seguintes melhorias:

- Foram cadastradas todas as crianças menores de 72 meses de idade e foi ampliado o atendimento rotineiro para todas as crianças nesta faixa etária.
- As crianças passaram a ser acompanhadas pelo médico, pela dentista e, também, pela enfermeira da unidade.
- Todas as crianças com baixo peso e excesso de peso foram monitoradas.
- Todas as crianças tiveram seu desenvolvimento neurológico avaliado.
- Todas as crianças foram avaliadas quanto a situações de risco e vulnerabilidade.
- Todas receberam orientações quanto à prevenção de acidentes.
- Todas as crianças receberam orientações sobre alimentação saudável e higiene oral.
- Ao término da intervenção, todas as crianças entre seis e 24 meses estavam em uso de sulfato ferroso.
- Foi realizada busca ativa para todas as crianças que faltaram à consulta médica e/ou odontológica.
- A intervenção em puericultura proporcionou uma maior proximidade entre os integrantes da equipe.

- Foram realizadas atividades de estudo entre os integrantes da equipe de saúde para melhorar o atendimento prestado e atualização da equipe com as recomendações do Ministério da Saúde.
- Foi adotada uma nova ficha de registro de atendimento que permitiu ser um guia a ser percorrido durante o atendimento, evitando que itens fossem esquecidos, melhorando o registro e otimizando o tempo das consultas.
- E o mais importante, houve um resgate de muitos usuários que não vinham acompanhando na UBS desde o final dos seus primeiros anos de vida.

Embora tenha diminuído, temporariamente, o número de turnos para atendimento ao público externo durante esses três meses, pode-se dizer que houve uma ampliação no número de pessoas atendidas na UBS, uma vez que usuários que não compareciam a unidade há muitos anos voltaram a consultar. Houve uma qualificação no atendimento prestado. Houve uma melhoria no registro dos prontuários. E, por fim, uma grande melhoria foi a visão multiprofissional que as crianças passaram a receber, sendo atendidas tanto pelo médico, dentista e enfermeira da unidade.

Assim, após três meses do início do projeto de intervenção e com a chegada do fim ano, espero que o contratempo das modificações na agenda de atendimento tenha valido a pena, que as mudanças nos atendimentos possam ser inseridas na rotina de atendimento da unidade.

Espero que com esta melhoria no atendimento de nossas crianças possa retribuir o carinho que tenho recebido dos meus pacientes durante esta minha curta passada pela UBS da Colônia Osório.

Atenciosamente

MD Fernando da Silveira

5 Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel – EaD proporcionou, ao longo das suas unidades, uma maneira de avaliar criticamente a unidade de saúde em que atuamos e o que poderia ser feito para melhorar nosso processo de trabalho. Conseguiu conciliar atividades teóricas e práticas, de modo a trazer para dentro da UBS os conhecimentos adquiridos ao longo de suas atividades reflexivas e de seus estudos clínicos.

Através da identificação dos principais grupos de riscos: hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, mulheres e crianças, e do estudo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde a ser realizado como medidas preventivas, foi implantada na rotina de atendimento da UBS uma ficha para padronização do atendimento de um desses grupos vulneráveis. No caso da Colônia Osório, foi desenvolvida uma ficha de fácil preenchimento e abrangente contendo os tópicos que deveriam ser abordados em todas as consultas de puericultura, para crianças entre zero e 72 meses de idade.

Os casos clínicos interativos disponibilizados na plataforma virtual do curso são excelentes. Os assuntos abordados são prevalentes e práticos, muito parecidos com a realidade brasileira, possibilitando que os conhecimentos adquiridos sejam utilizados no dia-a-dia da unidade. Os Estudos de Prática Clínica são ótimos, permitindo um enfoque mais profundo sobre os temas que o aluno apresenta maior dificuldade.

Minhas expectativas iniciais foram amplamente correspondidas. Inicialmente fiquei um pouco receoso de realizar uma especialização à distância, pois imaginei que pudesse ficar desassistido, ou que houvesse pouca cobrança por parte da equipe supervisora, ou que o curso fosse eminentemente teórico. Entretanto, durante o curso esses medos foram superados. Com o sistema de entrega de relatórios semanais, com prazos curtos para as realizações de tarefas e a exigência da análise de textos, muitas vezes, complexos, as leituras foram constantes para evitar retrabalho. O diálogo contínuo com o orientador no DOE e com os demais

alunos nos fóruns proporcionou uma proximidade enorme entre alunos e orientadores. Muitas atividades solicitadas, ao longo de todo o curso de especialização, exigiram exercícios dentro da UBS, o que tornou o curso bastante prático.

Pode-se dizer que os principais conhecimentos adquiridos com o curso foram: primeiro – o médico de família deve deter um conhecimento amplo e profundo, para que consiga ser resolutivo em seu âmbito de trabalho. Segundo – o médico de família deve conhecer profundamente a realidade da comunidade onde atua, para que possa atender e entender seus pacientes num contexto biopsicossocial. Terceiro – muitas atividades desenvolvidas nas UBS estão distantes do que seria o esperado ou recomendado pelo MS, sendo necessária uma atualização contínua por parte da equipe de saúde, para que possa oferecer um atendimento de qualidade.

Bibliografia

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010. IBGE**. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 04 de janeiro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** – Série Cadernos de atenção Básica nº 11. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012

BRASIL. Portaria Nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, sessão 1 p. 71. Brasília, 29 de dezembro de 2010

FREITAS, Andrea Lopes Soares. **Melhoria da Atenção à Puericultura na Unidade de Saúde Bom Jesus no município de Pelotas, RS**. 2013. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013

SCHUCH I.; CASTRO T. G.; VASCONCELOS F. A. G.; DUTRA C. L. C.; GOLDANI M. Z.. Excesso de peso em crianças de pré-escolas: prevalência e fatores associados. **Jornal de Pediatria** – Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro. 2013;89(2):179–188

RIGO L.; SOUZA E. A.; CALDAS JR A. F. Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das águas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 9 (4): 435-442, out. / dez., 2009

PINTO S. L.; SILVA R. C. R.; PRIORE S. E.; ASSIS A. M. O.; PINTO E. J. Prevalência de Pré-hipertensão e hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6):1065-1076, jun, 2011

SIQUEIRA F. C. V.; FACCHINI L. A.; SILVEIRA D. S.; PICCINI R. X.; THUMÉ E.; TOMASI E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):39-44, 2009

Anexos

ANEXO C: Ficha Espelho - Saúde Bucal dos pré-escolares



SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

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

Consulta odontológica na UBS	
Data	
Idade (meses)	
Avaliação clínica individual (ver quadro)	
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)	
Lábios e mucosas (normal/alterado)	
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)	
Língua (normal/alterada)	
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)	
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)	
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)	
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)	
Caracterização das consultas (ver quadro)	
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)	
Urgência odontológica (sim/não)	
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)	
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)	
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento	
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)	
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)	
Tratamento odontológico concluído (sim/não)	
Data prevista da consulta de retorno	
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)	
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)	
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)	
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)	
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)	
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)	
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)	
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)	
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)	
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)	
Assinatura do profissional	

ANEXO D: Avaliação do desenvolvimento

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e prensão reflexa. Reflexos: • Apoio plantar, sucção e prensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Prensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obliquo pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: prensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto". A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.

4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e vice-versa).
7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de ajuizar, integrando sua auto percepção, "techando" algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estágio de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.**

Fonte: COLL; PALACIOS; MARCHESI, 1996; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2002; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).
 *Noção de permanência do objeto: capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.
 **Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.

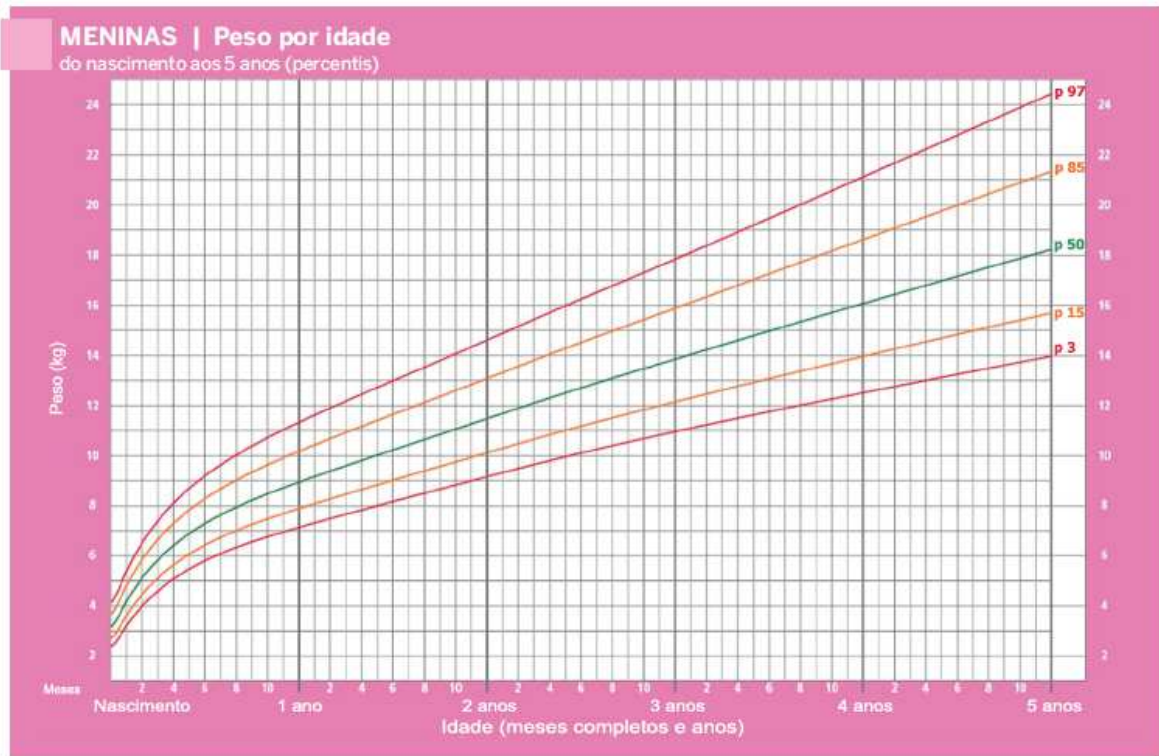
ANEXO E: Curva Peso X Idade, meninas entre zero e cinco anos



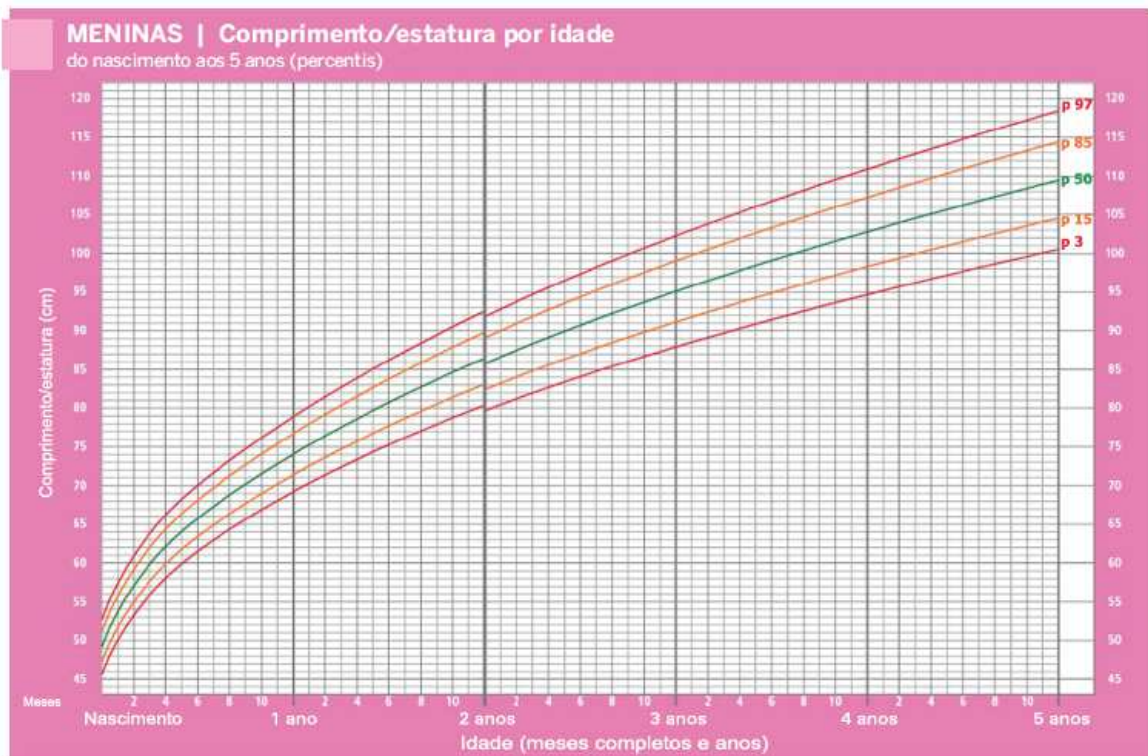
Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



ANEXO F: Curva comprimento X Idade, meninas entre zero e cinco anos



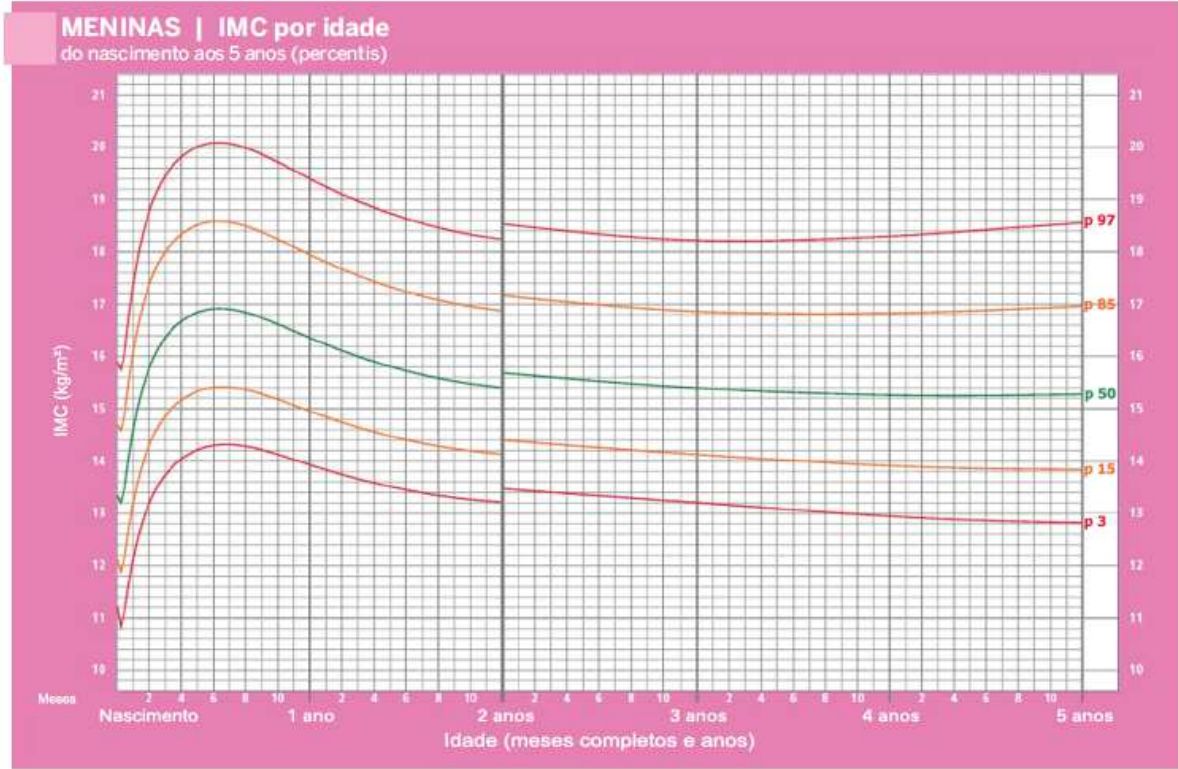
ANEXO G: Curva IMC X Idade, meninas entre zero e cinco anos



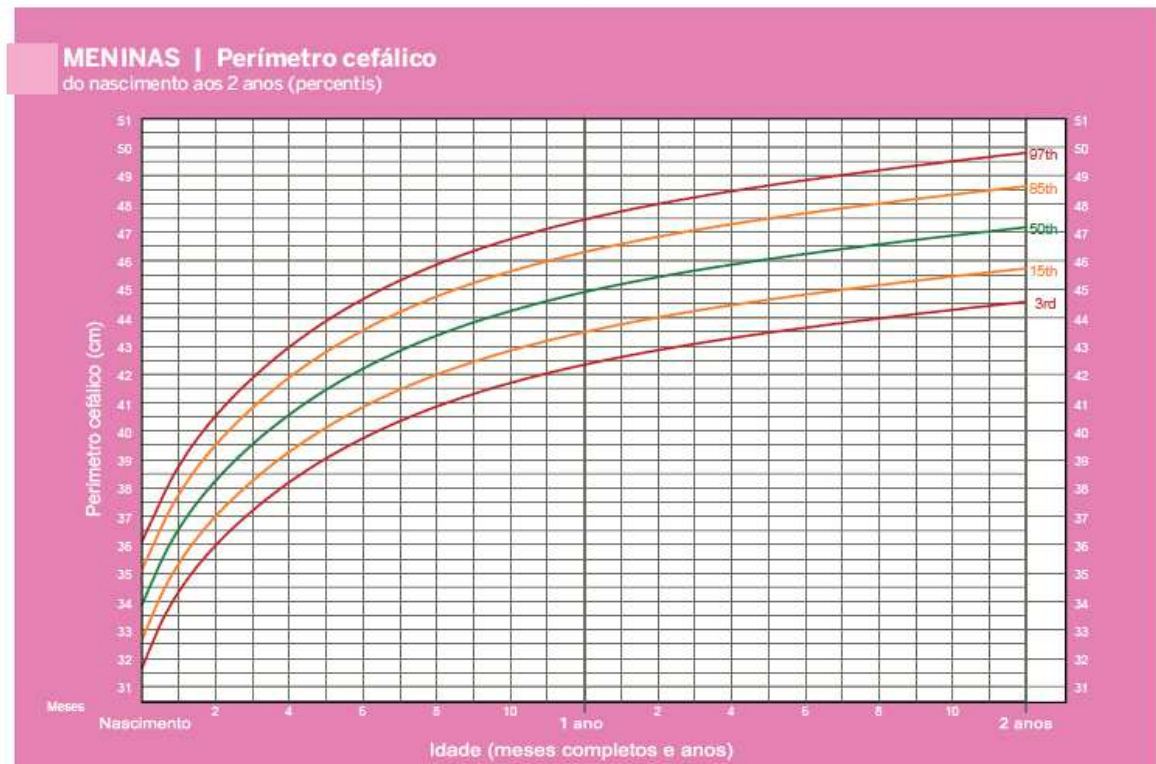
Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



ANEXO H: Curva Perímetro Cefálico X Idade, meninas entre zero e dois anos



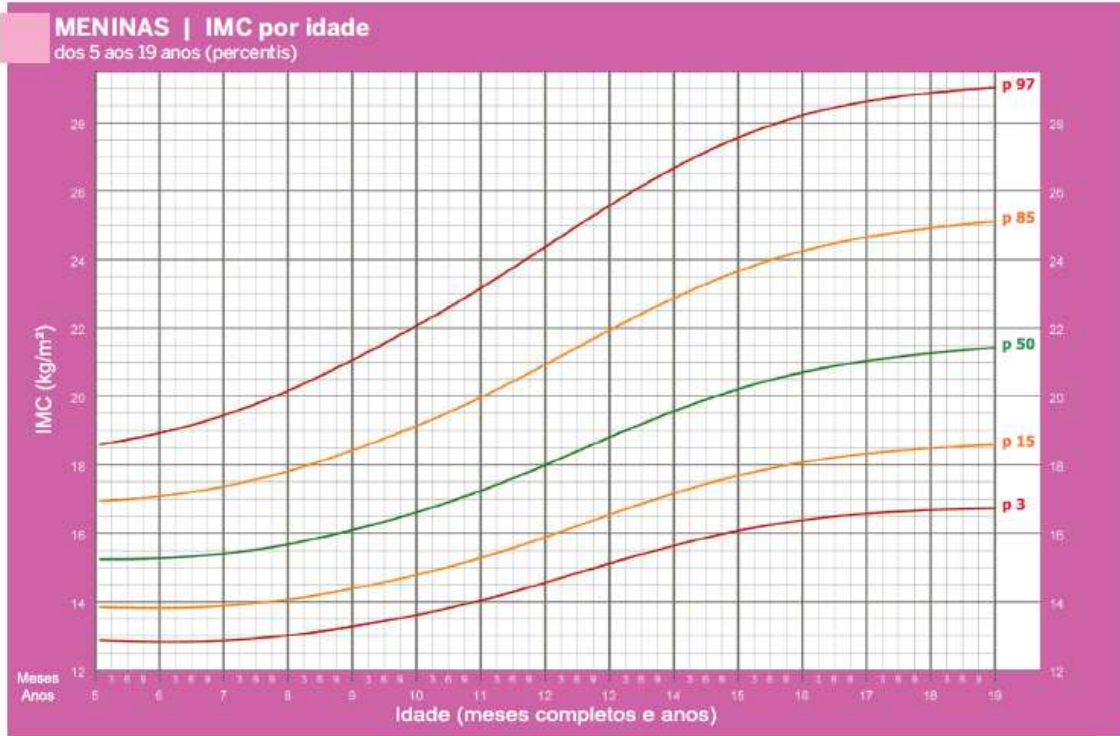
ANEXO I: Curva IMC X Idade, meninas entre cinco e 19 anos



Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



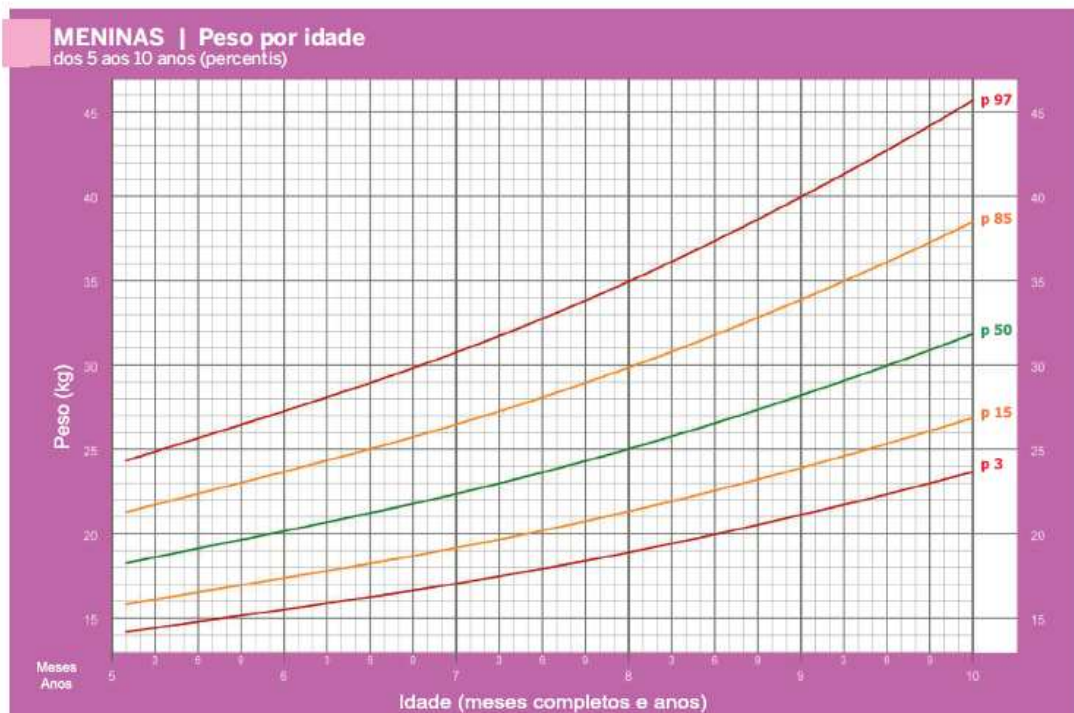
ANEXO J: Curva Comprimento X Idade, meninas entre cinco e 19 anos



ANEXO K: Curva Peso X Idade, meninas entre cinco e dez anos



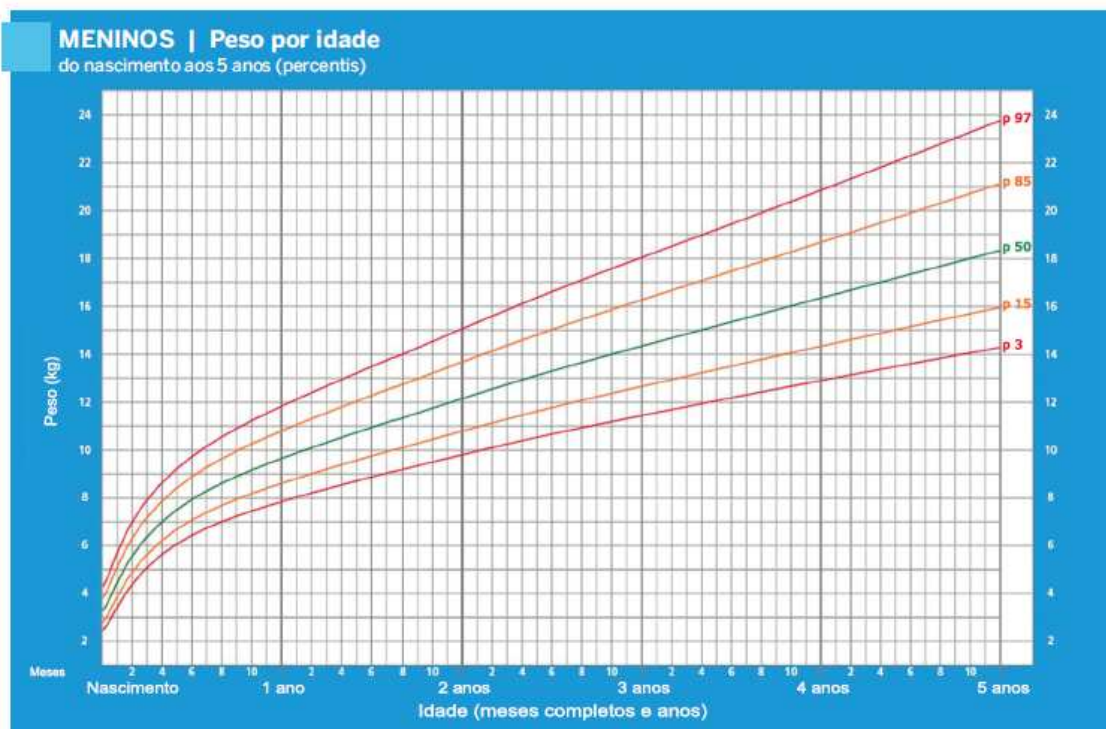
CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS
 Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



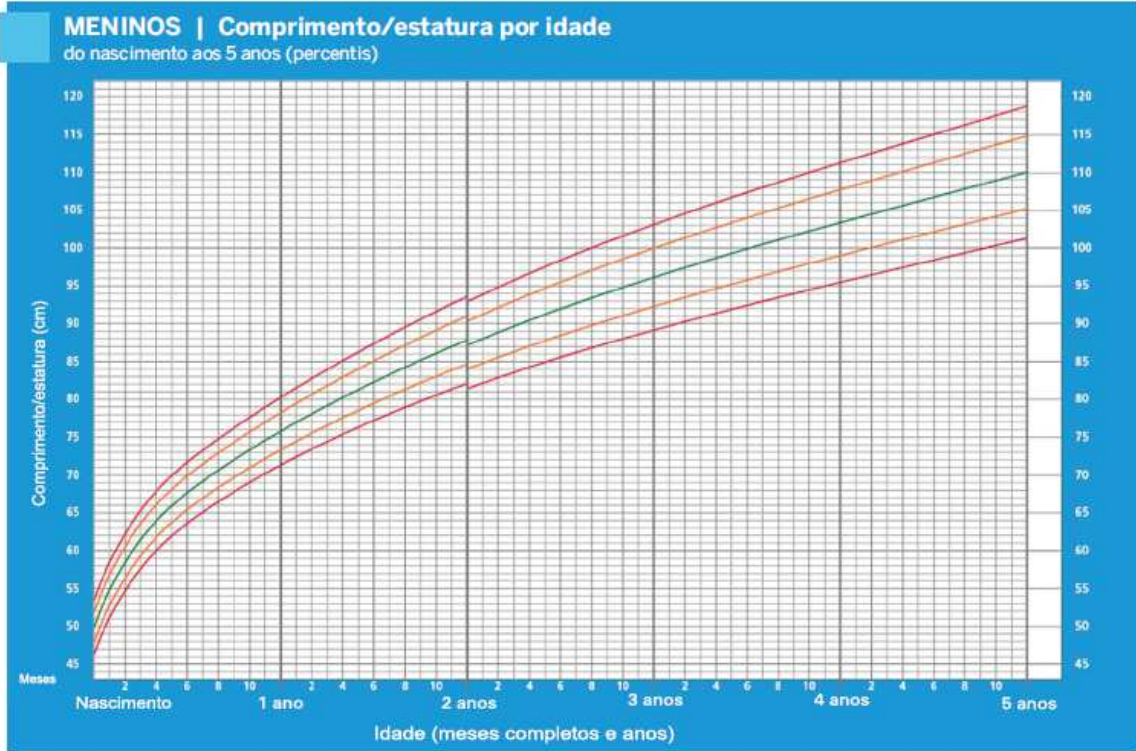
ANEXO L: Curva Peso X Idade, meninos entre zero e cinco anos



CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS
 Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



ANEXO M: Curva Comprimento X Idade, meninos entre zero e cinco anos



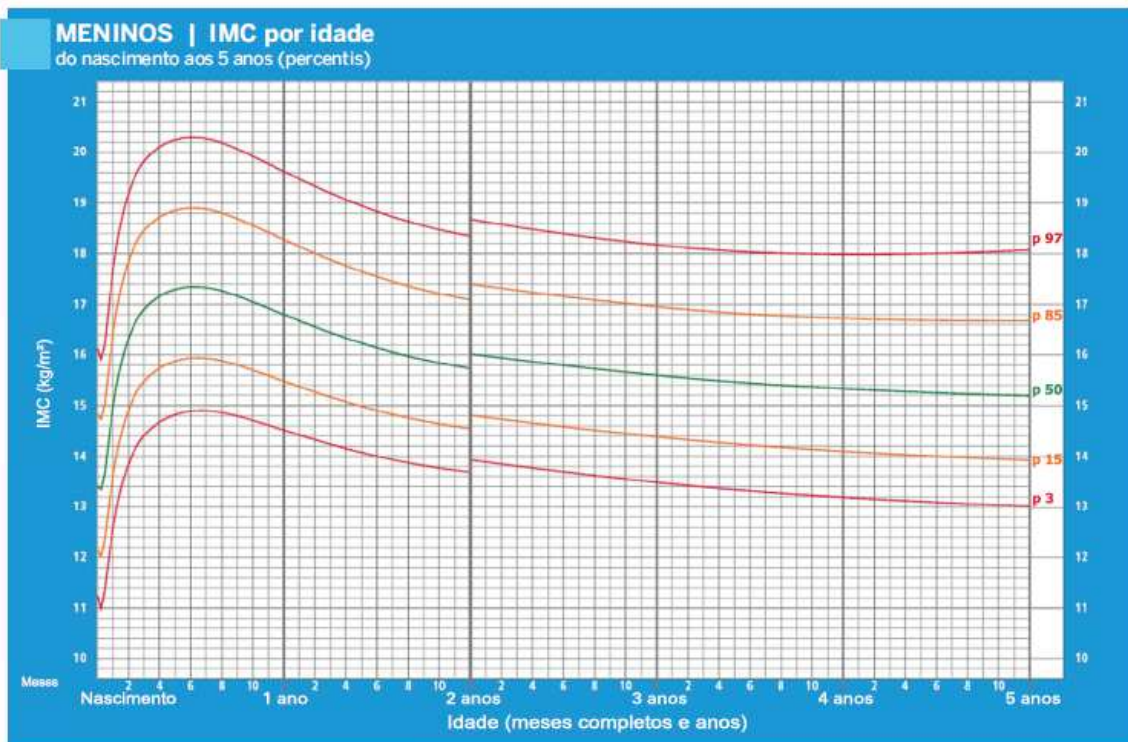
ANEXO N: Curva IMC X Idade, meninos entre zero e cinco anos



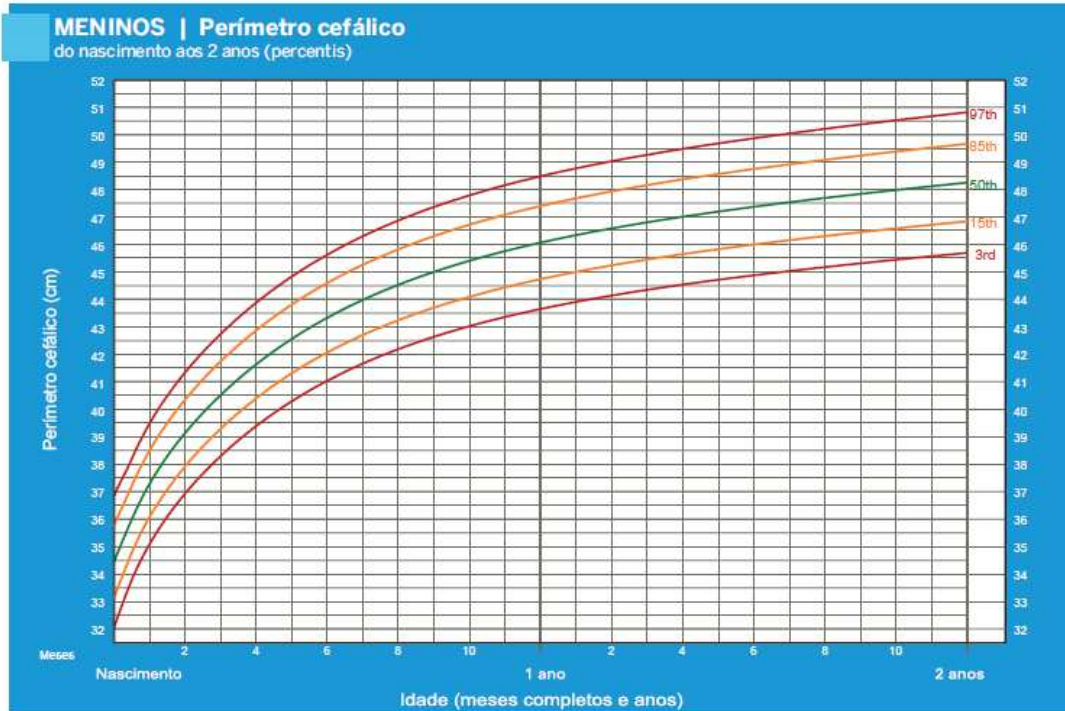
Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



ANEXO O: Curva Perímetro Cefálico X Idade, meninos entre zero e dois



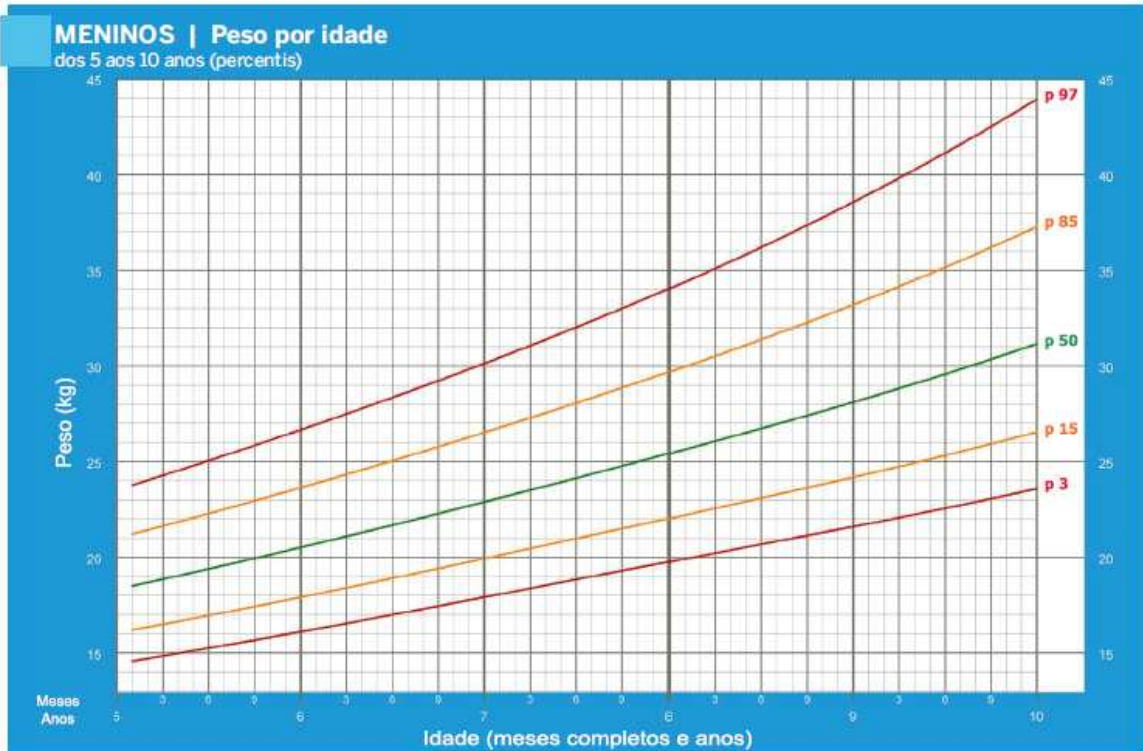
ANEXO P: Curva Peso X Idade, meninos entre cinco e dez anos



Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



ANEXO Q: Curva Comprimento X Idade, meninos entre cinco e 19 anos

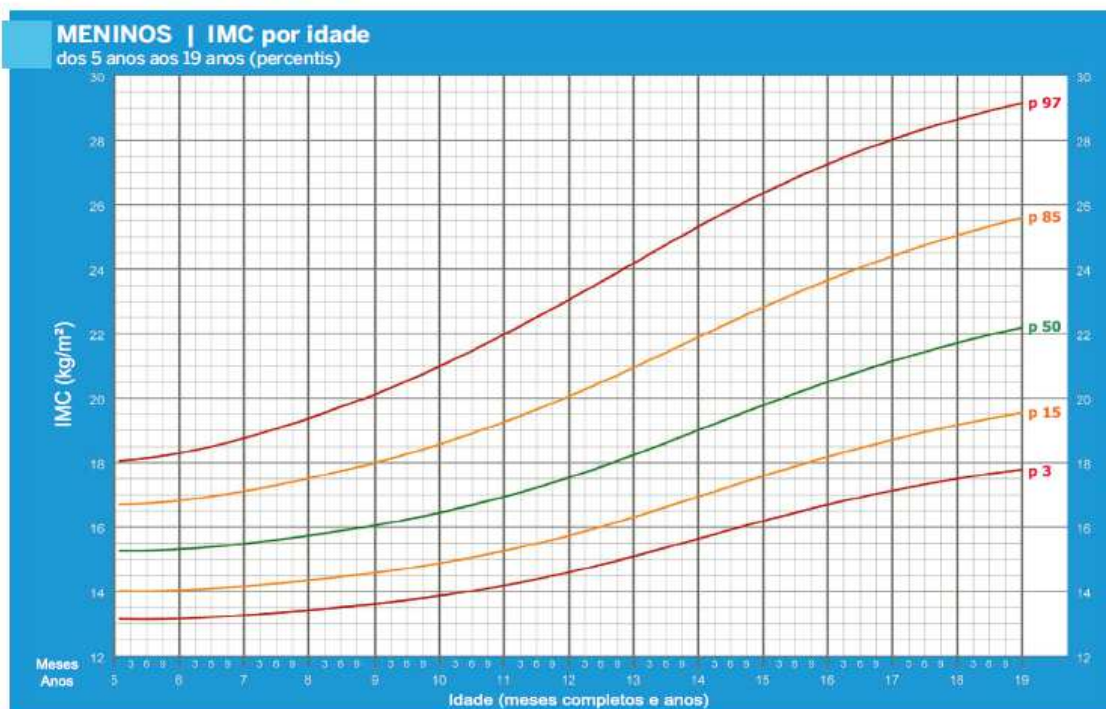


ANEXO R: Curva IMC X Idade, meninos entre cinco e 19 anos



Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



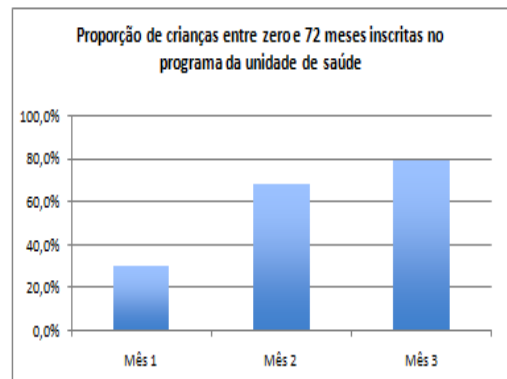
ANEXO S: Exemplo da planilha de Coleta de dados

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?
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
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											
	16											

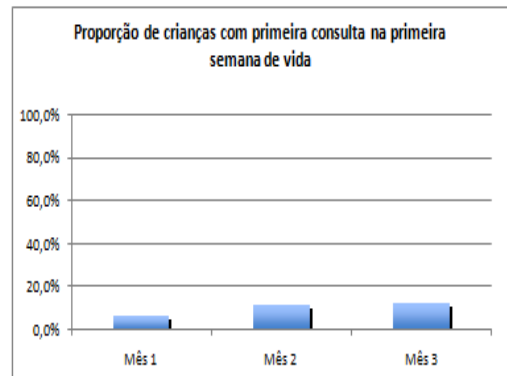
ANEXO T: Exemplo de indicadores formados

INDICADORES (%)

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
1.1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	30,2%	67,9%	79,2%
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.	16	36	42
	Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	53	53	53



		Mês 1	Mês 2	Mês 3
2.1	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	6,3%	11,1%	11,9%
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.	1	4	5
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	16	36	42



ANEXO U - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL