

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 6 – 2014



**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na
UBSF Chácaras, Garibaldi/RS.**

Marcelo Marozzin

Pelotas, 2015.

Marcelo Marozzin

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na
UBSF Chácaras, Garibaldi/RS.**

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

Orientador: Mariana Gonzalez Cademartori

Pelotas, 2015.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M354m Marozzin, Marcelo

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBSF Chácaras, Garibaldi, RS / Marcelo Marozzin ; Mariana Gonzalez Cademartori, orientadora. — Pelotas, 2015.

132 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. I. Cademartori, Mariana Gonzalez, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Carinhosamente, dedico esse trabalho aos meus pais, que sempre me incentivaram para realização dos meus ideais, encorajando-me a enfrentar todos os momentos difíceis da vida.

Ainda, aos mesmos, pela compreensão, apoio e contribuição para minha formação no Curso de Especialização em Saúde da Família.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por mais esse caminho trilhado com persistência e fé para sua concretização. Ao apoio da minha família, amigos e a mim que mantive o meu foco para não desistir dos meus ideais.

Agradeço a presença mútua, o discernimento e a presteza da Orientadora Mariana Gonzalez Cademartori, pelos ensinamentos e a contribuição constante ao longo da trajetória do Curso de Especialização em Saúde da Família.

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”.

Lista de Figuras

Atenção à Saúde da Criança

- Figura 1.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças entre zero a 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **100**
- Figura2.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **101**
- Figura3.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças com triagem auditiva inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **102**
- Figura4.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças com teste do pezinho inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **103**
- Figura5.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças com primeira consulta odontológica inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **104**
- Figura6.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS,2014..... **105**

Atenção à Saúde Bucal da Criança

- Figura7.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **107**
- Figura8.** Evolução mensal do indicador proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014..... **108**

Figura9. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com tratamento dentário concluído inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.....

109

Lista de Abreviaturas/Siglas

Abreviatura em ordem alfabética	Nome por extenso
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CCU	Câncer de Colo Uterino
CM	Câncer de Mama
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Resumo

MAROZZIN, Marcelo. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBSF Chácaras, Garibaldi/RS.**2014. 132f.Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS/ UNASU, EaD, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A atenção Básica a Saúde da Criança merece ações humanizadas e integralizadas, susceptíveis ao favorecimento do pleno desenvolvimento desde o período gestacional até a puberdade. Nesse contexto, a ampliação e o cuidado incrementados a puericultura sobrepõe como um princípio nobre e bastante pretensioso. Sendo assim, o objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na UBSF Chácaras, Garibaldi/RS. A partir de metas pré-estabelecidas e objetivos específicos, durante três meses (agosto – outubro 2014), foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: a) monitoramento e avaliação; b) organização e gestão do serviço; c) engajamento público; d) qualificação da prática clínica. Estas ações foram realizadas com base em um projeto elaborado contendo o detalhamento das ações, logística e cronograma definido com a equipe. As ações foram desde a adoção de um protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, monitoramento e avaliação dos registros, cadastramento e busca ativa, visitas domiciliares, atividades coletivas à capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada metas. Ao final da intervenção, a cobertura do serviço atingiu um percentual de 66,9% (93 crianças), 40 (43%) do sexo feminino e 53 (57%) do sexo masculino, prezando o assistencialismo nos pilares da Universalidade, Integralidade e Equidade aos usuários, com a garantia de um trabalho multidisciplinar e longitudinal. Em relação à cobertura da atenção em saúde bucal, foi atingido o percentual de 52,5% (73 crianças). Os indicadores qualitativos alcançaram excelência em sua maioria ao longo dos três meses. Através do vínculo entre a Comunidade, a Equipe de Saúde e a Gestão Municipal foram alcançadas melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde infantil. Inquestionável a intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade na assistência. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das ações, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das crianças sob nossa responsabilidade.

Palavras-Chave: saúde da criança; saúde da família; atenção primária.

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica foi possível melhorar a qualidade das ações na atenção à saúde da criança, incluindo-se a saúde bucal na UBSF Chácaras, no município Garibaldi, Rio Grande do Sul.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição sucinta do sistema de saúde do município e detalhada da unidade de saúde na qual foi desenvolvida a intervenção, os principais problemas encontrados na Unidade de Saúde, e as atividades realizadas pela equipe na assistência à comunidade.

A análise estratégica aborda a justificativa do projeto, assim como objetivos e metas, metodologia usada, todas as ações detalhadas com indicadores de monitoramento e o cronograma.

O relatório da intervenção descreve o trabalho desenvolvido e a avaliação da intervenção apresenta os resultados alcançados.

Na discussão, foi relatado como era o sistema de puericultura antes da intervenção, e como ficou após a intervenção. O relatório da intervenção foi apresentado para a comunidade e para os gestores. Na reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem foram abordadas questões como a percepção do especializando quanto a intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

Sumário

1	Análise Situacional	11
2	Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	32
2.1.	Justificativa	32
2.2.	Objetivos e Metas.....	33
2.3.	Metodologia.....	36
2.3.1.	Ações	36
2.3.2.	Indicadores	76
2.3.3.	Logística	84
2.3.4.	Cronograma.....	89
3	Relatório da Intervenção.....	90
4.	Avaliação da Intervenção	100
4.1.	Resultados.....	100
4.2.	Discussão	111
4.3.	Relatório para os Gestores	115
4.4.	Relatório para a Comunidade	118
5.	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	121
6.	Referências Bibliográficas	124
	Anexos	125
	Apêndice	131

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da Estratégia em Saúde da Família (ESF) /Atenção Primária à Saúde (APS).

Estou participando do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no qual fui designado a exercer as atividades profissionais no município de Garibaldi, Rio Grande do Sul. Anteriormente a esta etapa, nunca havia trabalhado no respectivo município. A seguir, descreverei a situação geral da saúde do município, bem como, a Unidade de Saúde em que estou atuando.

Em vistas à demografia, Garibaldi é um município de pequeno porte, com aproximadamente 30.000 habitantes, majoritariamente urbana e de alto poder aquisitivo. Estrutura-se com um hospital de administração privada, o qual assume a responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no acolhimento aos usuários de maior gravidade. Ainda, vinculado ao SUS, o município dispõem de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um posto de Pronto Atendimento (PA) 24 horas. Apenas duas, das nove UBS, atuam no modelo de Estratégia em Saúde da Família (ESF). Nas demais unidades, apenas duas possuem médico 40 horas semanais, duas possuem médico apenas duas vezes na semana, e as outras três, localizadas no interior do município, possuem apenas um técnico de enfermagem para curativos e distribuição de medicamentos.

Em relação ao agendamento das consultas, este ocorre com marcação nas segundas-feiras para os demais dias da semana, podendo ser realizado por telefone. Têm-se 12 consultas agendadas por turno e quatro fichas são reservadas para urgências. Nas unidades é realizado o acolhimento somente na primeira hora após a abertura da unidade, submetidos à triagem com prioridade aos atendimentos de urgência. Após este horário, os usuários são encaminhados ao serviço de PA.

Na minha avaliação, esse sistema de acolhimento, que ocorre em todas as unidades do município, é falho, pois dificulta o acesso do usuário ao sistema. Ou seja, a maioria dos usuários que não conseguem consulta na UBSF procuram o pronto atendimento, muitas vezes sobrecarregando esta unidade. Ocorre que, eventualmente, alguns usuários mais graves, que necessitariam de uma avaliação

mais breve, deixam de procurar o PA por dificuldade na locomoção, e outros nem tão graves, que poderiam aguardar agendamento na UBSF são atendidos prontamente. Outro agravante é a quebra no seguimento desses usuários. No PA circulam vários médicos, entretanto, nem sempre o usuário sabe informar corretamente as medicações em uso, outras o usuário não sabe o problema que está tratando.

A Unidade de Saúde no qual estou atuando, UBSF Chácaras, foi fundada em Dezembro de 2002, e está localizada no Bairro Chácaras, próximo ao centro da cidade. Abrange uma população de aproximadamente 3000 habitantes, de diversas faixas etárias e níveis socioeconômicos e culturais. A equipe é composta por Médico de Família, Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem, quatro Agentes Comunitários, Dentista e Higienizadora. Apresenta uma ampla estrutura física, com espaço adequado para acomodamento da equipe e dos usuários. Tem-se: recepção, sala de triagem, sala de reuniões, sala de medicamentos, sala de vacinas, sala de esterilização, sala de lavagem de material, sala de observação (eletrocardiograma, material de intubação, nebulímetro, entre outros), sala de pequenos procedimentos (por exemplo: lavagem otológica, retirada de nevos, cantoplastia, sutura, curativos), sala de enfermagem, dois consultórios médicos, consultório odontológico, banheiro disponível para a equipe, banheiro masculino e feminino disponíveis ao usuário, e uma cozinha.

Outro aspecto a enfatizar, diz respeito, ao atendimento, no qual a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, incluindo no programa ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Estou desenvolvendo atividades integralizadas de assistência clínica, pediátrica, pré-natal, puericultura, coleta de citopatológico. Em relação à necessidade de consultas especializadas e Atenção Terciária, os usuários são referenciados pelo médico da UBS aos especialistas vinculados à administração municipal e hospitais de referência. Também, é reservado um turno para visita domiciliar. As medicações são distribuídas na própria Unidade pelos técnicos de enfermagem, mediante apresentação de receita médica atualizada.

Finalizando, em sucinta análise descrevi a situação de Saúde Pública no município de Garibaldi, especificamente na UBS Chácaras, neste pequeno tempo de atuação profissional. As dificuldades do dia-a-dia, no que tange à falta de incentivos ou mesmo desinteresse por parte dos gestores, acabam sendo superadas mediante

cada gesto de agradecimento dispensado pelos usuários no alívio oferecido para os seus problemas.

1.2.Relatório da Análise Situacional

A designação da atividade profissional médica atribuída ao Sistema Único de Saúde (SUS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pelotas, vinculados ao PROVAB, ano 2014-2015, desenvolve-se no município de Garibaldi, Rio Grande do Sul.

Em vistas a demografia, o município se caracteriza como pequeno porte, com aproximadamente 30.000 habitantes, majoritariamente urbana e de alto poder aquisitivo. Estrutura-se com um Hospital (Hospital Beneficente São Pedro) de Administração Privada, no qual assume a responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde no acolhimento aos usuários de maior gravidade. Ainda, vinculado ao SUS, o município dispõem de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade de PA em funcionamento Clínico 24 horas diário e Pediátrico das 07 horas às 23 horas. Apenas duas das UBS atuam no modelo de Estratégia em Saúde da Família. Em relação à carga horária médica, duas Unidades dispõem 40 horas semanais; duas possuem médico apenas dois dias da semana e as outras três Unidades localizadas no interior do município, apresentam apenas um técnico de enfermagem na execução de curativos, vacinação e distribuição de medicamentos.

Há que destacar a importância dos profissionais que apresentam atribuições importantes para conjuntura do SUS, os quais compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Infelizmente, o município não compactua com essa esfera para melhor abrangência e desígnio das ações de Atenção Básica, bem como, fortalecimento das condições sociais de vulnerabilidade, através do apoio e/ou matriciamento. Em se tratando de atenção especializada, no município, têm-se um rol de profissionais que fortalecem a Atenção Básica mediante ações que dispensam um olhar mais focado ao usuário. Os mesmos, por exemplo, Psicólogo, Cardiologista, Cirurgião, Dermatologista, Endocrinologista, Traumatologista, entre outros, designam suas capacidades estabelecendo contratos de trabalho com a Administração Pública e, se necessário, o acionamento da complexidade terciária para resolubilidade individualizada.

Também, para o seguimento salutar dos usuários é inquestionável a dispensação de exames, sendo os laboratoriais de fáceis aquisições para rastreio e

manejo clínico agudo. Entretanto, exames mais sofisticados, que necessitam operador dependente, são geralmente encaminhados a outros municípios, e demoram meses para sua execução. Por exemplo, uma ecografia, tem lista de espera aproximada de três meses, inclusive obstétricas. Negativamente, essas ações dependem da pactuação que a Secretaria de Saúde Municipal estabelece com as instituições conveniadas.

A Unidade de Saúde de atuação profissional, a UBSF Chácaras, foi fundada em Dezembro de 2002, e está localizada no Bairro Chácaras, Urbana, próximo ao centro da cidade de Garibaldi. Preponderante, no modelo de Atenção Básica está a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe de Saúde é composta por Médico de Família, Médico Ginecologista, Psicóloga, Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem, quatro Agentes Comunitários, Dentista, Secretária e Higienizadora. Apresenta uma ampla estrutura física, com espaço adequado para acomodamento da equipe e dos usuários. Têm-se: recepção, sala de triagem, sala de grupos, sala de medicamentos, sala de vacinas, sala de esterilização, sala de lavagem de material, sala de observação (eletrocardiograma, material de intubação, nebulímetro), sala de pequenos procedimentos (por exemplo: lavagem otológica, retirada de nevos, cantoplastia, sutura, curativos), sala de enfermagem, dois consultórios médicos, consultório odontológico, banheiro disponível para a equipe, banheiro masculino e feminino disponíveis aos usuários, e cozinha. Não há vínculo da UBS com instituições de ensino, entretanto, de modo positivo, é realizado um trabalho de promoção e prevenção de Saúde Bucal – Programa SESC - Sorrindo para o Futuro em consonância com as escolas municipais, destinado aos pré-escolares e escolares. Visa à modificação de velhos hábitos deletérios, ação muito importante para a Atenção Primária, supervisionando o cuidado precoce com o crescimento saudável e sorridente de nossas crianças.

A dinâmica de trabalho da Equipe de Saúde da UBSF é realizada através do agendamento prévio das consultas. A agenda é disponibilizada aos usuários nas segundas-feiras para os demais dias da semana, podendo ser realizado via telefone. Há doze consultas agendadas por turno e, quatro reservas para problemas agudos, os quais se priorizam as urgências. Ainda, na Unidade de Saúde, o acolhimento à demanda de problemas agudos é realizado na primeira hora após horário de abertura do Posto. Posteriormente, os usuários são orientados a buscar o PA Municipal. Outro aspecto a enfatizar diz respeito ao atendimento, no qual a família

passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, incluindo no programa ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. Desenvolve-se atividades integralizadas de assistência clínica, pediátrica, pré-natal, puericultura, coleta de citopatológico, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e visita domiciliar. A maior parte das medicações é distribuída na própria UBSF, por exemplo, medicamentos para diabéticos, anti-hipertensivos, antibióticos, analgésicos, antitérmicos, entre outros, mediante apresentação de receita médica atualizada.

Na atribuição das Equipes, o modelo de integração Inter e Multidisciplinar entre os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família forma a base para a funcionalidade do SUS. Nesse contexto, é de suma importância enfatizar que a atribuição dos profissionais não se restringe ao seu trabalho individual. Ou seja, as atividades devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente e acompanhamento de todos indicadores de saúde de cada área de atuação.

Ainda, é de responsabilidade da equipe o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Corresponsáveis possuímos atribuições como profissionais por ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, bem como, na manutenção da saúde desta comunidade. Difícil compactuar com a equipe em todas as esferas de atuação profissional, tendo em vista, que muitos colegas ainda mantêm uma postura individualista. Esta limitação é observada diariamente em meu trabalho. Por exemplo, a triagem do usuário que busca atendimento na Unidade é realizada apenas pelo médico. Diretamente acaba sobrecarregando o trabalho, no qual assumo a responsabilidade íntegra do usuário, sendo que, o início das ações poderia ser avaliado em primeira instância ainda na porta de entrada do usuário na Unidade, no que chamamos de acolhimento.

O citado acima, além de ir contra os princípios da atribuição dos profissionais em que se busca um trabalho multidisciplinar, gera um significado negativo na comunidade pela UBSF. No que tange à avaliação de risco biológico para atendimentos de demanda, não há eficiência da enfermagem em definir e melhorar essa questão e, os fragilizados e necessitados acabam sendo excluídos. Assim, está sendo aniquilado o princípio da Universalidade, desperdiçando a oportunidade na busca como ouvintes, de situações que poderiam ser sanadas naquele momento. Dessa forma, o profissional da recepção, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e

outros profissionais atuantes da UBSF, vêm no médico, a única solução disponível ao usuário. Uma postura individualista e desfocada existente na atribuição de profissionais. Infelizmente, o imperativo é a banalização, em todas as esferas do Sistema Público de Saúde, sobre a percepção do usuário quando em busca da assistência à saúde.

Como alternativa a fim de ampliar o cumprimento das atribuições, há mudanças que proporcionariam um trabalho multidisciplinar e ações resolutivas em benefício do usuário. Indubitavelmente, cada profissional apresenta certas responsabilidades restritas e direcionadas sob sua responsabilidade. Porém, encorajo realizar reuniões com a equipe, os quais proporcionem o engajamento de todos profissionais, relatando os empecilhos diários, os quais sirvam de exemplos para a melhora nas relações com indivíduos, familiares, comunidade e profissionais, já que esta estratégia não é realizada nesta unidade. O diálogo é um elemento-chave para superar o individualismo presente na atribuição dos profissionais. Essa ação objetiva é uma busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, valorizando também o saber popular do Agente Comunitário de Saúde, e é um meio eficiente para modificar a realidade observada.

Em relação à população, compreende 3.258 habitantes na área adscrita da UBSF Chácaras. Conforme preconizado pelas diretrizes do SUS, estamos dentro da capacidade de cobertura na área de abrangência. O perfil demográfico caracterizado por esse público se divide da seguinte forma: 1002 mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos; 1023 mulheres entre 25 e 64 anos; 494 mulheres entre 50 e 69 anos; 146 crianças menores de 5 anos; 337 pessoas de 5 a 14 anos; 2310 pessoas de 15 a 59 anos; 465 pessoas com 60 anos ou mais; 2077 pessoas entre 20 e 59 anos e 2542 pessoas com 20 anos ou mais. Os dados explicitados foram obtidos de registro do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB, 2014).

As disparidades etárias caracterizam e refletem as mudanças que acompanham a pirâmide etária do nosso país. Por exemplo, o aumento no número de pessoas acima de 50 anos de idade. Esse dado pode estar em consonância devido às melhores condições de saúde e acessibilidade a tal população. Se contrapondo, tem-se um índice baixo na faixa etária pré-escolar até adolescência (5 a 14 anos). De certa forma, essa faixa etária, por serem hígidos, há menor busca pela Unidade Básica de Saúde.

Na Atenção Básica do SUS, é atribuído um elemento chave em assegurar o direito à saúde ao cidadão, chamado de Acolhimento. Conforme a Carta dos Direitos dos usuários da Saúde tem-se no Primeiro Princípio a premissa: “*todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz*” (BRASIL, 2011), mesmo em situações de excesso de demanda espontânea. Esse é um dos dispositivos ofertados pela Política Nacional de Humanização, com a garantia do acesso e da integralidade da atenção aos usuários de saúde. Há acolhimentos e acolhimentos. O importante não é saber se há acolhimento, mas sim, como ele está sendo executado. Observo diariamente na Unidade de Saúde Chácaras um sistema falho executado pelos profissionais da equipe de Saúde. Ou seja, banalização nas relações do cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. Ainda, há imposição de transpor a responsabilidade de um obstáculo a um determinado profissional. Acho que um trabalho em equipe prevê uma conjuntura das ações no qual todos têm responsabilidades e capacidade de articulação no enfrentamento de problemas cotidianos.

O que isso tem a ver com acolhimento? Na UBSF, por exemplo, falhas existem na comunicação com o usuário no momento em que o mesmo ultrapassa a porta de entrada. O usuário que busca o serviço em um momento de vulnerabilidade, então, ao menos, deve ser ouvido. Isso se chama vínculo de confiabilidade entre profissionais e usuário. Não há um acolhimento satisfatório, não existe classificação de risco biológico. Ou seja, a maioria dos usuários os quais não conseguem consulta na UBSF procuram PA, muitas vezes sobrecarregando esta unidade. Ocorre que, eventualmente, alguns usuários mais graves, que necessitariam de uma avaliação mais breve, deixam de procurar o PA por dificuldades na locomoção, e outros nem tão graves, que poderiam aguardar agendamento na UBSF, são atendidos prontamente.

A atenção à demanda espontânea é ineficiente; certas situações poderiam ser sanadas através de um acolhimento eficaz. A presteza ao excesso de demanda não impõe ignorância mediante o sofrimento alheio. Nesse contexto, para superar as dificuldades encontradas devemos engajar o trabalho multidisciplinar; reorganizar o processo de trabalho, ampliando a resolubilidade e a capacidade de cuidado da equipe; bem como, manter relações salutaras com os usuários, visando o Princípio da Equidade.

Enfatizando a Saúde da Criança, o seu desenvolvimento é avaliado ainda durante o pré-natal. A equipe de saúde da Atenção Básica, em vistas à evolução dessa criança se mantém atenta ao acompanhamento das fases de desenvolvimento: a puericultura. A mesma tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança. Em relação à UBSF Chácaras, no que diz respeito ao atendimento de crianças na faixa etária de 0 a 72 meses há cobertura de 139 crianças conforme dados do SIAB (2014). Na análise dos dados, observa-se 14 crianças menores de um ano (sete meninas/ sete meninos); 132 crianças entre um ano e quatro anos (61 meninas/71 meninos) e 52 crianças (24 meninas/28 meninos) acima dos quatro anos de idade.

Diversas ações são dispensadas para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, tendo como base, o trabalho coordenado de toda equipe de saúde. Primeiramente, oriento que as mães levem o recém-nascido para realização da consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Devemos ter em mente que nesse período chamado de neonatal precoce há o maior índice de mortalidade infantil. As doenças infectocontagiosas que num passado próximo assumiam a responsabilidade de óbitos, foram superadas em vistas da melhoria do saneamento básico, estímulo ao aleitamento materno e a vacinação. A abrangência do maior número possível de crianças menores de um ano em acompanhamento na UBSF beneficia ações de proteção salutar.

Em nossa Unidade de Saúde, a imensa maioria dos indicadores da puericultura é firmada em consonância mãe-criança-profissional de saúde. Porém, percebe-se que as atribuições ficam a encargo do Médico. Outros profissionais são meros expectadores das condutas atribuídas pelo Médico. Grande parte das mães busca a Unidade nos primeiros sete dias de vida, com o teste do pezinho já realizado. Avalia-se a carteirinha de vacinação, denotando o tipo de parto, idade gestacional de nascimento, peso de nascimento e suas medidas antropométricas, bem como, Apgar (Índice de Vitalidade ao Nascimento), Teste do Olhinho, Ortolani (avaliação do quadril) e a realização da Triagem Auditiva. Há eficácia nas ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, profilaxia da anemia, monitoramento das curvas de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e medidas para prevenção de acidentes.

Posteriormente, para monitoramento das ações há retorno mensal até os 12 meses, mesmo em situações que não demande problemas agudos. Após, há um

retorno de demanda conforme necessidade ou orientação médica. Há um conjunto de ações, no qual o coletivismo se faz na pesagem para controle das curvas de crescimento. Ou seja, as Técnicas de Enfermagem fornecem o peso atual da criança, seguindo, o repasso para o gráfico das curvas de crescimento na análise do desenvolvimento da criança. Em vistas à antropometria, as realizo durante o exame físico (comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e, posterior, índice de massa corporal). Também, é necessário salientar a inexistência de ações de puericultura odontológica. Ou seja, a assistência e educação em saúde bucal são realizadas mediante atendimento à livre demanda pela Dentista. Por exemplo, ato de escovação, folhetos demonstrativos aos pais, hábitos de alimentação sadia, uso de chupetas e ações de responsabilidade odontológica. É necessário realçar que até a situação prévia a Intervenção não há protocolos vigentes para o atendimento à Saúde da Criança, firmando um assistencialismo através da demanda espontânea. Soma-se ao exposto, a falta de registros os quais inviabilizam um satisfatório acompanhamento da puericultura.

A fim de melhorar a qualidade de atenção à saúde da criança, bem como, ampliar a área de cobertura, ênfase em alguns questionamentos se faz necessária. Primeiramente, saliento que a participação paterna é essencial em todas as fases de crescimento da criança. Observa-se diariamente o baixo engajamento da figura paterna nas ações e decisões da saúde infantil. Literalmente, é comprovado o benefício da participação masculina durante o nascimento, não somente reforçando o vínculo familiar, mas também contribuindo para a diminuição da ansiedade e depressão pós-parto. Ainda, dispor de maior engajamento da equipe da UBSF, contribuindo para diminuição da sobrecarga de atendimentos médicos. A enfermagem apresenta capacidade técnica e discernimento para realização de uma puericultura de qualidade. Durante essa fase de desenvolvimento (menores de 01 ano de idade) há uma gama de expectativas e ânsias que perfazem o íntimo materno e, essas mães acabam buscando a Unidade de Saúde, em diversas circunstâncias. Não deve haver desprezo pela equipe mediante tal procura, por mais simples que seja sua queixa, às vezes, apenas necessita um esclarecimento. É nesse contexto que realçam as ações de cunho, por exemplo, da enfermagem, e não somente o atendimento médico, integralizando o atendimento de forma longitudinal.

A atenção à Saúde da Mulher necessita uma abordagem humanizada e integral por parte da equipe da Atenção Básica, com a garantia de um padrão de acesso e qualidade. O período gestacional deve ser encarado mediante ações de responsabilidades mútuas, ou seja, quanto maior o vínculo entre a mulher e a equipe com acolhimento, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. A importância do imediatismo na realização do pré-natal designa-se em uma janela de oportunidades para avaliação íntegra da gestante. Sendo assim, o rastreio precoce de patologias, história familiar de comorbidades, hábitos alimentares, atividade física, dependência química, tabagismo, medicações contínuas, alergias, história vacinal, internações e cirurgias prévias, planejamento familiar entre outras ações de cunho psicológico. Sabemos que a imensa maioria das gestações não ocorre de forma planejada, principalmente, entre as adolescentes. Tais ações objetivam um pré-natal de qualidade propiciando a redução da mortalidade materna e neonatal.

Conforme o Ministério da Saúde (2012) é sensato que a gestante expresse suas angústias e preocupações, fortalecendo o vínculo com a Equipe de Saúde. Bem como, o paternalismo deve ser estimulado nas consultas de pré-natal viabilizando o planejamento familiar salutar. Em relação ao pré-natal da UBSF Chácaras, há uma baixa cobertura percentual na comunidade. Ou seja, conforme dados do SIAB (2014) tem-se cobertura de 36% (n=13) de pré-natal de um total de 176 mulheres em idade fértil. Os dados refletem a transição demográfica os quais acompanha a pirâmide etária da população brasileira, com queda na taxa de fecundidade e aumento no número de idosos. Ainda, existe dificuldade relativa à cobertura de atenção à gestante em vigência de ações de baixa captação. Isso, conseqüente, a uma parcela significativa do bairro desassistida em termos de adscrição na Atenção Básica em virtude do número baixo de Agentes Comunitárias. Outro aspecto a salientar, é a busca da realização do pré-natal no setor privado, sendo, que essas gestantes não utilizam a UBSF como porta de entrada para sua longitudinalidade.

Como parte da qualidade das ações integralizadas na atenção às gestantes realiza-se consultas rotineiras no pré-natal com intuito de ampliar os indicadores de qualidade. Acompanhamento laboratorial, vacinas, suplementações, exame pélvico-ginecológico, aleitamento materno entre outros aspectos são abordados para eficiência das ações. Na realidade, não existem grupos de educação continuada

direcionado as gestantes, porém, a cada demanda, repasso as orientações e esclarecimentos tangíveis a um pré-natal qualificado. Por exemplo, há uma cultura da exigência de ultrassonografias seriadas para “ver como está o bebê”. Através da educação profissional-gestante ampliamos essa visão dispendiosa física e economicamente em situações de baixo risco materno-fetal, individualizando as condutas necessárias em cada pré-natal.

Em relação à saúde bucal, a sua promoção transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva. Na UBSF Chácaras, assim como, a imensa maioria das UBSF em nosso país, não existe um atendimento de pré-natal integral como sugere a promoção de saúde, ausência de protocolos para acompanhamento gestacional e organização de registros específicos. Ainda são observados atribuições de crenças e mitos de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho, e isso, contribui para dificultar o cuidado com a saúde bucal neste período. Dessa forma, tenho instituído na rotina de pré-natal a avaliação odontológica as gestantes. Aproveita-se a oportunidade para ampliar o esclarecimento sobre a possibilidade de tratamento e o significado dos quadros crônicos enquanto fatores de agravos à saúde bucal durante a gestação.

Também, ouvintes atentos para posterior aconselhamento sobre a via de parto, estimulando o parto vaginal humanizado. Orientações em relação ao maior risco anestésico, de infecções puerperais, dias de hospitalização, cicatriz cirúrgica em contraposição aos benefícios do parto vaginal. Com o objetivo de ampliar a cobertura de gestantes, devemos estimular que todas gestantes tenham acesso ao serviço do SUS. Quando a equipe tem visão ampliada sobre o usuário abrem-se as portas para sanar todas as dúvidas, incentivando maior vínculo por um pré-natal íntegro e humanizado.

Outra ação de extrema importância em saúde coletiva, diz respeito à prevenção do câncer do colo de útero. Esse, também conhecido como câncer cervical, é uma doença de evolução lenta o qual apresenta bom prognóstico a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Intrínseca associação com o HPV de 99,7%, infecção muito comum em mulheres sexualmente ativas. O que preocupa é a alta taxa de mortalidade devido a diagnósticos em estágios avançados. Os índices são alarmantes: no Brasil, constitui o terceiro tipo de tumor maligno mais comum entre as brasileiras e o quarto que mais mata. A investigação inicia-se como

parte das ações dos serviços de saúde e informações, objetivando a articulação Intersetorial. Os agentes de saúde configuram a chave das informações, as quais conhecem mais os hábitos que perfazem a vida dessas mulheres, principalmente, por meio da voz comunitária. No Caderno de Ações Programáticas, o total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBSF para prevenção de câncer de colo de útero compreende 37% (n= 336) em relação ao denominador (n=899). Com esses dados, fica implícita a baixa cobertura na Atenção Básica, pois essa faixa etária é prioritária como alvo de alto risco. Os indicadores de qualidade da minha UBSF permeiam questões as quais não foi possível obter todos os dados, pois necessitaria avaliação pormenorizada dos prontuários de tais mulheres submetidas ao exame de Papanicolau nos últimos 12 meses. Dentre as avaliações, o índice de 19% (n=65) é de mulheres com exame preventivo para o câncer de colo de útero em dia, conforme registros do SIAB (2014). Cabe destacar que durante as consultas é avaliado o risco de câncer (CA) de colo de útero, orientações de prevenção de CA de colo de útero, bem como, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), conforme cada caso individualizado atrelado aos fatores de risco.

Nesse contexto, a baixa densidade de cobertura de Câncer de Colo de Útero (CCU) na UBSF é um espelho do reflexo Brasileiro. Não há um programa organizado de rastreamento, não há controle das mulheres que realizam os exames, permeando como consequência da falta de registros da UBSF em estabelecer o controle fidedigno de tal cobertura e seguimento de protocolos no manejo da prevenção de Câncer de Colo de Útero. Tem-se um contingente de 81% das mulheres as quais não apresentam o exame preventivo em dia. Dado alarmante, porém, há hipótese em que tais mulheres, apresentem periodicidade controlada, ou seja, dois exames consecutivos negativos prorrogando para três anos à realização de um novo exame citopatológico, conforme preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Assim, há um viés de aferição os quais diminuem a prevalência em vistas do esperado no rastreio em dia com o preventivo. Ainda, há perda de seguimento associado às questões psicológicas é outro foco de atenção que não podemos menosprezar. A falta de orientação profissional, realçando a importância do manejo preventivo, persuadindo durante o exame físico, a tranquilidade, assume um olhar positivo pelas mulheres. Já nas jovens, cabe ressaltar, que o impacto psíquico é forte, sendo que, as mesmas estão construindo sua autoimagem e sexualidade.

Nesse caso orientar sobre anticoncepção, DST e sexo seguro é mais eficaz que submetê-las ao rastreamento. As angústias devem ser abordadas por todo profissional da Atenção Primária, estabelecendo relações de vínculo e posterior seguimento.

Examinando o processo de trabalho, através do exposto acima, fica claramente definida a necessidade de melhorarmos muitas das ações para prevenção e promoção do CCU. Primeiro ponto diz respeito à linha de cuidado, um olhar sobre o sujeito, a configuração de uma imagem positiva de vínculo profissional-usuária. Isso, desde a consulta com médico generalista até os cuidados paliativos; devemos também valorizar o apoio no cuidado. Sabe-se que um exame anormal desperta efeitos psicológicos negativos, gerando impacto desfavorável na qualidade de vida. Assim, somos protagonistas na estratégia de orientação sobre o significado das alterações citológicas, ação associada às maiores taxas de adesão e seguimento ao tratamento qualificado em tempo oportuno.

Segundo, propiciar a divulgação comunitária a encontros de grupos de mulheres na Unidade de Saúde ou em espaços comunitários, ampliando a visão e despertando as dúvidas sobre saúde sexual feminina, diminuindo os tabus (vergonhas). Dessa forma, há favorecimento para maior captação de mulheres ao rastreio precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino. Uma ação realizada foi à vacinação contra HPV, nas escolas. Entretanto, a prevenção primária é aconselhada apenas as adolescentes que ainda não iniciaram atividade sexual. No meu ponto de vista, tal estratégia de vacinação apresenta pontos falhos, pois, sabe-se que a vacina não protege contra 30% de sorotipos oncogênicos, não eliminando a necessidade de rastreamento secundário. Então, como equipe de Atenção Primária, mais importante que vacinar, é eliminarmos os fatores de risco de câncer de colo uterino, bem como, estarmos atentos na vigilância de casos positivos a fim de submeter à confirmação diagnóstica e tratamento adequado.

Devemos na Atenção Primária valorizar a prevenção do Câncer de Mama (CM). A neoplasia que mais acomete mulheres no mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos. No entanto, apresenta um bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. Existe uma alta taxa de mortalidade, porque na maioria das usuárias é diagnosticado tardiamente. Apesar do acometimento muito maior em mulheres, não é uma doença exclusiva do sexo feminino. Em relação aos fatores de risco tem-se grande associação com fatores

hormonais, mais precisamente, estímulo ao estrogênio, excesso de peso, história familiar ou de mutação genética. Porém, devemos reservar maior atenção à idade avançada, que constitui o principal fator de risco para neoplasia mamária. No entanto, há casos de mulheres que desenvolvem a doença sem apresentar fatores de risco identificáveis. Nesse contexto, em nível de Atenção Primária, a equipe deve conhecer a população de sua área adscrita, identificar as mulheres na faixa etária prioritária e principalmente alvo de alto risco. A avaliação da cobertura ao exame é tarefa fundamental as equipes. Em relação ao Caderno de Ações Programáticas, registramos um percentual de 42% (n=142) em vistas ao denominador (n=337) do número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de cobertura e acompanhadas para prevenção de CM. Os dados foram captados por meio do livro de registros de usuárias submetidas à mamografia no período de julho de 2013 a maio de 2014. Avaliando a cobertura, estaria aumentada se tivéssemos acompanhado dentro de 12 meses. Mesmo assim, foi baixa a cobertura conforme estimada pelos denominadores.

Em reunião realizada pela equipe levantei questionamentos sobre os baixos denominadores; a resposta que tive diz respeito ao elevado número de pessoas da cidade que possuem planos de saúde, em média 70% da população da cidade dispõem de tal recurso. Por exemplo, as próprias profissionais da UBSF (Enfermeira, Técnicas de Enfermagem e recepcionista) que estavam nesse enfoque relataram que acompanham com o ginecologista por intermédio do plano de saúde. Assim, há ação deficitária da captação de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realizam seu rastreio mamário no privado; as agentes de saúde não têm acesso a tais informações e os dados ficam subestimados e sem o registro de monitoramento adequado.

Os indicadores da qualidade do controle do CM, em suma, são satisfatórios. Durante anamnese são avaliados integralmente os riscos para câncer de mama, buscados sinais e/ou sintomas que possam estar relacionados à neoplasia mamária. Em geral, aborda-se o primeiro sinal da doença que costuma ser a presença de um nódulo único, não doloroso e endurecido na mama. Outros sintomas, porém, deve ser considerada, como a deformidade e/ou aumento da mama, retração da pele ou do mamilo, os gânglios axilares aumentados, vermelhidão, edema, dor e a presença de líquido nos mamilos. Entretanto, não foi possível dispor de dados de mamografias com mais de três meses de atraso, isso, reflete a falta de gerenciamento através de

protocolos para melhor seguimento. Também, o registro das mamografias realizadas encontra-se em prontuário, devendo, portanto, uma análise do mesmo durante a consulta a fim de averiguar o melhor seguimento dessas mulheres.

Assim como citado, os aspectos psicológicos da mulher mediante as alterações do exame de colo uterino, nas mamas, seguem a mesma sintonia. A iminência da perda da mama associada à imagem de mutilação acarreta a desestruturação do sentimento de valor da mulher, tendo como primeira reação o desejo de salvação do órgão. Por mais que as informações estejam à disposição da comunidade através da informática, da mídia, do linguajar popular, entre outros, com intuito de diminuir a incidência de câncer de mama, muitas mulheres por constrangimento, medo e sentimento negativo, não buscam o serviço de Atenção Básica. Assim, nem as orientações básicas disponibilizadas pela Equipe, tais como, o simples autoexame das mamas, deixam de atuar como prevenção primária. No município existe a Liga de Combate ao Câncer de Mama, com ações positivas de apoio na prevenção de tal enfermidade.

Muitas das ações para melhorar a amplitude de cobertura e a qualidade do controle do CM na UBSF, bem como, seguimento de mulheres com exame alterado foram oportunizadas acima. Ainda, cabe propor práticas que mobilizem essas mulheres a sair da zona do sedentarismo, favorecendo a diminuição da gordura corporal, estimulando alimentação saudável; uma parcela significativa dos casos de neoplasia mamária são preveníveis por meio de tais ações. Também, garantir o seguimento mediante a intersectorialidade e, quando necessário, realizar a busca ativa pela Unidade de Saúde. Em suma, o envolvimento dos profissionais de saúde e a participação da comunidade, geram as ações em direção a melhor qualidade de vida para as nossas mulheres.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), consideramos patologias críticas do ponto de vista de saúde pública. Tal citação está intimamente relacionada aos seus múltiplos fatores de risco e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, os quais representam a maior causa de morte, bem como, custos exorbitantes ao sistema público de saúde em função da cronicidade. É necessário destacar que a modificação da pirâmide populacional, através do envelhecimento global justifica o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Ainda, o estilo de vida contemporâneo tem contribuído para tornar as pessoas mais inativas, podendo acarretar doenças crônico-

degenerativas, como HAS e DM, que são de longa duração e de progressão geralmente lenta. Por isso, extrema significância aos cuidados que devemos dispor em nossas UBSF ultrapassando o binômio queixa - conduta. Ou seja, devemos identificar os assintomáticos, monitorar um possível tratamento, estabelecer vínculos entre a equipe de saúde-usuários-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do usuário a esse processo.

Em vistas ao Caderno de Ações Programáticas, primeiramente, o indicador de cobertura para Hipertensão Arterial Sistêmica registra ordem de 29% (n=221) de cobertura (n=728) de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área. Em segundo lugar, no Diabetes Mellitus tem-se cobertura de 38% (n=78) em vistas a estimativa de um total (n=208) de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBSF. Em relação aos indicadores de qualidade, tanto para HAS quanto para DM, cabe ressaltar que não foi possível a aquisição de todos dados necessários para a análise situacional. Por exemplo, avaliação de saúde bucal em dia, atraso da consulta agendada em mais de sete dias, com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses, entre outros. Para uma avaliação completa de tais indicadores, seria necessário analisar todos os prontuários da Unidade de Saúde e, verificar através dos registros quais ações realizadas até o momento com os usuários hipertensos e diabéticos. Portanto, tais indicadores servem de alerta para que nós profissionais da Atenção Básica estejamos capacitados na investigação e atuação precoce em indivíduos susceptíveis a desenvolver HAS e DM.

Positivamente, há ficha espelho de registros e acompanhamento ao público diabético e hipertenso, instituído a partir do Projeto de Intervenção na UBSF Chácaras no ano de 2013, vinculados ao Curso de Especialização em Saúde da Família. Assim, conseguimos a manutenção da longitudinalidade nas ações a tais usuários através de registros qualificados.

Em uma análise pormenorizada, há um baixo índice de cobertura de usuários com 20 anos ou mais residentes da área os quais apresentam HAS e DM. Há, possivelmente, um contingente de pessoas na comunidade desassistidas, sendo que o aspecto mais importante na captação desses indivíduos baseia-se no rastreamento precoce, visando um exame clínico e físico completo. Entretanto, essa ação é eficaz quando há educação em saúde, continuada, como parte integrante da Estratégia de Saúde da Família. O trabalho deve ser interdisciplinar, porém, num

primeiro momento a Enfermeira pode avaliar os fatores de risco de adoecimento para essas doenças crônicas, conforme orientado pelo Caderno de Atenção a Saúde.

Há inúmeras ações a prestar em vistas dos usuários susceptíveis, bem como, portadores de HAS e DM, com intuito de aumentar a cobertura e monitoramento. Assim, em toda consulta médica, devemos abranger fatores, tais como, história familiar, alimentação (ingestão de sódio, condimentos, alimentos embutidos, enlatados), tabagismo, ingestão de álcool, a prática de atividade física, medicações continuadas, patologias prévias (nefropatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, aneurismas, entre outras), ocupação (nível de estresse e ansiedade), horas de sono. Excelência e técnica são necessárias no exame físico: medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal), aferição da pressão arterial, ectoscopia, palpação de pulsos, exame completo cardiopulmonar e abdominal, extremidades. Ainda, os exames laboratoriais e de imagem são solicitados de modo individualizado para cada usuário.

Em relação à saúde bucal, segundo a Odontóloga da UBSF, a HAS é a doença sistêmica de maior prevalência na jornada de trabalho. Entretanto, não são adotados na unidade protocolos de atendimentos em saúde bucal tanto para hipertensos quanto para diabéticos. Anualmente é realizado um encontro para este grupo, estimulando as ações de promoção e prevenção em saúde bucal. Também, é enfatizada a importância da visita regular do usuário ao cirurgião-dentista, avaliar a interação do uso crônico de medicações e as suas alterações bucais, tais como, xerostomia, crescimento gengival, redução ou perda de paladar, sensação de gosto metálico, glossite, úlceras; doenças periodontais podem agravar as doenças cardiovasculares e o diabetes. Dessa forma, o tratamento dentário é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, devendo, portanto, fazer parte de um tratamento integralizando a Odontologia à Medicina.

É preocupante, pois HAS e o DM são doenças silenciosas e, se não formos capazes de identificar tais indivíduos, o diagnóstico tardio carrega consigo lesões irreversíveis em órgãos-alvo (exemplo: neuropatias, retinopatias, nefropatias, cardiopatias).

Gostaria de relatar que em minha vivência profissional na Atenção Primária, observo certa deficiência do trabalho em Equipe. Assim, como outras ações já analisadas no Caderno de Ações Programáticas, a mesma situação tange os

hipertensos e diabéticos. Ou seja, não existe programação específica de atendimento de tal público; os agendamentos ocorrem à livre demanda. Com isso, não se tem controle fidedigno do motivo de buscas a Unidade e, o médico se torna responsável pelas ações realizadas. Por isso, mediante o atendimento, oriento período de retorno para reavaliação desses usuários. Incentivar a equipe de enfermagem com o cuidado longitudinal dos hipertensos e diabéticos, além de aumentar os benefícios na prevenção das complicações crônicas, melhora a adesão ao tratamento e as mudanças do estilo de vida. Ainda, devemos centralizar nossas ações na implementação da assistência de acordo com a necessidade e grau de risco de cada usuário. O apoio ao autocuidado poderá ser da Equipe de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim. Essas pessoas que apresentam dificuldade para o autocuidado precisam de maior suporte. Por exemplo, realizamos as visitas domiciliares, semanalmente, aos usuários mais vulneráveis, incapacitados física e mentalmente a comparecer a UBSF. Esse suporte tem como intuito reavaliar a integralidade do indivíduo, ou seja, estabelecer uma relação sobre a importância do autocuidado pessoal a fim de prevenir os agravos patológicos subsequentes. Nesse contexto, busco os familiares expondo a fragilidade e os reais riscos para a melhoria na ampliação do cuidado integral.

Dessa forma, em nível de Atenção Primária, devemos manter a conscientização da necessidade de rastreamento precoce em todos os indivíduos susceptíveis a patologias como HAS e DM, principalmente, abordagem multidisciplinar dos fatores de risco modificáveis. Também, manter a longitudinalidade e a implementação de assistência como essência do trabalho na UBS, instituindo ações contínuas de educação em saúde para com hipertensos e diabéticos. Dentre as ações a ser incentivadas, está à busca ativa dos faltosos; no momento, há orientação aos usuários conforme sua classificação de risco cardiovascular para o acompanhamento e retorno.

A saúde dos idosos merece uma atenção especial em nossas Unidades Básicas de Saúde. Com o aumento da expectativa de vida das pessoas, mais especificamente, a senescência, traz consigo uma série de alterações de cunho orgânico, social, psicológico e econômico. O processo de evolução natural diminui as reservas fisiológicas, quebrando certas barreiras de defesa, proporcionando o adoecimento progressivo. De independentes, ativos, provedores, tais idosos, se tornam dependentes, passivos, subordinados as ações alheias. Entretanto, busca-se

um envelhecimento de forma saudável, passível de manter todas as relações e um estilo de vida ativo, com qualidade e seguro de suas decisões. Na Atenção Primária à Saúde, destaca-se o acolhimento e humanização à pessoa idosa. Ou seja, é plausível integrar ações proativas em benefício dos idosos e focar a atenção a esta clientela. Dentre elas, lidar com o processo de envelhecimento fortalecendo as questões subjetivas das pessoas por meio de uma relação respeitosa. Ainda, como profissionais, romper as relações precárias das equipes multidisciplinares e manter o fortalecimento da complementaridade quando julgar necessário. Quando nos deparamos com um idoso o ponto chave para uma atenção continuada ou longitudinalidade é a eficácia na comunicação. Os idosos muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades e, acabam se afastando do acompanhamento salutar, bem como, das práticas sociais, como lógica de fuga, para evitar situações constrangedoras. A comunicação não verbal também é importante para formação de vínculos e planejamento assistencial.

Basicamente quando avaliamos globalmente a pessoa idosa, damos ênfase à funcionalidade. Assim, não existe o conceito de doença única; os idosos apresentam um conjunto de sinais e sintomas resultado de várias doenças concomitantes, onde a insuficiência de um sistema pode levar a insuficiência de outro, o que na prática chamamos de “efeito cascata”. Nós, profissionais da Atenção Básica, devemos focar as ações com intuito da manutenção de um corpo e uma mente sã, independente da faixa etária e das comorbidades prevalentes e de incidência neste idoso (a).

Felizmente, na UBSF Chácaras, o indicador de cobertura de idosos de 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBSF perfazem amostragem de 446 indivíduos, 100% da cobertura preconizada. Os dados são alimentados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Justifica-se como alvo populacional de maior assistência e longitudinalidade na Unidade Básica, tanto pelas suas comorbidades, com destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, como constante procura em vigência de queixas agudas. Indubitavelmente, nesse mecanismo de busca desenfreada, há maior percepção dos idosos do medo da morte, da incurabilidade e agravamento de suas condições mórbidas. O óbito de amigos, familiares ou mesmo pessoas próximas os tornam pessoas mais fragilizadas e, dirigindo-se ao Posto de Saúde com acolhimento satisfatório pela Equipe,

funciona como válvula de escape para amenizar suas angústias mediante a evolução do envelhecimento.

Em se tratando da qualidade dos indicadores, afirmo que não existem protocolos de atendimento aos idosos adotados nesta unidade; não há regras estabelecidas e fixas. Não se tem dados fidedignos para caracterizar os indicadores. Contudo, o atendimento médico é feito de modo integrado, abordando as questões crônicas e resolubilidade na esfera aguda. Há Caderneta de Saúde exigida e visível, nas consultas é registrado os controles da Pressão Arterial dos Hipertensos e do HGT (hemoglicoteste) dos Diabéticos, o mesmo, de ação médica. Em termos de Avaliação Multidimensional verifica-se o Índice de Massa Corporal; no ambiente da consulta, sua postura visual e auditiva; o *insight* na relação médico-usuário com intuito de rastrear demências e problemas psiquiátricos. A mobilidade e riscos para quedas perceptíveis pela deambulação e questionamentos sobre ambiente domiciliar (tapetes, degraus, cortinas, entre outros). Abordagem da sexualidade também é valorizada, pois saúde sexual é parte de qualidade de vida.

Em relação às visitas domiciliares, as mesmas são realizadas de acordo com a demanda para os idosos com alguma debilidade funcional ou motora que estão impedidos de virem a UBSF. Nesse contexto, verificamos as vulnerabilidades e sua interação ao ambiente familiar, evidências de alguma forma de violência intrafamiliar e maus tratos com a pessoa idosa. Devemos incentivar o ato de prover o cuidado associado à harmonia e equilíbrio, fortalecendo as relações com a família para promoção de qualidade de vida. Um olhar para avaliação do estresse do cuidador faz-se necessário, pois o planejamento da manutenção de sua saúde beneficia a assistência a terceiros.

Dentre ações citadas acima, foi realizado na UBSF um encontro com idosos, com destaque ao tema: “Envelhecimento Saudável”. Com base nos relatos, três eixos foram citados para contribuição do envelhecimento saudável. O ponto mais marcante foi a Qualidade de Vida, por exemplo, cuidados alimentares, prática de atividade física, uso correto das medicações, lazer. Segundo, a busca pelo conhecimento e aumento dos interesses, tais como, leitura, música, dança, religião, pensamentos positivos, trabalhos manuais (pintura, crochê), o treinamento no esforço de ampliar novas capacidades. Ainda, alimentar as relações interpessoais, diminuindo o isolamento social que é muito comum no idoso, viver bem com a família, interagir com amigos e familiares. Fundamental a participação da Psicóloga

numa visão ampliada sobre o envelhecimento, incentivando o grupo a pensar a vida em longo prazo e manter-se engajado nas possíveis ações sociais.

Em suma, haja o contexto acima citado não podemos simbolizar o idoso como sinônimo de fragilidade, muito menos, incapacidades. A fragilidade é uma síndrome clínica passível de ser detectada e tratada nas suas múltiplas facetas. No cotidiano, nada substitui uma escuta qualificada realizada pelos profissionais de saúde, habilitados a investigar todos os aspectos que envolvem a vida pessoal, como, familiar, social, cultural, econômico, afetivo e biológico. Muitos dos problemas identificados e adequadamente tratados viabilizam o bem estar mental e um envelhecimento fisiologicamente salutar.

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

Inicialmente, deparei-me com uma postura individualista com que cada profissional executava suas atribuições; ausência de engajamento da Equipe. Sutilmente, esse tipo de postura desfavorece um trabalho para eficácia das ações na Atenção Primária. Através da convivência diária e do diálogo estamos ultrapassando as adversidades, buscando melhores resultados em todas as ações desenvolvidas na UBSF. Individualmente, observo que o trabalho multidisciplinar abre um foco de discussões em benefício do usuário e da comunidade assistida.

Ainda, em vigência da Análise Situacional desenvolvida na UBSF, há uma percepção positiva, como médico, de propostas discutidas com a Equipe. Ou seja, melhora no acolhimento do usuário proporcionando maior integralidade nas ações de Atenção Primária. Em termos físicos, a estrutura da UBSF está muito bem adaptada para receptividade dos cidadãos; não existem barreiras arquitetônicas que impossibilitem a prestação da atenção na saúde da comunidade adscrita na UBSF.

Contudo, a realidade vivenciada, que há entrave e questões de ordens administrativas que esbarram na Saúde Pública. A falta de planejamento dos gestores, o repasse ideal das verbas, entre outros aspectos burocráticos, inviabiliza ações salutares no binômio profissional-usuário em vistas do benefício da longitudinalidade.

Dessa forma, há grande significância na avaliação minuciosa através da Análise Situacional da UBSF. Ou seja, ações diárias são realizadas eficazmente, gerando resultados positivos para a equipe e usuários. Destaque na UBSF Chácaras a ampla estrutura física e organização interna beneficiando um ótimo acolhimento aos nossos usuários. Ainda, algumas ações estabelecidas e incentivadas no início dos trabalhos, estão surpreendendo e surgindo efeitos, tais como, a discussão multidisciplinar mediante os usuários mais vulneráveis, a melhoria na triagem, melhoria na classificação de risco para atendimentos de demanda espontânea, a fim de não sobrecarregar o profissional médico.

Portanto, mais que buscarmos a cura de patologias e amenizarmos a dor, devemos ter muitas responsabilidades em vistas da integralidade, principalmente, gerenciar ações de cunho salutar e, proporcionar uma assistência longitudinal e multidisciplinar em prol da comunidade.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

A atenção Básica a Saúde da Criança merece ações humanizadas e integralizadas, susceptíveis ao favorecimento do pleno desenvolvimento desde o período gestacional até a puberdade. Nesse contexto, a ampliação e o cuidado incrementados a puericultura sobrepõe como um princípio nobre e bastante pretensioso. Segundo Brasil (2012), a proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância. Assim precisamos entender e interferir nos principais fatores que atuam sobre a saúde destas crianças, ponderarmos o dimensionamento enraizado na cultura familiar, com intuito de atingir o máximo potencial das crianças. Em vistas aos atributos citados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas – individuais e coletivas – a fim de melhorar a qualidade na assistência humanística e integralizada à saúde da criança.

O Posto de Saúde Chácaras abrange uma população total de 3258 que integram o programa de Estratégia de Saúde da Família. Justifica-se a falta de cobertura no território, pois se têm agentes comunitários em apenas três das cinco microrregiões e, ainda, algumas famílias estão em fase de cadastramento. A estrutura física apresenta adequado dimensionamento para acomodar a equipe e os usuários. Nossa equipe é composta por Médico de Família, Médico Ginecologista, Psicóloga, Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem, três Agentes Comunitários, Dentista, Secretária e Higienizadora. Entretanto, não há Médico Pediatra responsável pela assistência e cuidado longitudinal conferido à saúde das crianças. Dentre os usuários adscritos na UBSF existem aproximadamente 139 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, segundo os dados do SIAB (2014).

Ainda, interroga-se a inexistência no controle de quantas destas crianças estão em acompanhamento regular nas diversas ações da Puericultura, bem como, a respectiva avaliação de risco, pois não há um Programa direcionado a assistência dessa parcela populacional na Unidade. Atualmente a singular atividade voltada às crianças são os atendimentos clínicos vigentes a solucionarem as queixas salutaras agudas. Outro aspecto diz respeito à baixa cobertura, em torno de 14,38%, se levarmos em consideração a média de 20 atendimentos mensais em vistas de 139 crianças cadastradas na faixa etária de zero a 72 meses.

Objetivando uma nova forma de atendimento à população infantil, construir a ação programática à Saúde da Criança somente será aceitável através do engajamento e participação multidisciplinar da equipe de trabalho. Inquestionável que haja a intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade no atendimento. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das ações, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das crianças sob nossa responsabilidade.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo geral

- Melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na UBSF Chácaras, Garibaldi/RS.

2.2.2. Objetivos específicos

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

2.2.3. Objetivos específicos em saúde bucal

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

2.2.4 Metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Do objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Do objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Do objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

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

Do objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

2.2.4 Metas em saúde bucal

Do objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60 % as crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Do objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.

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

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

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

Do objetivo 3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

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

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

Do 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.

Do objetivo 5. Promover a saúde das crianças.

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 de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

2.3. Metodologia

2.3.1. Ações

2.3.1.1. Ações da Atenção à Saúde da Criança

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

Meta 1.1. Cobertura. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado em reuniões semanais com a equipe. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e, atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha espelho (individual e de acompanhamento) disponibilizados pelo curso, na atualização e preenchimento

da planilha de coleta de dados (também disponibilizada pelo curso), registro específico em prontuário clínico.

Organização e Gestão do serviço:

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

O cadastramento das crianças será realizado por meio de busca ativa realizada pelas agentes comunitárias da saúde ou por livre demanda. Qualquer criança que procurar assistência na unidade, dentro desta faixa etária, poderá ser cadastrada por um profissional da equipe, incluindo-se recepcionista, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico ou odontólogo. Toda criança cadastrada terá sua primeira consulta marcada, tendo prioridade na agenda dos profissionais.

- Priorizar o atendimento de crianças.

Não haverá dia específico na agenda dispensável ao atendimento de puericultura. Toda equipe estará preparada para o acolhimento da criança na UBSF e o atendimento odontológico será realizado após encaminhamento do médico ou livre demanda. Será reforçado a equipe da UBSF um bom relacionamento e adequabilidade no modo de recepcionar a criança e respectivos responsáveis pela mesma quando de encontro com a Unidade de Saúde. É elegível que toda equipe respeite o elo familiar (cuidador e criança) diferentemente de classe social, etnia, problemas psicológicos, físicos e mentais, perfazendo o mecanismo de longitudinalidade na instituição das ações programáticas.

Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Será confeccionado um panfleto da criança que aborde de forma simplificada a significância do programa, bem como, a necessidade de acompanhar integralmente a saúde da criança. Os mesmos serão entregues aos familiares da criança durante o trabalho das visitas domiciliares realizado pelas agentes comunitárias, orientando o agendamento de uma consulta na UBSF, sempre munidos da Caderneta da Criança e um responsável pela mesma. Entretanto, será respeitado o princípio da individualidade e democratização na vigilância dos familiares em aderir ou não com a pactuação do Programa da Saúde da Criança, reforçando os benefícios do assistencialismo com vínculos equipe-família-criança.

Qualificação na Prática Clínica:

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde. As Políticas de Humanização e o Protocolo de Saúde da Criança do Caderno de Atenção Básica (Ministério da Saúde) serão apresentados, bem como sobre o projeto de intervenção e as atribuições de cada profissional na realização das ações. A equipe também será informada e capacitada a respeito da saúde da criança e as principais informações que devem ser repassadas na assistência deste grupo, como por exemplo, a importância da Carteira de acompanhamento para registro das informações a cada consulta com um dos profissionais da equipe.

Objetivo 2. Qualidade. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida será realizado em reuniões semanais com a equipe. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e, atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha espelho (individual e de acompanhamento) disponibilizados pelo curso, na atualização e preenchimento da planilha de coleta de dados (também disponibilizada pelo curso), registro específico em prontuário clínico.

Iniciaremos a vigilância no período neonatal, monitorando a necessidade de realizar a primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida. Será verificada a data provável do parto pela Caderneta das Gestantes acompanhadas na UBSF e, orientar as futuras mães do benefício em seguimento à consulta médica na UBSF nos primeiros sete dias pós-parto, munidas com a Caderneta da Criança.

Organização e Gestão do Serviço:

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

A busca ativa de crianças em vigência do não comparecimento a unidade, será realizada visita domiciliar pelas agentes comunitárias a justificar o motivo faltoso e orientar os responsáveis pela busca breve de consulta na UBSF. Caso o bebê permaneça hospitalizado pós-nascimento, então, médico e/ou enfermeira, iremos fazer contato telefônico para verificar quais intempéries mantém o recém-nascido em caráter de internação, de preferência, contato de similaridade profissional, ou seja, médico a médico e enfermeira a enfermeira.

Engajamento Público:

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

O contato com as mães ou responsável pela criança a fim de compactuar informações da oferta facilitada de assistencialismo na UBSF será fornecida durante procura espontânea, por qualquer integrante da equipe, bem como, a visita das ACS orientando o acesso ao serviço na Unidade. Em cada consulta de atenção à saúde da criança, o médico irá compartilhar com pais ou responsáveis às condutas individualizadas sempre utilizando a Caderneta de Saúde da Criança que permite o registro de informações de saúde da criança. Dessa forma, serão prestadas orientações de responsabilidade da equipe às mães quanto às habilidades psicomotoras em sua relativa faixa etária; as dificuldades de amamentação vinculadas à técnica de uma boa pega; dúvidas em relação ao cuidado com a criança no que tange a acidentes domiciliares e seu transporte em veículo automotor.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde. As Políticas de Humanização e o Protocolo de Saúde da Criança do Caderno de Atenção Básica (Ministério da Saúde) serão apresentados, bem como sobre o projeto de intervenção e as

atribuições de cada profissional na realização das ações. A equipe também será informada e capacitada a respeito da saúde da criança e as principais informações que devem ser repassadas na assistência deste grupo, como por exemplo, a importância da Carteira de acompanhamento para registro das informações a cada consulta com um dos profissionais da equipe.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Para monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e gráficos que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Ao acolher todas as crianças de 0 a 72 meses que chegam à UBSF para consulta de puericultura, será garantido material para aferição das medidas antropométricas, entre eles, balança calibrada, antropômetro e fita métrica com a solicitação do gestor a contemplar os itens faltantes.

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

Quando houver a necessidade de esclarecimentos e/ou dúvidas em vistas a criança, toda a equipe poderá interrogar o médico ou seguir as orientações visibilizadas em versão atualizada de Protocolo da Saúde da Criança. Este protocolo será impresso e disponibilizado para a consulta na UBSF.

Engajamento Público:

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

Os pais e/ou responsáveis pela criança serão orientados em cada consulta de puericultura sobre as condutas esperadas para o controle social.

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

O contato com as mães ou responsável pela criança a fim de compactuar informações da oferta facilitada de assistencialismo na UBSF será fornecida durante procura espontânea, por qualquer integrante da equipe, bem como, a visita das ACS orientando o acesso ao serviço na Unidade. Em cada consulta de atenção à saúde da criança, o médico irá compartilhar com pais ou responsáveis as condutas individualizadas sempre utilizando a Caderneta de Saúde da Criança que permite o registro de informações de saúde da criança, bem como irá instruir para que o responsável tenha conhecimento para identificar a correta leitura da curva de crescimento e identificar os sinais de anormalidade.

Qualificação da Prática Clínica:

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde. As técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas serão apresentadas e discutidas para que ocorra a padronização das ações executadas neste quesito. Além disso, a equipe será treinada com dados hipotéticos para o correto preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, e posterior interpretação de traços que indicam anormalidade.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com déficit de peso.

Para monitorar o percentual de crianças com déficit de peso será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e gráficos que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de

coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Ao acolher todas as crianças de 0 a 72 meses que chegam à UBSF para consulta de puericultura, será garantido material para aferição das medidas antropométricas, entre eles, balança calibrada, antropômetro e fita métrica com a solicitação do gestor a contemplar os itens faltantes.

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

Quando houver a necessidade de esclarecimentos e/ou dúvidas em vistas a criança, toda a equipe poderá interrogar o médico ou seguir as orientações visibilizadas em versão atualizada de Protocolo da Saúde da Criança. Este protocolo será impresso e disponibilizado para a consulta na UBSF.

Engajamento Público:

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

Os pais e/ou responsáveis pela criança serão orientados em cada consulta de puericultura sobre as condutas esperadas para o controle social.

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

Os pais e/ou responsáveis pela criança também serão orientados em cada consulta de puericultura sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade apresentada na carteira da criança.

Qualificação da Prática Clínica:

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde. As técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas serão apresentadas e discutidas para que ocorra a padronização das ações executadas neste quesito. Além disso, a equipe

será treinada com dados hipotéticos para o correto preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, e posterior interpretação de traços que indicam anormalidade.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com excesso de peso.

Para monitorar o percentual de crianças com excesso de peso será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e gráficos que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Ao acolher todas as crianças de 0 a 72 meses que chegam à UBSF para consulta de puericultura, será garantido material para aferição das medidas antropométricas, entre eles, balança calibrada, antropômetro e fita métrica com a solicitação do gestor a contemplar os itens faltantes.

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

Quando houver a necessidade de esclarecimentos e/ou dúvidas em vistas a criança, toda a equipe poderá interrogar o médico ou seguir as orientações visibilizadas em versão atualizada de Protocolo da Saúde da Criança. Este protocolo será impresso e disponibilizado para a consulta na UBSF.

Engajamento Público:

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

Os pais e/ou responsáveis pela criança serão orientados em cada consulta de puericultura sobre as condutas esperadas para o controle social.

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

Os pais e/ou responsáveis pela criança também serão orientados em cada consulta de puericultura sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade apresentada na carteira da criança.

Qualificação da Prática Clínica:

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde. As técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas serão apresentadas e discutidas para que ocorra a padronização das ações executadas neste quesito. Além disso, a equipe será treinada com dados hipotéticos para o correto preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, e posterior interpretação de traços que indicam anormalidade.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo.

Para monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e gráficos que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Todas as crianças identificadas com atraso no desenvolvimento serão encaminhadas para atendimento especializado, quando necessário, a partir da indicação médica. Será solicitada ao gestor a facilidade nesta ação propiciando que todas as crianças sejam contempladas na assistência.

Engajamento Público:

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

A cada consulta clínica, os pais e/ou responsáveis pela criança, serão esclarecidos sobre as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

A cada consulta em que a criança é avaliada, os pais serão esclarecidos sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde para que aprendam a monitorar o desenvolvimento da criança. A fim de monitorar o desenvolvimento será utilizada a medida de perímetro cefálico em crianças de zero a 24 meses utilizando a fita métrica, a identificação de alterações fenotípicas e o marco de desenvolvimento para cada faixa etária. Em uma análise médica minuciosa será atribuída uma impressão diagnóstica e conduta individualizada. Assim, conforme protocolo MS (2011): perímetro cefálico < -2 escores Z ou $> +2$ escores Z, presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para faixa etária anterior há provável atraso no desenvolvimento, sendo cabível referir para avaliação neuropsicomotora.

Na ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária deve-se alertar para o desenvolvimento, orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança e marcar consulta de retorno em 30 dias. Quando o marcos para o desenvolvimento encontrar-se presentes, mas existirem um ou mais fatores

de risco, desenvolvimento normal com fatores de risco, a mãe/cuidador será informada sobre os sinais de alerta. Ainda, se o marcos para cada faixa etária estiver presentes: o desenvolvimento está normal. Devemos elogiar a mãe/cuidador, orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança, e retornar para acompanhamento conforme orientado e informar sobre os sinais de alerta.

- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde para que aprendam a preencher corretamente a ficha de desenvolvimento infantil, previamente à explanação sobre o desenvolvimento infantil.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.
- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Para monitorar o percentual de crianças com vacinação em atraso de acordo com a idade ou com vacinação incompleta ao final da puericultura será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e tabela que utilizaremos para compor o monitoramento. Também será adotada a carteira de vacinação, quando tida em separado pelo responsável. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Será solicitada ao gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

- Realizar controle da cadeia de frio.

A excelência dos imunobiológicos a serem aplicados é armazenada através da cadeia de frio mediante o uso de geladeira de 280 litros, a temperatura positiva a + 2°C. É realizado controle diário da temperatura no início e no fim da jornada de trabalho, não sendo permitido colocar outros materiais. Ainda, é realizado o degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5cm. Esta será responsabilidade enfermeira da unidade, conforme rotina já estabelecida pelo serviço.

- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

A enfermeira da unidade é a responsável por esta ação, sendo assim, terá a responsabilidade de controlar o estoque de vacinas.

- Realizar controle da data de vencimento do estoque.

A enfermeira da unidade é a responsável por esta ação, sendo assim, terá a responsabilidade de controlar a data de vencimento do estoque.

Engajamento Público:

- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

A comunidade será orientada por meio de uma palestra na Unidade de Saúde sobre o calendário vacinal da criança e as facilidades oferecidas e a importância da atualização das vacinas em atraso.

Qualificação na Prática Clínica:

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

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Para monitorar o percentual de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e tabela que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos

dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Será solicitada ao gestor a disponibilização do suplemento de ferro garantindo assim a dispensação deste medicamento a todos àqueles que necessitarem.

Engajamento Público:

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

A comunidade será orientada por meio de uma palestra na Unidade de Saúde sobre a importância da suplementação de ferro.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde para que tenham conhecimento a respeito das recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde. Conforme Ministério da Saúde, o médico deverá suplementar as crianças com sulfato ferroso, sendo que, o profissional será o responsável pela prescrição, com posologia de 1 a 2 mg de ferro elementar/kg de peso para o público de crianças referido.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Para monitorar o percentual de crianças com triagem auditiva será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e tabela que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Serão solicitados ao gestor os materiais necessários para realização de teste auditivo.

Engajamento Público:

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

A comunidade será orientada por meio de uma palestra na Unidade de Saúde sobre a importância de realizar o teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Na primeira semana de intervenção será realizada uma capacitação com todos os membros da equipe na unidade de saúde para que tenham conhecimento, também, a respeito da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança. Será incorporado no protocolo de saúde da criança a triagem auditiva, a ser realizada preferencialmente até o final do primeiro mês, pelo médico, possibilitando um diagnóstico mais definitivo por volta do 4º e 5º mês, bem como o início da reabilitação até os 6 meses de idade.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Para monitorar o percentual de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida será adotada uma ficha espelho disponível para cada atendimento individualizado, contemplando o item acima. Para eficácia das ações é indispensável o monitoramento da Caderneta da Criança, os quais contemplam informações e tabela que utilizaremos para compor o monitoramento. O prontuário clínico também será um instrumento utilizado para registro e monitoramento. A atualização dos dados para a planilha de coleta de dados será semanal, conforme a metodologia da intervenção sugerida pelo curso em questão.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Serão solicitados ao gestor os materiais necessários para realização de teste do pezinho.

Engajamento Público:

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

A comunidade será orientada por meio de uma palestra na Unidade de Saúde sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Todos os profissionais da enfermagem são aptos a realizar o teste do pezinho, intervenção realizada atualmente, sem intempéries. Entretanto, durante a capacitação da equipe serão repassados os passos para a realização do teste do pezinho e sanadas possíveis dúvidas pelo capacitador, no caso, médico da unidade e aluno do curso.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde da criança, em reuniões semanais. A atualização dos dados será feita pela dentista responsável pelas atividades.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.
- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

Todas as crianças do programa serão cadastradas para a atenção odontológica.

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

As crianças terão prioridade na marcação de consultas e, caso, possível, a marcação do atendimento será realizado no mesmo dia em que a criança for assistida por outro profissional da equipe. Esta prioridade ocorrerá tanto por livre demanda ou pelo encaminhamento de qualquer profissional da saúde seja ele pertencente à equipe da unidade ou não.

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

Não haverá dia específico para o atendimento das crianças, todas serão acolhidas e avaliadas quanto à necessidade, sendo de urgência ou não.

Engajamento Público:

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

Serão orientados os pais ou responsáveis pela criança sobre a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade. Em primeira instância será realizada uma palestra na Unidade de Saúde com pais ou responsáveis, sendo este tema fortalecido durante a atividade na Escola e nos atendimentos individuais.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a primeira semana de intervenção, com a atuação do dentista, a equipe será capacitada realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, permitindo que um rastreamento seja realizado.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

A saúde bucal será monitorada por meio do uso da ficha espelho e repasse das informações para a planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Todo familiar que buscar atendimento odontológico para a criança terá sua consulta realizada, seja por urgência quando assistida imediatamente ou por consulta marcada após a triagem de avaliação. Todo profissional que encaminhar para atendimento odontológico terá a consulta agendada com prioridade para este grupo.

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

Toda criança captada será cadastrada no programa de atenção à saúde da criança com atenção odontológica.

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

Todas as crianças terão atendimento prioritário, sem dia específico para tal e acolhidas conforme a avaliação de risco.

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

A agenda será organizada conforme a disponibilidade da atenção e do risco identificado na triagem quando acolhida.

Engajamento Público:

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

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a primeira semana de intervenção, com a atuação do dentista, a equipe será qualificada para realizar o acolhimento de toda criança, seja por livre demanda ou por encaminhamento de algum profissional, seja ele da equipe ou não.

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

Durante a primeira semana de intervenção, com a atuação do dentista, a equipe será capacitada para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

- Capacitar os cirurgiões-dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

O Médico e o Odontólogo serão cúmplices com a equipe em relação ao atendimento clínico, ou seja, se houver a necessidade de retorno para tratamento odontológico e o acompanhamento longitudinal, toda equipe será contemplada das informações. Ainda, a cada consulta o médico irá interrogar os familiares ou responsáveis sobre o cuidado com a saúde bucal e situação acompanhamento odontológico. Serão feitos agendamentos para crianças na faixa etária de 6 a 72 meses, no qual o dentista estará ciente das ações programáticas, visando não somente tratamentos agudos, mas também prevenção de agravos em saúde bucal.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.
- Monitorar as buscas a crianças faltosas.

A equipe de saúde deverá estar atenta a cada nascimento de um novo recém-nascido no qual a mãe estava vinculada no atendimento de pré-natal na Unidade de Saúde, para posterior cumprimento da consulta nos primeiros sete dias de vida dessa criança. Caso não tenha sido atendido, realizar busca através de visita domiciliar médica ou agentes comunitárias de saúde, bem como, por telefone. O monitoramento da realização das consultas de acompanhamento da criança deverá ser feito pela equipe.

Para acompanhar a cobertura e monitorar os faltosos, o serviço disponibilizará de um livro de controle dos faltosos tanto para recém-nascido como para os anos subseqüentes até o 6^o ano de vida. De acordo com preconizado e pelas evidências, o número médio de consultas a perfazer o primeiro ano de vida, para crianças de baixo risco, devem acontecer, inicialmente nos primeiros 7 dias de

vida, após, no primeiro mês, aos 2,4,6,9 e 12 meses. A partir do primeiro ano, aos 15, 18 e 24 meses e após essa idade consultas anuais.

O monitoramento das buscas as crianças faltosas terão informações registradas em prontuário. Esse procedimento deverá ocorrer para as crianças ainda na vigência de falta a primeira consulta e no acompanhamento, tendo como objetivos vincular ao serviço, avaliar as condições de vida familiar e as razões do atraso, da interrupção ou do abandono na UBS.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Importante ressaltar que todas as crianças terão assegurada sua consulta subsequente previamente agendada na consulta anterior. Em se tratando de crianças faltosas, em reunião quinzenal as mesmas serão identificadas, e por meio de visita domiciliar às agentes comunitárias irão a busca ativa remarcando consulta. Nessa situação não haverá um dia específico para consulta, mas conforme disponibilidade da agenda médica.

- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Caso tenham desperdiçado a oportunidade de reencontro a UBS em consulta agendada previamente; no primeiro ano de vida as crianças de alto risco que deixarem de ser atendidas por um mês; as de baixo risco por dois meses no primeiro semestre e três no segundo semestre. Será reservado um espaço na agenda especificamente para garantir o acolhimento às crianças provenientes das buscas às faltosas.

Engajamento Público:

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

Em defesa do direito à vida e responsabilização pela não omissão de cuidados em saúde, a equipe poderá fortalecer o vínculo cuidador através do diálogo em cada intervenção salutar benéfica para com o cuidador. Será possível manter o vínculo assistencial estabelecendo uma relação de confiança ao longo do tempo em que tiverem contato. Os membros da equipe deverão conversar com a mãe ou responsável informando sobre as avaliações realizadas, elogiar as atitudes positivas, orientar e verificar sua compreensão sobre as informações e condutas necessárias para o bom desenvolvimento e manutenção do estado de saúde da criança, reforçando a importância do próximo retorno. As ACS também são peças chaves na

comunidade na orientação em suas visitas ao acompanhamento regular da criança na UBSF.

Com intuito de fortalecer o engajamento entre pais ou responsáveis pela criança e a equipe de saúde realizará uma palestra na Unidade de Saúde as quais contemple informações importantes tangentes ao pleno desenvolvimento salutar da criança, bem como, seu acompanhamento longitudinal e integralizado. Participarão desse enfoque as técnicas de enfermagem, a enfermeira, o médico, as agentes comunitárias de saúde e a odontóloga. Caberão as técnicas de enfermagem expor a importância e significância de acolhimento e triagem e caracterizar indícios na história pregressa (pré-natal, antecedente familiar e patológico) de alto risco a criança.

O trabalho da Enfermeira na nossa equipe é estritamente burocrático não havendo disposição e disponibilidade para o atendimento clínico. O médico explicará a magnitude de suprir o desenvolvimento da criança de forma sustentável e salutar; o porquê de usar o sulfato ferroso; o que significa teste do pezinho e da orelhinha; quais benefícios do aleitamento materno; o calendário de vacinas; como estar atento as mudanças na curva de crescimento e peso; os cuidados com acidentes e dúvidas vindas dos pais.

As agentes de saúde estarão esclarecendo o motivo da busca ativa nos domicílios em caso da criança faltar as consultas. Bem como, como o seu trabalho amplia o foco de atenção a situações vulneráveis no seio familiar, como cuidados gerais, ambiente de sono, depósito de medicamentos e utensílios, prevenção de acidente domiciliar, entre outros. A Dentista será responsável por compartilhar a prevenção da saúde bucal e as principais alterações patológicas nos dentes das crianças. A unidade de saúde dispõe de espaço físico adequado para realizar uma reunião com os pais ou responsáveis pela criança.

Qualificação da Prática Clínica:

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

A cada consulta médica será solicitado a Caderneta da Criança em acompanhamento no Programa de Intervenção. No remissivo “Anotações” o médico fará o registro da próxima consulta programada a criança. Dessa forma, as ACS poderão identificar as crianças em atraso através da Caderneta da Criança durante as visitas, notificarem a Unidade no livro dos faltosos e orientar os pais a reagendar

a consulta o mais breve possível. O treinamento das ACS será realizado por meio da capacitação da equipe que ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde estará vinculado à ficha espelho de atendimento a criança, os quais contemplam o registro de informações da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses, proporcionando um sistema de informação organizado e de fácil acesso. Toda criança até os seis anos deve possuir o Cartão da Criança, o qual deve ficar com a mãe e ser levado em todas as consultas para acompanhamento. Também será implementada no monitoramento e avaliação destes dados uma ficha espelho disponibilizada pelo curso e a planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é fundamental para a análise do acompanhamento adequado prestado às crianças. Toda equipe de saúde estará pactuada com o registro das informações. Porém, os registros do SIAB estarão a cargo da Enfermagem.

- Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

Será implantada a ficha espelho e caderneta da criança como instrumentos essenciais de registro para o monitoramento das ações realizadas na assistência às crianças. O médico utilizará uma ficha espelho de puericultura disponibilizada pelo Programa de Especialização em Saúde da Família (UNASUS-UFPEL) que contemple as ações de intervenção dentre as informações relevantes: dados pessoais, gestação e parto, dados do RN, alimentação, vacinação, exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor, orientações, avaliação de risco, avaliação

odontológica, que será anexada em cada prontuário da criança avaliada. Toda equipe terá acesso a ficha espelho, bem como, aptos a discussão das informações ali vinculadas.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Toda a equipe será capacitada para o registro adequado nos instrumentos e pactuar-se a utilização destes por toda a equipe.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

O monitoramento dos registros durante a intervenção ficará a cargo no médico. Posteriormente, com a adesão da enfermeira.

Engajamento Público:

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

Serão orientados os pais ou responsáveis pela criança sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Em primeira instância será realizada uma palestra na Unidade de Saúde com pais ou responsáveis pela criança perpetuando os atendimentos realizados, os registros dispensados e orientando a disponibilização de segunda via da ficha espelho caso haja sua solicitação. Como complementação, em cada atendimento clínico, o médico esclarece os registros realizados (sua significação), principalmente o quadro de vacinas.

Qualificação da Prática Clínica:

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

É possível o preenchimento dos registros do acompanhamento da criança na unidade de saúde por todos os componentes da equipe, de forma clara, legível, sem rasuras. Nesse quesito, será realizado treinamento da equipe na capacitação da equipe durante a primeira semana de intervenção, explorando cada item a ser preenchido e sua significação no acompanhamento do Programa da Saúde da Criança. Retorno a enfatizar que será necessário que os pais ou responsáveis levem a Caderneta da Criança na consulta, pois ela nos contempla informações para registro na ficha espelho.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.
- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Julga-se importante que toda a equipe de saúde saiba identificar as crianças classificadas como de alto risco existentes na comunidade. O monitoramento ocorrerá por meio da avaliação de indicadores nos quais são atribuídas pontuações para classificar a criança como de alto ou baixo risco, em idades de até 2 meses, até 6 meses, até 12 meses, e de 12 a 72 meses. Assim, após a classificação de risco será monitorado o registro de consultas, o retorno, e as que apresentaram atraso no acompanhamento observado na ficha espelho e também prontuário. Este monitoramento e avaliação serão realizados, conforme dito anteriormente, por meio das fichas espelho e atualização semanal da planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

- Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.
- Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

Será priorizado o atendimento as crianças que apresentam alto risco, devendo ser avaliada pronta e cuidadosamente e receber atendimento médico imediato sempre que necessário chamado sistema de porta aberta. Dependendo do desfecho, necessitará ser referenciada com contato prévio para o PA ou hospital do município. Para identificar crianças de alto risco, na ficha espelho será anexada uma marca vermelha na parte superior da ficha, alertando a equipe que se trata de uma criança de alto risco.

Engajamento Público:

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

Sabemos que toda a equipe será capacitada ao fornecimento de orientações aos pais da criança sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Porém, as ACS durante suas visitas aos domicílios e o médico na execução da consulta priorizarão o enfoque das informações referentes aos riscos e consequências futuras as crianças. Além disso, a comunidade será engajada por meio de uma

palestra a ser realizada com a participação de toda a equipe abordando temas referentes ao foco desta intervenção.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Os indicadores plausíveis para caracterização do risco da criança são disponibilizados pelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim, a equipe será capacitada para a avaliação dos seguintes indicadores de alto risco, individualizando conforme a faixa etária: peso de nascimento (< 2500 gramas); duração da gestação (< 37 semanas); suspensão do aleitamento materno; gemelaridade; hospitalizações; malformação congênita; idade materna (<=15 anos e 16 a 17 anos); escolaridade materna (< 4 anos de estudo completos); presença de óbitos em filhos menor que 5 anos; número de filhos morando junto; consultas de pré-natal; renda per capita; problemas familiares e socioeconômicos; problemas da criança (problemas importantes que interfiram no crescimento ou desenvolvimento); vacinas; avaliação do desenvolvimento.

Objetivo 6. Promoção da Saúde. Promover a saúde das crianças.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento do registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho será realizado com o repasse dos dados para a planilha eletrônica de coleta de dados para posterior avaliação das ações realizadas.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação os profissionais receberão a sua atribuição nesta ação e serão orientados para tornarem-se conhecedores do protocolo preconizado em relação à prevenção dos acidentes na infância.

Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Os familiares e as mães serão orientados durante a atividade coletiva a ser realizada na UBS. Além disso, a cada consulta clínica a mãe terá esta orientação dada e reforçada quanto às formas de prevenção de acidentes na infância.

Qualificação na Prática Clínica:

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

A equipe será capacitada na primeira semana da intervenção para os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção. A informação sobre os principais acidentes que ocorrem na infância depende da faixa etária da criança focalizada. Dentre as questões norteadoras da intervenção estão: banho, posição de dormir, transporte em automóvel, quedas, queimaduras, ingestão de corpo estranho, risco na cozinha, uso de andadores, choque elétrico, envenenamento, mordida de animais, janelas, proteção na rua, carro e escadas, afogamentos, uso de bicicleta, segurança como pedestre.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

O monitoramento das atividades de educação em saúde sobre a primeira mamada na consulta será realizado com o repasse dos dados para a planilha eletrônica de coleta de dados para posterior avaliação das ações realizadas.

- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta.

O percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta será obtido com o repasse dos dados para a planilha eletrônica de coleta de dados para posterior avaliação das ações realizadas.

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

Será anotada na ficha espelho a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos para o monitoramento deste dado.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação os profissionais receberão a sua atribuição nesta ação e serão orientados para tornarem-se conhecedores do protocolo preconizado em relação ao aleitamento materno.

Engajamento Público:

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

Os familiares e as mães serão orientados durante a atividade coletiva a ser realizada na UBSF. Além disso, a cada consulta clínica a mãe terá esta orientação dada e reforçada quanto à importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Qualificação na Prática Clínica:

- Capacitar à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

A equipe será capacitada na primeira semana da intervenção para aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e observar a mamada para corrigir a "pega". No aconselhamento do aleitamento materno exclusivo, o profissional deverá explicar sobre os benefícios desta alimentação tanto para mãe quanto para o bebê, como: menor risco de infecções respiratórias e gastrointestinais, menor incidência de alergias, diminuição de internações hospitalares; para a mãe reduz risco de diabetes, de câncer de mama, de ovário e de útero. Deverá orientar que a boa técnica da "pega" se faz quando o bebê pega bem o peito, o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo. Para tal, exemplificaremos estas orientações ao longo das consultas clínicas a serem realizadas para que os profissionais possam ver na prática, fato este realizado com autorização prévia da mulher a ser assistida.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

O monitoramento das orientações dispostas em prontuários e ficha espelho será realizado com o repasse dos dados para a planilha eletrônica de coleta de dados para posterior avaliação das ações realizadas.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação, quando no tema de alimentação infantil, cada profissional terá seu papel definido e será orientado para o repasse correto das orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Engajamento Público:

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

Os familiares e as mães serão orientados durante a atividade coletiva a ser realizada na UBSF. Além disso, a cada consulta clínica a mãe terá esta orientação dada e reforçada quanto à alimentação adequada.

Qualificação na Prática Clínica:

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

A equipe será capacitada na primeira semana da intervenção para a orientação dos pais quanto à nutrição conforme a idade da criança utilizando o guia alimentar do Ministério da Saúde que contempla os Dez passos para uma alimentação saudável (2013). Teremos responsabilidade no atendimento integralizado à saúde da criança, capacitados à promoção de saúde utilizando como instrumento essencial o diálogo e o vínculo profissional-pais-criança.

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

As atividades coletivas serão monitoradas por meio de ficha de presença a ser preenchida por algum profissional da equipe, a ser encarregado posteriormente. Os dados coletados serão digitados na planilha de coleta de dados para avaliação e monitoramento da atividade.

Organização e Gestão do Serviço:

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

As atividades na escola já são realizadas pela dentista. A partir da intervenção, a equipe participará ativamente desta atividade visando uma atenção

integral da criança. Para tal, será marcado um encontro na escola para educação coletiva com a participação de professores, supervisores, familiares e crianças.

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

Em reunião prévia ao encontro, serão estabelecidos os assuntos pertinentes a serem abordados com urgência, dentre eles, primeiramente, a divulgação do programa e da importância da adesão da comunidade.

- Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Será elaborada uma ficha para monitorar a presença dos escolares nas atividades coletivas.

- Organizar todo material necessário para essas atividades.

A equipe será responsável por organizar em conjunto atividades lúdicas e os materiais necessários tal.

Engajamento Público:

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

As atividades vinculadas à educação em saúde serão realizadas na Escola de Educação Infantil da comunidade. Um dos pontos a serem abordados aos professores, pais e familiares e supervisores da escola será a importância da ação integral no cuidado da criança, enfatizando exemplos de como a saúde bucal faz parte da saúde geral.

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

Durante a atividade escolar, os membros da comunidade e da escola serão convidados a participarem do estabelecimento de estratégias e criação de atividades para a saúde da criança, propiciando um maior engajamento.

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

Durante a atividade escolar, os membros da comunidade e da escola serão convidados a participarem da avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, permitindo que tenham real conhecimento da importância da participação da comunidade como responsáveis ativos de sua saúde.

- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Durante a atividade escolar e, posteriormente, na atividade coletiva a ser realizada na UBS, a comunidade será esclarecida quanto a importância da saúde e manutenção dos dentes decíduos.

Qualificação na Prática Clínica:

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

A equipe será capacitada na primeira semana da intervenção para a realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. Esta capacitação será realizada pela dentista da unidade que já realiza atividades de promoção inclusive no âmbito escolar.

- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Os responsáveis pelo cuidado da criança na escola (professores e supervisores) serão capacitados durante a atividade coletiva a ser desenvolvida na escola, atividade programada para o primeiro mês de intervenção.

2.3.1.2. Ações em Saúde Bucal

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança periodicamente.

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde da criança, em reuniões semanais.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Será repassada uma lista com todas as crianças cadastradas no programa e, esta será atualizada semanalmente, conforme o cadastramento das crianças. Será elaborada pelas agentes comunitárias de saúde em trabalho conjunto com a técnica de enfermagem.

- Organizar a agenda para as consultas programáticas.

As crianças terão prioridade na marcação de consultas, podendo ser encaminhadas por outros profissionais da equipe e/ou por livre demanda. Não será estabelecido dia específico para atendimento deste grupo. As consultas serão marcadas conforme a agenda da dentista.

- Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBSF.

Semanalmente, as crianças faltosas serão monitoradas e, solicitadas as visitas domiciliares para a busca ativa pelos agentes comunitários da saúde. Estas visitas também serão destinadas em forma de convite para que a criança consulte com o dentista.

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

Serão realizadas reuniões semanais, nestas um dos temas a serem abordados serão estratégias para melhorar a adesão da comunidade no programa de atenção odontológica à criança e avaliação da cobertura e adesão ao serviço.

Engajamento Público:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos seis meses de idade.

O engajamento público será realizado por meio de palestra a ser realizada na comunidade com a participação ativa de todos os profissionais da equipe. Serão abordados diversos temas, dentre eles: sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBSF; e a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos seis meses de idade. A atividade escolar também terá a participação do odontólogo e será um meio de engajar a comunidade na busca pela assistência odontológica e esclarecimento de mitos e tabus. As visitas domiciliares também serão um meio de divulgação do programa.

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

O engajamento público será realizado por meio de palestra a ser realizada na comunidade com a participação ativa de todos os profissionais da equipe. Serão abordados diversos temas, dentre eles: sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da

Criança da UBSF; e a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos seis meses de idade. A atividade escolar também terá a participação do odontólogo e será um meio de engajar a comunidade na busca pela assistência odontológica e esclarecimento de mitos e tabus. As visitas domiciliares também serão um meio de divulgação do programa.

- Realizar reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

Serão realizadas reuniões semanais, nestas um dos temas a serem abordados serão estratégias para melhorar a adesão da comunidade no programa de atenção odontológica à criança e avaliação da cobertura e adesão ao serviço.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará no intuito de orientar a equipe, para posterior trabalho de divulgação, sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos seis meses de idade.

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

Os ACS também serão preparados para informarem corretamente as famílias sobre a necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde

da criança, em reuniões semanais. A atualização dos dados será feita pela dentista responsável pelas atividades.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Toda criança por livre demanda ou encaminhada terá prioridade na avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não havendo dia específico para tal e adaptando-se conforme a agenda da dentista.

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

Será feita uma lista, conforme a avaliação que conterà os nomes e o contato das crianças que necessitam de atendimento odontológico. Conforme a disponibilidade da agenda da dentista, algumas crianças poderão inclusive já ter seu agendamento realizado.

- Coincidir o agendamento da avaliação da necessidade de atendimento odontológico com as consultas de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança.

As crianças terão prioridade na marcação de consultas e, caso, possível, a marcação do atendimento será realizado no mesmo dia em que a criança for assistida por outro profissional da equipe. Todas as crianças sairão da consulta com o retorno marcado. A partir da lista das crianças cadastradas, na coluna ao lado, serão demarcadas as crianças atendidas e aquelas que necessitam de tratamento odontológico.

Engajamento Público:

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

O engajamento público será realizado por meio de palestra a ser realizada na comunidade com a participação ativa de todos os profissionais da equipe. Serão abordados diversos temas, dentre eles: diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará informando e treinando a equipe sobre o atendimento odontológico, treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, bem como treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento.

Será solicitado que o dentista disponibilize os protocolos de atendimento infantil. Além disso, será solicitado que ele comente com a equipe sobre.

- Capacitar os odontólogos no manejo do paciente infantil.

O dentista, durante a sua formação acadêmica, mesmo não sendo especialista, tem formação para o atendimento infantil. Além disso, as técnicas de manejo comportamentais da criança são protocoladas para o atendimento odontológico pela Academia Americana de Odontopediatria.

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.

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde da criança, em reuniões semanais. A atualização dos dados será feita pela dentista responsável pelas atividades.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Toda criança com primeira consulta odontológica terá seu retorno marcado para o tratamento dentário conforme a necessidade apresentada durante o exame.

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

As crianças terão prioridade na marcação de consultas e, caso, possível, a marcação do atendimento será realizado no mesmo dia em que a criança for assistida por outro profissional da equipe. Todas as crianças sairão da consulta com o retorno marcado. A partir da lista das crianças cadastradas, na coluna ao lado, serão demarcadas as crianças atendidas e aquelas que necessitam de tratamento odontológico.

Engajamento Público:

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

O engajamento público será realizado por meio de palestra a ser realizada na comunidade com a participação ativa de todos os profissionais da equipe. Serão abordados diversos temas, dentre eles: a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

Qualificação na Prática Clínica:

- Treinar a equipe e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará informando e treinando a equipe sobre o atendimento odontológico, treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, bem como sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

- Revisar com os odontólogos os principais protocolos de atendimento.

Será solicitado que o dentista disponibilize os protocolos de atendimento infantil. Além disso, será solicitado que ele comente com a equipe sobre.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde da criança, em reuniões semanais. A atualização dos dados será feita pela dentista responsável pelas atividades.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Todas as crianças sairão da consulta com o retorno marcado, tendo prioridade conforme a necessidade de cada criança.

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

Serão solicitados ao gestor os materiais dentários necessários para a conclusão do tratamento odontológico das crianças.

Engajamento Público:

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

O engajamento público será realizado por meio de palestra a ser realizada na comunidade com a participação ativa de todos os profissionais da equipe. Serão abordados diversos temas, dentre eles: a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário para a manutenção e recuperação da saúde bucal.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará informando e treinando a equipe sobre o atendimento

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

- Capacitar os profissionais para o manejo da criança.

Os profissionais da equipe serão capacitados quanto às técnicas de manejo e quanto aos fatores psicossociais que tendem a influenciar no comportamento da criança. Esta capacitação será realizada pelo dentista da unidade.

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

A equipe também será capacitada para monitorar corretamente a adesão das crianças ao tratamento odontológico, por meio dos instrumentos utilizados para tal, como ficha espelho, prontuário clínico, planilha de coleta de dados e lista de registro das crianças cadastradas, triadas e atendidas.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Semanalmente, a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes serão monitorados. Para as crianças faltosas, serão solicitadas visitas domiciliares para a busca ativa, e quando for preciso, a atuação da assistente social a fim de evitar negligência dos pais.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Assim como a lista das crianças cadastradas e com necessidade de atendimento, uma nova coluna nesta folha de registro será destinada para àquelas crianças que faltarem à consulta.

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

As visitas domiciliares serão realizadas semanalmente a partir da reunião da equipe que identificará as crianças faltosas na semana passada.

Engajamento Público:

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

Durante a palestra a ser realizada para a comunidade com a participação de toda a equipe, a comunidade e às mães serão informadas sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará informando e treinando a equipe sobre como identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas por meio de verificação da agenda e lista de registros.

Objetivo 4. Registro. 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.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS.

O monitoramento será realizado por meio da ficha espelho disponibilizado pelo curso e pelos dados repassados pela equipe que realiza a assistência à saúde da criança, em reuniões semanais.

Organização e Gestão do Serviço:

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Os dados do SIAB serão digitados e atualizados pela enfermeira da unidade, responsável pelo trabalho burocrático.

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

Será implantada para uso na unidade e sistematização do serviço de odontologia as fichas espelho de saúde bucal disponibilizada pelo curso, bem como a planilha de coleta de dados para o monitoramento das ações e seus efeitos.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos.

Durante a intervenção, a digitação dos registros odontológicos na planilha de coleta de dados será realizada pelo médico, especializando do curso. Entretanto, no seguimento da intervenção, será de responsabilidade da dentista. O registro nas fichas espelho será feito pela dentista e repassado ao médico semanalmente.

Engajamento Público:

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

Durante a palestra ser realizada para a comunidade com a participação de toda a equipe, a comunidade será informada sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Qualificação na Prática Clínica:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará informando e treinando a equipe sobre como preencher todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Objetivo 5. Promoção da saúde. Promover a saúde das crianças.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Os dados serão monitorados semanalmente conforme o preenchimento das fichas espelho individuais e específicas para cada criança e sua faixa etária, bem como a digitação na planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Engajamento Público:

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

Estas orientações e esclarecimentos serão oferecidos à população durante a palestra ser realizada para a comunidade durante a intervenção. O escovódromo também será utilizado para orientar sobre correta escovação.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias e capacitando-os para identificar as patologias bucais mais prevalentes.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Os dados serão monitorados semanalmente conforme o preenchimento das fichas espelho individuais e específicas para cada criança e sua faixa etária, bem como a digitação na planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação

sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Engajamento Público:

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

Estas orientações e esclarecimentos serão oferecidos à população durante a palestra ser realizada para a comunidade durante a intervenção. Será destinada atenção especial ao consumo exagerado de doces e lanches.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias e capacitando-os para identificar as patologias bucais mais prevalentes.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Os dados serão monitorados semanalmente conforme o preenchimento das fichas espelho individuais e específicas para cada criança e sua faixa etária, bem como a digitação na planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação

sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Engajamento Público:

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

Estas orientações e esclarecimentos serão oferecidos à população durante a palestra ser realizada para a comunidade durante a intervenção. Será destinada atenção especial aos hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (como mamar no peito e uso de chupeta) e prevenção de oclusopatias.

Qualificação na Prática Clínica:

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

Durante a capacitação que ocorrerá na primeira semana da intervenção, o odontólogo participará definindo o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias e capacitando-os para identificar as patologias bucais mais prevalentes.

2.3.2. Indicadores

2.3.2.1 Indicadores de atenção à saúde da criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1. Proporção de Crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

Indicador 4. Proporção de crianças monitoradas com déficit de peso.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 5. Proporção de crianças monitoradas com excesso de peso.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

Indicador 7. Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 9. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

Indicador 11. Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 13. 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.

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

Indicador 14. 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.

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

Indicador 15. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 19. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

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

2.3.2.2 Indicadores de atenção à saúde bucal da criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador 1. Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Indicador 2. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Indicador 4. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

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

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

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

Indicador 5. Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

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

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

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

Indicador 6. Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

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

Indicador 7. 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.

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

Indicador 8. Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Indicador 9. Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

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

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

Indicador 10. Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

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

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

2.3.3. Logística

Para a intervenção no Programa Saúde da Criança será usado como protocolo o Caderno de Atenção Básica 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, do Ministério da Saúde, ano 2012, já disponível na UBSF. Enfatizo que no município de Garibaldi-RS, até o momento não há nenhuma ficha espelho de atendimento à Saúde da Criança, sendo que atualmente o registro assistencial faz-se de forma aleatória em prontuário manual, não contemplando uma dinâmica clara e objetiva na integralidade de registro. Dessa forma, para aprimorar o registro das ações utilizaremos uma ficha especialmente desenvolvida para o Programa, baseada no Protocolo do Programa Saúde da Criança, alvo etário em crianças de zero a 72 meses. Ainda, para complementar os dados na ficha haverá avaliação odontológica, registro de exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor, avaliação de risco e orientações. Esperamos cadastrar com o Programa 60 crianças de zero a 72 meses. Serão impressas, a princípio, 60 fichas espelho para cadastro e acompanhamento dos usuários, anexadas no prontuário manual atualmente existente.

Assim, começaremos a intervenção com a capacitação para toda a equipe utilizando como instrumentos o Caderno de Atenção Básica 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, do Ministério da Saúde, ano 2012, a Caderneta da Criança, e a ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A capacitação ocorrerá na própria UBSF. Para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião da equipe. Na qualidade da capacitação, o médico será o intermediador, abrindo espaço para o diálogo com a equipe durante a explicação das ações, permitindo a troca de informações, dúvidas, anseios e contribuição para melhorias das ações. Aspecto digno de capacitação diz respeito ao acolhimento da equipe para com a população alvo do Programa. Ou seja, será reforçada a equipe um bom relacionamento e adequabilidade no modo de recepcionar a criança e respectivos (a)s responsáveis pela mesma quando de encontro com a UBS. Também, irei capacitar à equipe na atuação do trabalho

multidisciplinar, extremamente importante e fundamental explicar porque iremos realizar a intervenção, bem como, a metodologia as atribuições dos profissionais na qualificação das ações. Por fim, capacitarei as Agentes Comunitárias, no aperfeiçoamento do cadastramento, habilitação às visitas domiciliares e busca ativa das crianças faltosas. A odontóloga também participará capacitando quanto às questões da saúde bucal.

Inicialmente, o médico de família juntamente com as agentes comunitárias de saúde realizará o levantamento e identificação das crianças de zero a 72 meses moradoras das micro-áreas de acompanhamento da UBSF. A partir desse levantamento será criado o cadastro do usuário. Já nesta revisão será verificada qual criança está com consultas, vacinas ou exames em atraso, ausência de avaliação de risco ou sem avaliação odontológica. Tais questões serão discutidas em reunião quinzenal com a equipe, capacitando as agentes de saúde a realizar a busca ativa. Nestes usuários será realizada a busca ativa mediante contato telefônico ou visitas das ACS no domicílio para agendamento de consulta. A enfermeira da UBSF ficará responsável pelo monitoramento dos usuários em atraso. Para o dimensionamento dos registros na ficha espelho utilizaremos a Caderneta da Criança e dados já disponíveis em prontuário, atrelados a anamnese e exame físico. O cadastramento também será ativo, ou seja, por meio de visitas domiciliares e de livre demanda.

Em relação à metodologia e periodicidade de registros, haverá campos de preenchimento de responsabilidade das Técnicas de Enfermagem e/ou Enfermeira e questões de aplicabilidade e registro médico, sendo que, a cada consulta são acrescentados novos registros, tornando uma ficha integralizada no atendimento. Então, quando a criança vier de encontro a UBSF para consulta agendada com seu responsável, no prontuário já estará anexada à ficha espelho, prosseguindo o acolhimento pelas Técnicas de Enfermagem.

O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pelas Técnicas de Enfermagem. As crianças com problemas agudos serão triadas no mesmo turno pelas Técnicas e após, consulta médica para garantir tratamento e prevenir as intercorrências. Em crianças hígdas, o agendamento será realizado pela recepcionista da unidade por meio de contato telefônico ou busca a unidade pelos pais ou responsáveis da criança. Focalizando o planejamento das consultas no atendimento as crianças, como não haverá um dia pré-determinado a esse público,

estaremos reservando na agenda 01 consulta de atendimento por turno, isso perfaz 02 consultas diárias, 08 semanais, proporcionando ampliar a meta de cobertura de forma positiva no período contabilizado para intervenção e, posterior seguimento do Programa pela UBSF. Os recém-nascidos terão prioridade na agenda para o assistencialismo dentre os primeiros 07 dias de vida sendo agendada sua consulta médica após visita domiciliar pela ACS a constatar a situação puerperal.

Caso a criança ou mãe permaneçam hospitalizadas após o parto, o médico irá fazer o contato na UBSF via telefone a esclarecer o motivo de persistência em caráter de internação, registrando em prontuário. O assistencialismo integralizado pela equipe será disponibilizado da seguinte forma: consulta nos primeiros 07 dias vida, com 1 mês, com 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses. A partir dessa faixa etária, aos 15 meses, 18 meses e 24 meses, prosseguindo de modo anual dos 02 até os 6 anos. Também haverá agenda para o atendimento odontológico às crianças na faixa etária dos 6 aos 72 meses. A jornada de trabalho da Dentista é de 20 horas/semanais, então será reservado na agenda 02 fichas diárias a fim de contemplar assistência às crianças, mediante marcação prévia, referência médica ou livre demanda.

Em se tratando de crianças faltosas ou puérperas, serão identificadas e registradas as mesmas em reunião quinzenal. Em seguimento, por meio de visita domiciliar às agentes comunitárias farão a busca ativa, orientando os pais na remarcação da consulta, instruindo reserva de 02 fichas diárias à população alvo. Após, haverá comunicação com o médico vigente da necessidade de visita domiciliar, em casos de vulnerabilidade ou omissão de cuidados familiares com a criança.

Para divulgação do Programa da Saúde da Criança à comunidade, as agentes de saúde entregarão um convite confeccionado pelo médico aos pais ou responsáveis pela criança, que contempla de forma clara e objetiva o motivo do Programa. Serão impressos 70 convites, bem como, orientar o comparecimento na UBSF munidos da Caderneta da Criança. Ainda será ofertada na UBSF uma palestra com os pais, visando à promoção da saúde as crianças, melhor engajamento equipe-comunidade, adesão ao Programa vigente. Utilizaremos como guia os Protocolos e o manuseio da Caderneta da Criança, contemplando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a técnica de amamentação ideal e eficaz, a prevenção de acidentes na infância, a suplementação

de sulfato ferroso em crianças dos 6 aos 24 meses, nutrição saudável, a vacinação, a importância do teste da orelhinha, do pezinho e a saúde bucal. Será acessível aos pais a aquisição de segunda via de ficha espelho da criança se achar pertinente. A palestra será realizada inicialmente em uma ocasião na UBSF, acomodando os participantes em círculo, com duração de 02 horas, em horário reservado para reunião.

Os temas acima citados serão ministrados pelo médico, equipe de enfermagem e a saúde bucal a cargo da Cirurgiã-Dentista. Durante o diálogo haverá a abertura para perguntas e complementações entre os presentes. Ainda, caso surjam outros temas relevantes à saúde da criança, evocados pelos pais, será aventada a possibilidade de novos encontros programados. Perfazendo o âmbito escolar, com o desígnio de disseminar o programa de atenção e qualificação de saúde da criança será realizado um encontro na Escola de Educação Infantil com os funcionários, pais ou responsáveis pela criança os quais puderem estar presentes. Esse encontro oportuniza informar a oferta de serviços da UBS, como prioridade de atendimento médico e odontológico, pois muitos desconhecem o programa, e isso visibiliza maior engajamento com a comunidade.

Em se tratando da prática clínica, será seguida uma sequência para o atendimento integralizado da criança. Ao chegar à UBSF com o responsável, a recepcionista como porta de entrada confirmará o horário agendado e encaminhará até a sala de triagem. Nesse ambiente, as técnicas de enfermagem realizarão o primeiro acolhimento já munido da ficha espelho anexado ao prontuário, solicitarão a Caderneta da Criança, interrogarão se há alguma queixa, e iniciarão as medidas antropométricas de peso, estatura e perímetro cefálico, registrando as informações na Caderneta e na ficha espelho. Também serão responsáveis pelo monitoramento das vacinas, que em caso de atraso, será oportunizada a realizar naquele momento a vacina na sala de vacinas. Ainda, verificarão se foi realizado o Teste do Pezinho e o Teste da Orelhinha, registrando na ficha espelho. Posteriormente, os usuários serão encaminhados para consulta médica ou odontológica. O médico iniciará sua anamnese com perguntas abertas que favoreçam um bom vínculo com a criança e o responsável. Investigará história pré-gravídica, antecedentes familiares, dados de pré-natal, parto e puerpério. Com esses dados será realizada avaliação de risco as crianças até os 2 meses, 6 meses, 12 meses e de 1 a 5 anos. Caso a criança seja

classificada como de alto risco, o médico colocara uma marca vermelha na ficha espelho.

Em crianças sendo amamentadas serão colocadas a mamar na consulta para verificar as características de uma boa pega. As mensurações antropométricas serão plotadas nos gráficos da Caderneta da Criança visando registro de desenvolvimento e crescimento. Para as crianças a partir dos 6 meses será iniciada a suplementação de sulfato ferroso até os 24 meses, na dose de 1mg/kg/dia de ferro elementar. Além do exame físico completo, o médico efetuará a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a faixa etária. Realço ainda, na nossa equipe, o trabalho da Enfermeira é estritamente restrito ao gerenciamento da UBS, não havendo disposição e disponibilidade para o atendimento clínico. No atendimento odontológico, será priorizado atendimento na faixa etária dos 6 aos 72 meses, tanto na prevenção de saúde bucal quanto tratamento de problemas agudos. No momento a Dentista já desenvolve programa coletivo de saúde bucal na Escola Infantil e continuará dando suporte ao nosso projeto de intervenção.

Finalizando, será abordado com pais ou responsáveis orientações sobre prevenção de acidentes na infância e orientações gerais. Nesse momento, será definida pelo médico a cronologia de retorno para acompanhamento longitudinal da criança e orientado o responsável. Importante enfatizar que em todas as ações da prática clínica os pais ou responsáveis estarão cientes de sua execução e serão orientados em relação aos achados e sua significância para a saúde da criança.

3.Relatório da Intervenção

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

O marco ímpar do Curso de Especialização em Saúde da Família (EaD/UFPEL), iniciou na semana do dia 08 de agosto de 2014. Vinculado ao Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, focalizando a melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBSF Chácaras, Garibaldi/RS. Estabelecido mediante um pacto de compromisso local (equipe de saúde), municipal (gestores) e educacional (orientadores). Iminente ao compromisso pressupõe o estabelecimento de ações previstas ao pleno desenvolvimento salutar dessas crianças num trabalho de engajamento multidisciplinar da Equipe da UBSF.

Assim, para o acréscimo na Intervenção, previamente se sobrepõe um grande arsenal preparatório prático e teórico no ambiente individual e coletivo com a equipe de saúde da UBSF. Também, conhecer a estrutura da UBSF, tais como, sua capacidade física, suas dependências, as micro áreas demarcadas, ou seja, os limites territoriais tornaram-se uma ferramenta pertinente para análise do público alvo ao início da Intervenção prezando atribuições da Saúde Coletiva. Nesse contexto, fazem-se imprescindíveis princípios da responsabilização, ética e transparência em conjuntura com a comunidade, no qual o vínculo é o gargalo para o assistencialismo multidisciplinar de qualidade e longitudinalidade nas ações de intervenção realizadas.

Então, conforme planejamento logístico das ações foi atribuído uma meta percentual para monitoramento da saúde das crianças adscritas na comunidade, objetivando 60% num rol de 139 crianças cadastradas, conforme dados do ano de 2014, no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Por meio da análise prévia dos dados no assistencialismo, implicam-se uma baixa cobertura e, por isso,

fez-se necessário programar estratégias com o intuito de ampliar a esfera na atenção primária a Saúde da Criança de zero a 72 meses de idade. Para compactuar com os eixos programáticos visando objetivos, metas e indicadores, inicialmente, foi desenvolvido um cronograma com atividades pré-estabelecidas para as doze semanas da intervenção.

Pertinente ao cronograma, algumas adaptações foram feitas, mas seguiram-se fielmente as ações propostas, sendo elas: capacitação dos profissionais de saúde sobre o Caderno de Atenção Básica 33- Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (2012), a Caderneta da Criança e ficha espelho; o estabelecimento das atribuições de cada profissional na ação programática durante a intervenção; a divulgação do programa saúde da criança a comunidade mediante a entrega do folder aos pais; o treinamento das ACS na orientação aos pais quanto às ações de saúde as crianças, para realização das visitas domiciliares e busca ativa; cadastramento das crianças de zero a 72 meses do território da ESF; a palestra de educação Infantil dentro da Escola e a palestra na UBSF; os atendimentos clínicos aos agendados, com prioridade aos primeiros sete dias de vida; atendimentos clínicos a problemas agudos e programáticos; atendimento odontológico dos seis aos 72 meses de idade; reuniões com a equipe para determinar crianças faltosas, visita domiciliar pelas ACS ou necessidade de assistência médica ao domicílio (vulnerabilidade, omissão aos cuidados da criança); o monitoramento aos registros da Caderneta de saúde da criança; a busca ativa as crianças faltosas as consultas e o monitoramento e avaliação dos dados da intervenção.

Porém, como ponto de partida para a Intervenção, foi realizado em primeira instância uma checagem de prontidão, tendo em vistas, os insumos necessários oferecidos pela Gestão de Saúde do Município na qualificação das ações. Também, para um bom engajamento da equipe houve uma reunião para cada mês da intervenção, num total de três reuniões, a compactuar as ações preestabelecidas no cronograma, bem como, as dificuldades, os pontos negativos, os anseios, as metas alcançadas e os elogios na valorização do empenho de cada profissional. Para os encontros da UBSF, foi reservada uma hora de um turno da semana, com a presença da Secretária, das Técnicas de Enfermagem, da Dentista, das Agentes Comunitárias de Saúde, do Médico e da Enfermeira.

A equipe de Saúde foi capacitada, utilizando como referencial teórico o Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2012), a Caderneta da Criança e a Ficha Espelho. As ACS também foram treinadas para desempenhar um papel chave na divulgação do Programa à comunidade mediante voz ativa as visitas domiciliares, bem como, o fornecimento de convite elaborado pelo Médico com enfoque educativo-didático ao familiar ou responsável pela criança, memorando a importância de vislumbrar o desenvolvimento salutar de nossas crianças.

Os primeiros cadastros foram realizados conforme agendamento prévio, em consultas clínicas aos usuários de zero a 72 meses e odontológicas compreendendo a faixa etária de 6 meses a 72 meses. Assim, desde o princípio, vivenciei como expectador e atuante o modo de acolhimento proporcionado na porta de entrada do usuário, ou seja, a UBSF. Para a construção de um modelo multidisciplinar pautados nas ações estabelecidas, foi preciso fixar não somente o quesito prático dos profissionais da UBSF, mas também o *“insight”* de benefício mútuo com a equipe, as boas práticas de relacionamento entre equipe, bem como, equipe-usuário.

Ao longo das semanas da intervenção, percebeu-se a amplitude dos atendimentos tanto clínico como odontológico, e a parceira no diálogo entre esses profissionais, respeitando a individualidade nas condutas estabelecidas. Ou seja, foi atribuindo um olhar íntegro à criança, do ponto de vista social, domiciliar, econômico e cultural, implicando a confiabilidade na pactuação de medidas salutaras ao encontro aos pais ou responsáveis pela criança. Ou seja, mecanismos de transparência profissional remetem a credibilidade dos pais na aceitação de mudanças benéficas aos seus filhos, na medida em que a clareza das idéias, o porquê é necessário *“isso”* ou *“aquilo”* repercute em seu pleno desenvolvimento. Por exemplo: alimentação saudável x prevenção de cárie, estímulo à atividade física x diminuição de sobrepeso; higiene pessoal x prevenção de doenças; essas e tantas outras associações que estimulam na prática de uma vida saudável.

Ainda, foram realizadas visitas domiciliares para estabelecer os motivos da ausência à consulta agendada, nas situações em que não conseguíamos contato via telefone com o responsável pela criança. Nesse âmbito, conseguimos observar presencialmente os fatores de risco prejudiciais em alguns ambientes domiciliares da criança e propor mudanças benéficas, bem como, demandar essa busca ativa para ir de encontro a UBSF.

Outro aspecto a ressaltar, foram os atendimentos à demanda espontânea. Assim sendo, nunca menosprezamos as queixas ou buscas à UBSF das crianças em vigência da necessidade de atendimento imediato. Esse quesito também foi estabelecido nas atividades do cronograma, seguido fielmente. Destaco o grande número no assistencialismo a quadros agudos, dentre os principais, infecções respiratórias e do trato gastrintestinal. As crianças foram sempre acolhidas na sala de triagem pelas Técnicas de Enfermagem, as quais realizavam breve anamnese e validação dos sinais vitais. Esse mecanismo de acolher, ouvir e orientar o usuário no momento da dor ou angústia remete ao zelo e confiança com a equipe, que se mantém atenta e disponível no auxílio da criança necessitada.

As ações delegadas em cumprimento parcial, dizem respeito, ao monitoramento da proporção das crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, a proporção de crianças com triagem auditiva, a proporção de crianças com realização do teste do pezinho até sete dias de vida e número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Tais situações de parcialidade dessas ações estão atribuídas a ausência de registros desde o nascimento em diversas cadernetas da criança analisadas, bem como, a desinformação das mães a respeito do indagado.

Já, ações como o monitoramento do crescimento, monitoramento do desenvolvimento, registro adequado da ficha espelho, avaliação de risco da criança, orientações sobre prevenção de acidentes na infância, orientação nutricional de acordo com a faixa etária e orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie, foram pactuadas com extrema presteza e qualidade das informações prestadas, principalmente, no quesito médico e odontológico.

Assim, no quesito monitoramento do crescimento e monitoramento do desenvolvimento, todas as crianças foram submetidas a medidas antropométricas, tais como, peso, estatura, perímetro cefálico (sistema nervoso). Além de um exame físico pormenorizado da cabeça aos pés para avaliação de reflexos tangíveis a faixa etária e composição adequada do desenvolvimento. Para a caracterização de risco, foram utilizados alguns indicadores e respectivas pontuações, ou seja, peso ao nascer, duração da gestação, aleitamento materno, gestação gemelar, hospitalização nos primeiros dois meses de vida, malformações congênitas, idade da mãe, escolaridade materna, óbito em filho menor de 5 anos, demais filhos morando junto, consultas de pré-natal, renda per capita, problemas familiares e

socioeconômicos, vacinas, e avaliação do desenvolvimento. Assim podemos classificar as crianças conforme análise em baixo risco (menor que 6 pontos) e de alto risco (maior ou igual a 6 pontos).

Destaco ação coletiva promovida na Escola Infantil da Comunidade na vigilância de aconselhamento nutricional e hábitos de higiene. Para realizar as atividades, foi desenvolvido um folder em papel ofício tamanho A4 em disposição paisagem, apresentando 10 figuras com tema central hábitos de higiene. Foram impressas 35 folhas na UBSF, mediante autorização da Gestão para tal insumo. Ainda, organizado 9 sacolinhas plásticas, contendo 3 grupos de alimentos que foram: a) sacolinha 1: balas, chocolate, salgadinho; b) sacolinha 2: arroz, feijão, pão, leite; e c) sacolinha 3: cenoura, batata, tomate, banana. Orientado as professoras para reservar um espaço da Escola e dispor as classes das crianças em grupos de 8 a 10 crianças e, que estivesse à disposição seu lápis para pintura.

Dessa forma, para cada figura apresentada foram inúmeras questões abordadas com muita interação pelas crianças. Ou seja, perguntas que não paravam de ser feitas, exposição de situações que as mesmas vivenciaram com os pais ou sozinhas, preocupação que elas demonstraram em melhorar as minhas orientações e contar para os pais quando chegassem a casa. O que representa as figuras: uso do lenço para assoar o nariz; lavar os alimentos; não andar descalço; manter sua casa limpa; tomar banho todos os dias; filtrar a água de beber; escovar os cabelos; escovar os dentes após as refeições; cortar as unhas e usar roupas limpas. Veja uma gama ampla de pequenas ações que, certamente, acarretarão grandes benefícios para a saúde dessas crianças. Para não tornar-se cansativo, as mesmas pintavam duas figuras de cada vez dando uma pausa no diálogo.

Cito algumas exposições das crianças que achei pertinente: *“a mãe não deixa tomar banho todos os dias porque gasta água”*; *“lavar a comida pra não comer os micróbios”*; *“meu pai cortou o pé com vidro quando estava sem tênis”*; *“eu ajudo a lavar louça em casa pra ficar limpo”*; *“assoar o nariz porque dá gripe”*; *“eu tomo banho passo sabonete e canto, gosto da água quentinha”*. Cada criança quando incentivada, expõem a sua realidade, sua maneira de ver e interagir com o ambiente e, métodos de aprimorar o seu bem estar. Nós como profissionais temos o dever de educar, a prevenção em saúde acarreta benefícios não somente a curto, mas em longo prazo. Também, foi realizada uma prática sobre alimentação saudável. Objetivo dessa intervenção foi avaliar o conhecimento dos alunos a respeito de uma

alimentação saudável. Foi dividida a turma em grupo e os mesmos, discutiram qual a sacola deveriam escolher para ter uma alimentação saudável. Essa atividade também foi bastante interativa. Várias opiniões das crianças em vistas a alimentação.

Resumindo o que mais foi focado: a sacola 1 engordaria e não se teria uma boa saúde, pois doces, refrigerantes e salgadinhos não alimentam de verdade, só servem para engordar e provocar doenças. A sacola 2 poderia ficar doente com facilidade, não cresceria direito, pois faltam alimentos como frutas e os legumes, que contêm substâncias importantes para o desenvolvimento e a saúde das pessoas. E a sacola 3 emagreceria, não teria energia para brincar, estudar e trabalhar e não cresceria o suficiente. Apesar de frutas e verduras serem alimentos bastante saudáveis, não devemos comer apenas este tipo de alimento. Assim, a experiência de trabalhar educação infantil foi fantástica, o imaginário das crianças voltado à realidade demonstra que desde pequeninos já apresentam um visão do que é saudável para ter um bom crescimento, porém, em inúmeras vezes são confrontados com as situações controversas no ambiente domiciliar.

Em relação à Saúde Bucal, é preciso elogiar o esmero no trabalho proporcionado por essa profissional. Antes mesmo da instituição da Intervenção, a Dentista já vinha desenvolvendo um trabalho de engajamento com as crianças do bairro na Escola Infantil em ações de educação em escovação e prevenção de cáries, com a distribuição de escovas e cremes dentais. O projeto apenas foi um gatilho para ampliar as ações de monitoramento dentro da UBSF.

Assim, a maior facilidade na construção de um trabalho em saúde bucal pertinente, foi o tangenciamento no apoio as relações de trocas de experiências profissionais, quando em conjuntura discutimos inúmeros casos clínicos, pautados na ética e resolubilidade salutar.

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

Devemos realçar como Equipe da UBSF Chácaras que dentre as ações dimensionadas as quais não foram contempladas, perfaz a Palestra na própria Unidade de Saúde. Havia previsto esta atividade conforme cronograma nas primeiras semanas de Intervenção. Entretanto, esse foi um momento de adaptação

de toda equipe, mudança de posturas fixas e prioridades nas ações direcionadas conforme o protocolo adotado.

O intuito central desse encontro estaria em acolher o maior número de pais ou responsáveis destas crianças, a discorrer de assuntos inerentes a saúde infantil, de livre arbítrio, através de um diálogo disposto em roda, algo espontâneo para sanar as dúvidas e interpor questionamentos. Ainda, atribuir o princípio de prevenção e promoção em saúde como alicerce ao pleno desenvolvimento infantil. Justifico que em três meses de atuação atribuir duas tarefas de coletividade ficou restrita a cronologia ínfima, ou seja, conseguimos elencar todo aparato para ação coletiva na Escola, porém, na UBSF, isso não foi possível.

Outro aspecto que incluiu restrições para ampliar as atividades coletivas e ações gerais, dizem respeito, ao trabalho de cunho estritamente administrativo elencado pela Enfermeira da Unidade. O seu papel discriminatório nas ações de qualificação prática da Intervenção despertou uma negatividade e maior acúmulo de tarefas aos demais profissionais.

Na minha visão, a Enfermeira, como mantenedora de maior conhecimento da população adscrita, deveria intervir juntamente com toda a equipe, avaliar os casos de demanda espontânea, realizar visitas domiciliares, expor seu conhecimento em puericultura não sobrecarregando outros profissionais, como ocorrido durante a Intervenção. Esse comportamento centrado na postura profissional autoritária e administrativa é arcaico, pois, cientificamente comprovado que o trabalho multidisciplinar valorizando as especificidades individuais transpõe barreiras e gera resultados positivos em todas as esferas da Atenção Básica a Saúde.

Finalizando, esses pequenos entraves concomitantes ao trabalho da Equipe são passíveis de melhorias. Nesse eixo que se estabelece a importância das reuniões com todos os trabalhadores da UBSF, no qual podemos expor nossas angústias, não perder o foco das ações pautadas, soluções de maximização do tempo ajustado a dinâmica de um trabalho salutar para todos e, principalmente, para com a comunidade assistida.

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

As maiores dificuldades encontradas para a sistematização dos dados, diz respeito às informações incompletas e ausentes presenciadas na verificação de muitas Cadernetas da Criança. Não podemos culpar os pais, pois os registros deveriam ser fornecidos já após o nascimento pelos profissionais responsáveis na assistência ao pré-natal e parto a nível ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, as fichas espelhos ficam “fatiadas” a constituir ausência de registros daquelas crianças que foram cadastradas ao Programa com mais de sete dias de vida.

Ainda, há distorções das informações que estão atreladas ao grau de conhecimento da mãe e familiares em relação à criança. Sendo assim, observamos que mães com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo demonstraram menor conhecimento e orientações referentes ao pré-natal, consultas de puericultura, exames dispensados até o momento, triagem realizadas, tempo de desmame, entre outros.

Também, satisfação quanto às metas e indicadores alcançados: monitoramento do crescimento, monitoramento do desenvolvimento, vacinação em dia para a idade, registro atualizado, avaliação de risco, orientação sobre prevenção de acidentes na infância, orientação nutricional conforme a faixa etária, orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries.

Cabe ressaltar, que ocorreram dificuldades na sistematização de dados referentes às crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta e proporção de crianças com triagem auditiva realizada. Tais dificuldades estão, respectivamente, associadas ao viés de esquecimento e viés de informação, os quais serão esclarecidos na análise dos resultados da intervenção.

Realçando o atendimento odontológico, os dados anexados na ficha espelho pela profissional foram de grande valia para o dimensionamento das metas e acompanhamento das ações ao longo da intervenção. Dessa forma, eficazmente compactuamos os dados pertinentes à saúde bucal das crianças assistidas.

3.4. Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

A definitiva implementação das ações pactuadas no Projeto de Intervenção podem ser incorporadas a rotina de serviço da UBSF, porém são imperativos reajustes organizacionais para com a Equipe de Saúde, bem como, refinamentos das planilhas de Coleta de Dados e fichas espelho disponibilizadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família.

No contexto organizacional, deve-se estender a parceria de educação em saúde coletiva com demais profissionais de diversas áreas. Não devemos ficar estanques adentro da UBSF apenas em consultas diárias. Após realizar a atividade na Escola Infantil, dialoguei com diversos profissionais, tais como, professores, nutricionistas, coordenação escolar, gestão municipal. E, por mais que tenhamos poucos recursos, somos capazes de impulsionar as mudanças na base da saúde da população. São as pequenas ações longitudinais e multidisciplinares, como a educação continuada, os pilares no fortalecimento da atenção básica e, as respectivas, mudanças em prol da comunidade, aqui em especial, público infantil.

Ainda, estimular a maior participação da Enfermeira na praticidade das ações, mantendo a valorização em seu trabalho de cunho administrativo. Ou seja, aliar todas facetas disponíveis e diariamente lapidarmos as relações interpessoais da equipe de saúde, a fim de proporcionar benefícios mútuos.

Outro determinante, diz respeito à maior vigilância em crianças de alto risco. Há um crescente aumento de exposição domiciliar a riscos, como uso de drogas ilícitas, violência sexual, brigas de casais, precárias condições de higiene, entre outras mazelas presentes. Aqui ensejo maior capacidade de busca ativa, promovendo o treinamento das Agentes Comunitárias na identificação dos fatores de risco citados.

Quanto às fichas espelho, atribuir campos vigentes aos níveis sócio-econômico-culturais das famílias em que essa criança é criada, e não somente dados de nascimento, monitoramento de crescimento e desenvolvimento. Podemos, por exemplo, desmistificar culturas enraizadas malélicas que são passadas de geração a geração; orientações de melhorias no ambiente domiciliar durante as visitas, a fim de diminuir a insalubridade e reduzir o espectro de doenças,

principalmente, as que causam maior mortalidade infantil associadas à precariedade no ambiente instalado. Nesse quesito, podemos melhorar o princípio da equidade, ou seja, tratar de forma desigual os desiguais, assistir os mais necessitados.

Finalizando, é imprescindível veemência e postura dos profissionais para o estabelecimento e manutenção em projetos disponibilizados a Atenção Primária a Saúde. Se você possui toda energia e vontade de mudanças, de nada adianta, quando não há apoio da Equipe; as ações devem ser planejadas e executadas por todos, respeitando as divergências interpessoais. Os pilares que sempre presidi para com os colegas durante toda a Intervenção foi a Integralidade no atendimento, pautando um compromisso com a comunidade na instituição de ações longitudinais em defesa de resultados salutareis a curto e longo prazo. Espero que esse modelo de intervenção permaneça instituído na rotina da UBS Chácaras, passível de qualquer interrogatório a beneficiar a saúde das crianças.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

4.1.1. Saúde da criança

A proposta de Intervenção à Saúde da Criança na Unidade de Saúde Chácaras, público adstrito de zero a 72 meses de idade, alcançou de modo satisfatório as metas preestabelecidas, mediante cronograma, em ações de melhoria aos indicadores de promoção e prevenção em saúde infantil. Nesse contexto, compactuamos um trabalho em conjuntura com a Equipe de Saúde, Gestão Municipal e Comunidade, perfazendo a cronologia de 12 semanas, prezando o assistencialismo em ações longitudinais e multidisciplinares em defesa a efeitos salutareos a curto e longo prazo as crianças da comunidade.

Dessa forma, devemos clarificar a transcendência dos indicadores mediante os resultados obtidos, mediante a descrição quantitativa e qualidade dos eixos organizacionais da intervenção.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde da criança.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1. Número de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Chácaras.

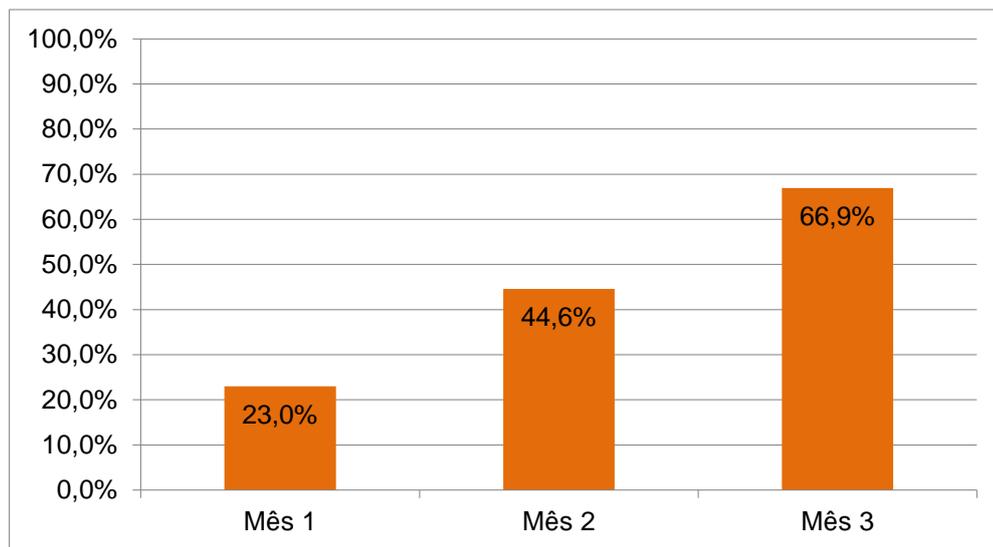


Figura 1. Evolução mensal do indicador proporção de crianças entre zero a 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses da UBSF Chácaras. Conforme planejamento logístico, atribuímos uma meta percentual para o monitoramento da saúde das crianças adstritas na comunidade, objetivando 60% num rol de 139 crianças da área de abrangência, conforme dados do ano de 2014, no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Assim, conforme apresentado no Gráfico 1, 32 (23%) crianças foram assistidas no primeiro mês da intervenção, no segundo mês o percentual de cobertura alcançou 44,6% (n=62) e, a intervenção finalizou com um percentual de cobertura de 66,9%, ou seja, 93 crianças foram assistidas. Dentre elas, 40 (43%) eram do sexo feminino e 53 (57%) do sexo masculino, com a média de atendimentos mensal de 31 (33,3%).

O quesito foi cumprido mediante o apoio incondicional das ACS para a divulgação do Projeto e captação das crianças até a UBSF. Sendo assim, a entrega do convite da criança que abordava de forma simplificada a significância do programa, entregue aos familiares da criança durante as visitas domiciliares, foi de suma importância, pois muitos familiares já vinham munidos da Caderneta da

Criança e com arsenal de questões a esclarecer durante o assistencialismo. Também, significância às reuniões quinzenais da Equipe, totalizando seis encontros, os quais discorreram sobre o monitoramento dos cadastros e melhorias para aumentar o público visado na UBSF.

Apesar de ultrapassar a meta de cadastramento, os números refletem uma subestimação, principalmente, por haver inúmeras famílias da Comunidade que dispõem de planos privados de saúde, dispensando o assistencialismo do SUS. Este aspecto é justificado, pois o município de Garibaldi apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano elevado e, na própria comunidade, pressupõem-se inúmeras famílias com estruturação econômica sustentável aos planos privados de saúde. Mesmo assim, tivemos a oportunidade de assistir e transparecer a qualidade da Atenção Básica em famílias nessa situação, ampliando seu dimensionamento positivo ao serviço público.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atendimento a criança.

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida.

Indicador 2. Número de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

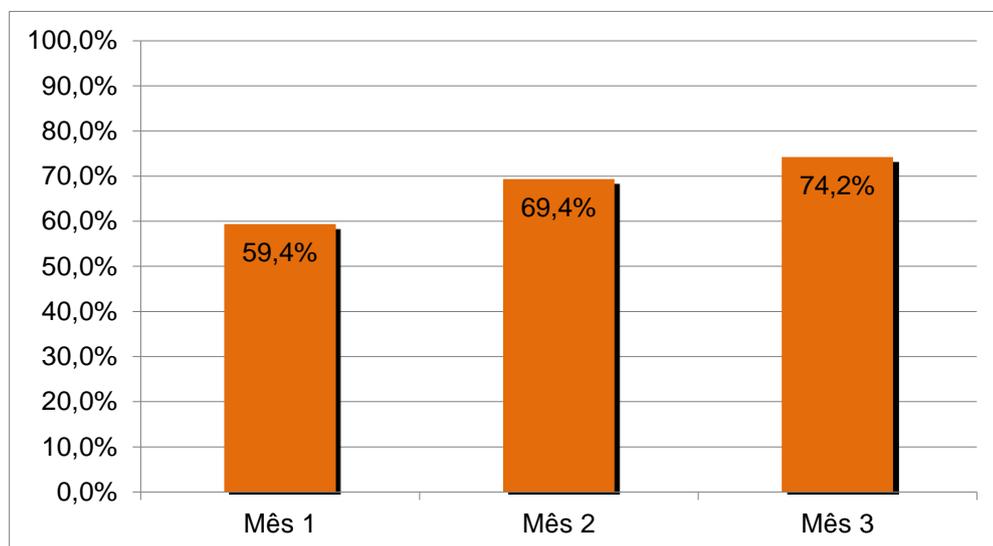


Figura 2. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

Inicialmente, é necessário enfatizar que durante toda a intervenção, foi contabilizado o nascimento de apenas seis crianças (6,45%) das 93 acompanhadas, sendo diretamente a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida mediante assistencialismo de nossa equipe. Portanto, considerando apenas as crianças

nascidas neste período, tivemos 100% da meta qualitativa de consulta na primeira semana de vida.

Entretanto, o indicador leva em consideração todas as crianças acompanhadas, realizando assim uma busca de dados retrospectiva. No primeiro mês da intervenção, 19 (59,4%) crianças, das 32 atendidas, tiveram consulta na primeira semana de vida. Este indicador alcançou o percentual de 69,4% (n=43) no segundo mês, finalizando a intervenção com 74,2% (n=69). Como ponto negativo, durante a intervenção, foi possível observar a carência de dados nas Cadernetas da Criança e nos prontuários quando na aquisição íntegra de informações prévias da criança. Em comparação com as crianças acompanhadas na primeira semana de vida pode ser identificada a qualificação da equipe para o registro de dados tão importantes para o acompanhamento deste grupo, o que caracteriza um ponto positivo desta intervenção.

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva nas crianças.

Indicador 9. Número de crianças com triagem auditiva.

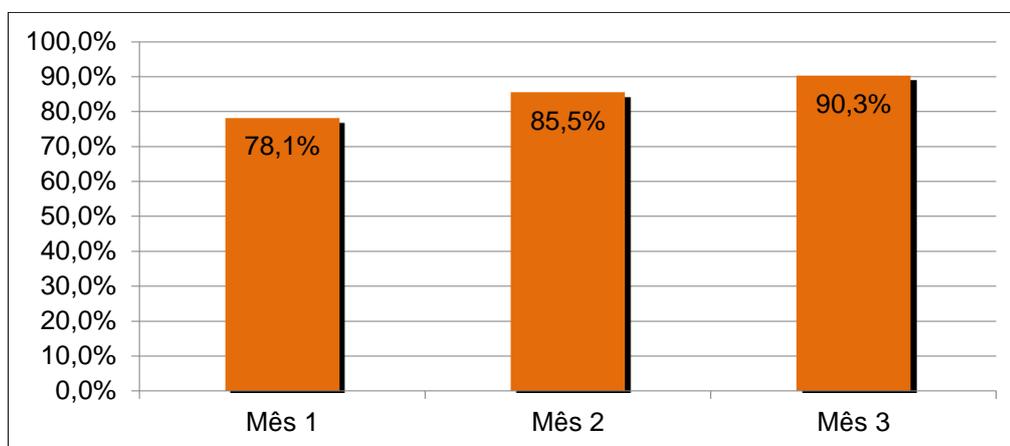


Figura 3. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com triagem auditiva inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

Este indicador qualitativo não alcançou 100% durante os três meses de intervenção. Mesmo fato aconteceu com o indicador que avaliava a consulta na primeira semana de vida da criança. O exame de triagem auditiva deve ser realizado entre o segundo e terceiro dia de vida. Entretanto, esta realidade não pode ser observada, pois inúmeras Cadernetas da Criança estavam sem o preenchimento desta informação. Além disso, quando questionadas, algumas mães não souberam informar se foi realizado o teste ou novo teste aos seis meses em situações

especiais. Assim, perdeu-se a oportunidade do período vigente à sua realização caracterizando menor percentagem na cobertura deste indicador. Em contrapartida, as seis crianças acompanhadas desde o nascimento, durante a intervenção, realizaram o teste de triagem auditiva, alcançando 100% das crianças.

No primeiro mês, 78,1% (n=25) das crianças tinham realizado a triagem auditiva, no segundo mês este percentual alcançou 85,5% (n=53) e, ao final da intervenção 90,3% (n=84).

Como ponto positivo, durante a intervenção, houve uma disseminação para a equipe da importância dos testes a serem realizados no recém-nascido, bem como a qualificação da consulta médica para este grupo. Como ponto negativo observado a partir deste indicador, identificou-se a falha anterior nos registros clínicos da criança.

Meta 2.9. Realizar o teste do pezinho nas crianças até 7 dias de vida.

Indicador 10. Número de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

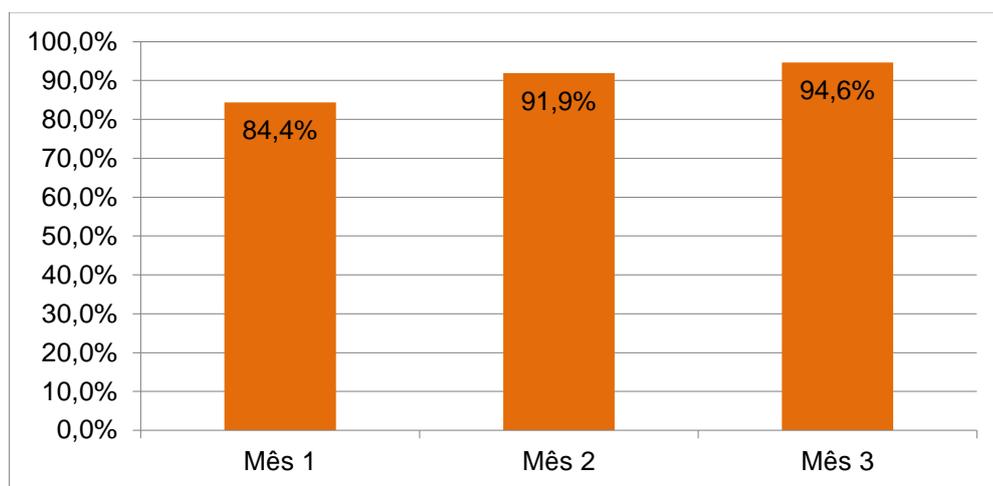


Figura 4. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com teste do pezinho inscrites no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

Conforme já discutido nos indicadores 2 e 9, a ausência de registros tanto em prontuários, quanto em Cadernetas da Criança é um fator que prejudica a cobertura de uma ação programática e limita o acompanhamento completo da criança. Essa foi novamente uma limitação para compactuar 100% da meta de crianças com teste do pezinho até sete dias de vida. Das seis crianças recém-nascidas acompanhadas durante a intervenção, cinco realizaram o teste do pezinho durante os primeiros 07 dias de vida e uma delas com 09 dias de vida.

No primeiro mês da intervenção, 84,4% (n=27) das crianças tinham realizado o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, no segundo mês 91,9% (57) e,

no terceiro mês 94,6% (n=88). Como ponto positivo a ser destacado para este indicador, destaca-se a implantação das fichas-espelho disponibilizadas para a intervenção. Este instrumento foi bem recebido pela equipe e servirá de auxílio para futuros profissionais na manutenção dos registros e maior qualidade no acompanhamento das crianças. Além disso, foi possível a capacitação da equipe para os cuidados e testes necessários para uma criança nos seus primeiros dias de vida.

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

Indicador 12. Número de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

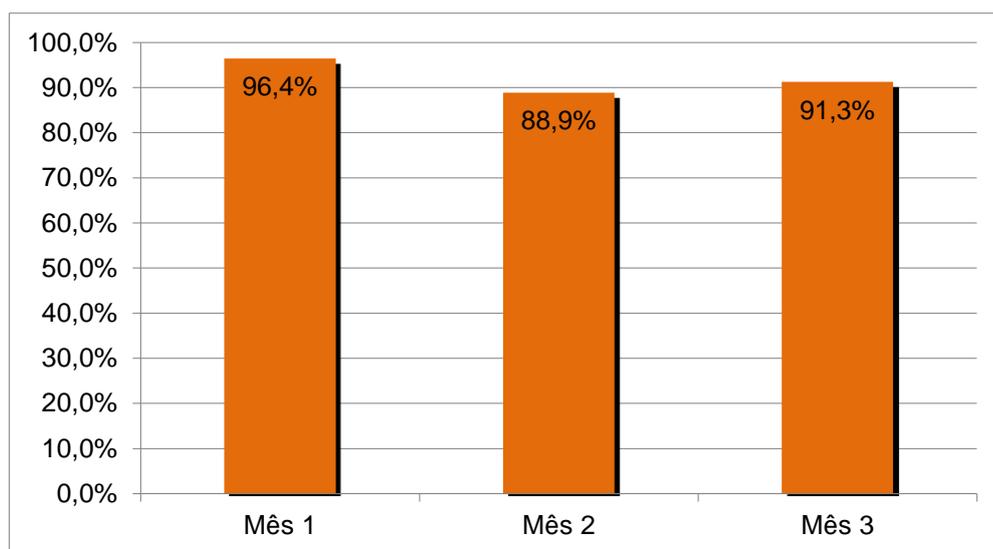


Figura 5. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com primeira consulta odontológica inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

No primeiro mês da intervenção 26 (96,4%) crianças realizaram a primeira consulta odontológica. No segundo mês, 48 (88,9%) e, no terceiro mês 73 (91,3%) crianças. Não foi possível alcançar 100% da meta, pois, a Dentista dispõe de uma carga horária de 20 horas/ semanais para o assistencialismo de toda a comunidade, prejudicando a totalidade da ação. Entretanto, conseguimos agendar o maior número possível de crianças neste intervalo de 12 meses de atuação, caracterizando um atendimento odontológico de qualidade e interdisciplinaridade com a equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.2. Colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

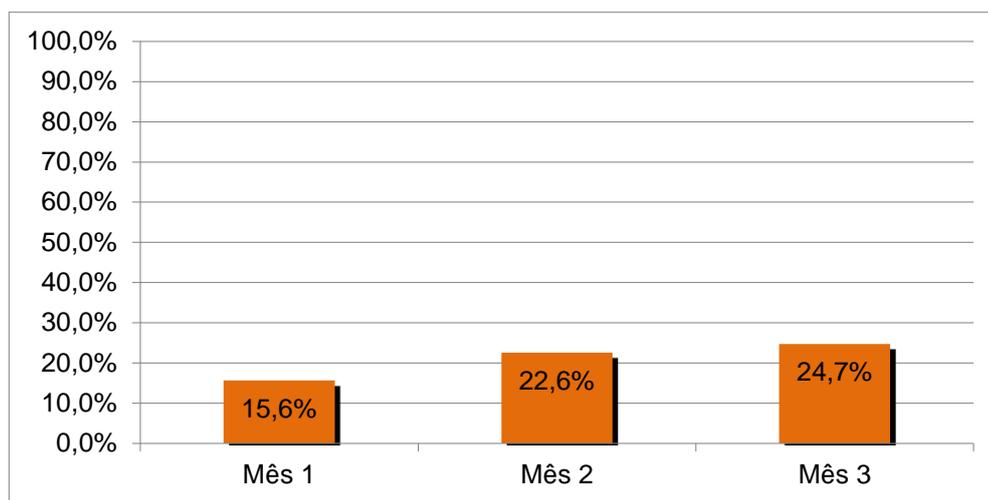


Figura 6. Evolução mensal do indicador proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

A partir dos dados coletados durante a intervenção, e apresentados no Gráfico 6, no primeiro mês 5 (15,6%) crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta programática, no segundo mês 14 (22,6%) e, no terceiro mês apenas 23 (24,7%) crianças.

Levando em consideração a faixa etária de zero a 24 meses, conforme protocolo do Ministério da Saúde (2012), das 93 crianças assistidas, apenas 35 (37,6%) estavam no período de amamentação. Durante a intervenção, 23 (65,7%) crianças foram colocadas para mamar durante a primeira consulta dentre aquelas que ainda estavam na faixa etária preconizada. Este quadro não contempla os 100% da meta, pois há inúmeras mães em processo de desmame e introdução de alimentação complementar precoce. Além disso, há aquelas que nunca amamentaram seus filhos, por motivos diversos, como “leite não descia”, “trabalho”, entre outras alegações.

Este indicador reflete a mesma falha recorrente nos indicadores qualitativos que não alcançaram 100%: falha no sistema de registro dos prontuários e Caderneta da Criança quando na busca de informações prévias.

Metas alcançadas em 100%

Ao final da intervenção puderam ser observadas metas alcançadas em 100% durante os três meses das ações, refletindo diretamente nos indicadores utilizados para tal avaliação.

Indicadores referidos:

- **Indicador 3.** Número de crianças com o monitoramento do crescimento;
- **Indicador 4.** Número de crianças com déficit de peso;
- **Indicador 5.** Número de crianças com excesso de peso;
- **Indicador 6.** Número de crianças com monitoramento do desenvolvimento;
- **Indicador 7.** Número de crianças com a vacinação em dia de acordo com a idade;
- **Indicador 8.** Número de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro;
- **Indicador 11.** Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;
- **Indicador 13.** Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança;
- **Indicador 14.** Número de crianças com registro atualizado;
- **Indicador 15.** Número de crianças com avaliação de risco;
- **Indicador 16.** Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância;
- **Indicador 18.** Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária;
- **Indicador 19.** Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Estes indicadores alcançaram 100% devido à qualidade das ações e, pelo trabalho integral e em equipe realizado durante esta assistência. Todos os profissionais seguiram suas atribuições e dedicaram-se com zelo durante a intervenção. Além disso, deve ser salientada a adesão do gestor que garantiu a disponibilidade das vacinas correspondente à faixa etária no posto municipal, além do fornecimento do sulfato férrico para àquelas que necessitavam de suplementação de ferro.

Outro fator importante foi à capacitação da equipe que permitiu a ampliação e qualificação do conhecimento dos profissionais, bem como a implantação de registros específicos. As reuniões quinzenais realizadas com a Equipe serviram de arcabouço para concretização do projeto e melhorias advindas dos pontos negativos

ou falhas transcorridas ao longo da intervenção. Sem dúvida, a multidisciplinaridade entre a Equipe e apoio mútuo da Gestão Municipal proporcionou um belo trabalho na construção de um modelo diferenciado, ou seja, integralizado no assistencialismo a saúde das crianças da comunidade.

Também, as ações coletivas foram de grande impacto para a comunidade e equipe, desmistificando idéias construídas em cima da falta de conhecimento e, aumentando a adesão dos usuários ao serviço.

4.1.2 Atenção à saúde da criança – Saúde Bucal

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador 1. Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

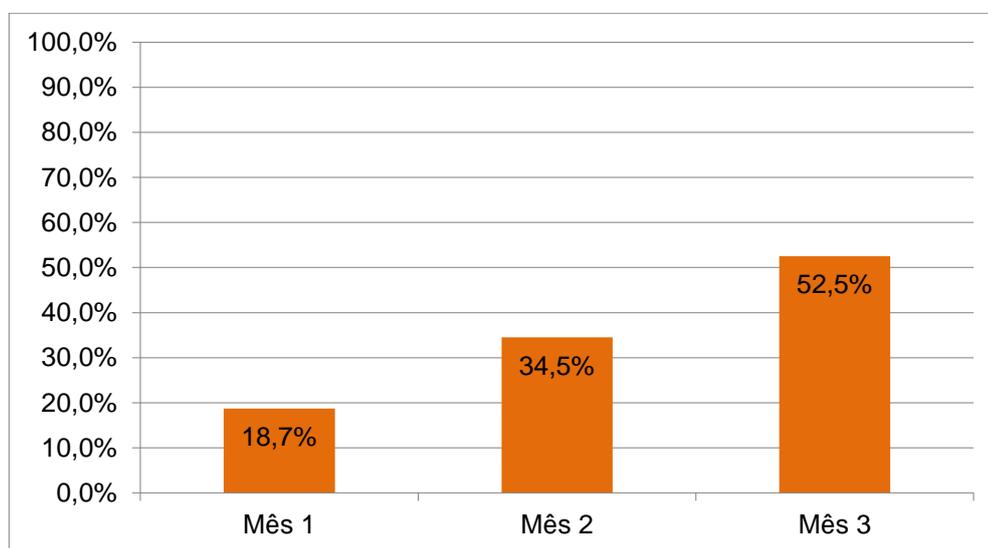


Figura 7. Evolução mensal do indicador proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

No primeiro mês de intervenção, 26 (18,7%) crianças tiveram a primeira consulta odontológica programática, no segundo mês 48 (34,5%) crianças e, no terceiro 73 (52,5%) crianças, tendo como denominador 139 crianças, conforme

estimativa do CAP. Entretanto, das 93 crianças cadastradas na Intervenção, 13 compõem a faixa etária de 0 a 6 meses, os quais não contemplam a cobertura na saúde bucal. Dessa forma, a Dentista deveria alcançar uma meta de 80 crianças com assistência odontológica, porém foram avaliadas 73 crianças, significativamente, um percentual de 91,3% de cobertura.

Alguns entraves não proporcionaram o alcance de 100% da meta, sendo o principal, o número reduzido de horas semanais atribuído a Dentista, o qual restringe a ampliação ao número de crianças atendidas. Porém, apesar dessas restrições a alta demanda, ela conseguiu realizar um trabalho integrado com a Equipe, na discussão de casos e condutas com o médico, na ajuda mútua das técnicas de Enfermagem com a crianças muito pequenas as quais impõem certas restrições durante o atendimento, pela questão do medo e, também, o cadastramento realizado pela secretária.

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

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

Indicador 2. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

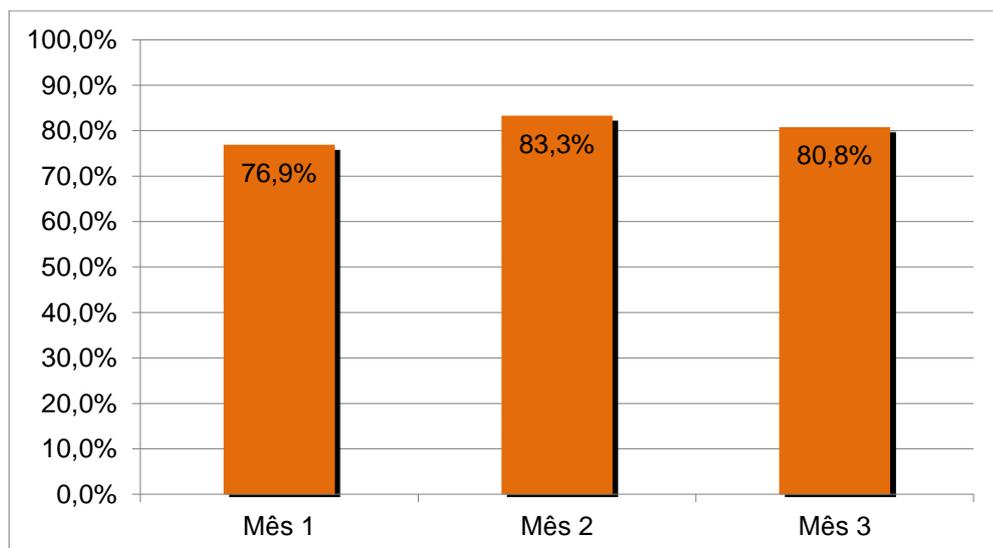


Figura 8. Evolução mensal do indicador proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

No primeiro mês de intervenção, 20 (76,9%) crianças apresentaram necessidade de tratamento odontológico. No segundo mês foram 40 (83,3%) crianças e, no terceiro 59 (80,8%) crianças das 73 atendidas.

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

Indicador 4. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

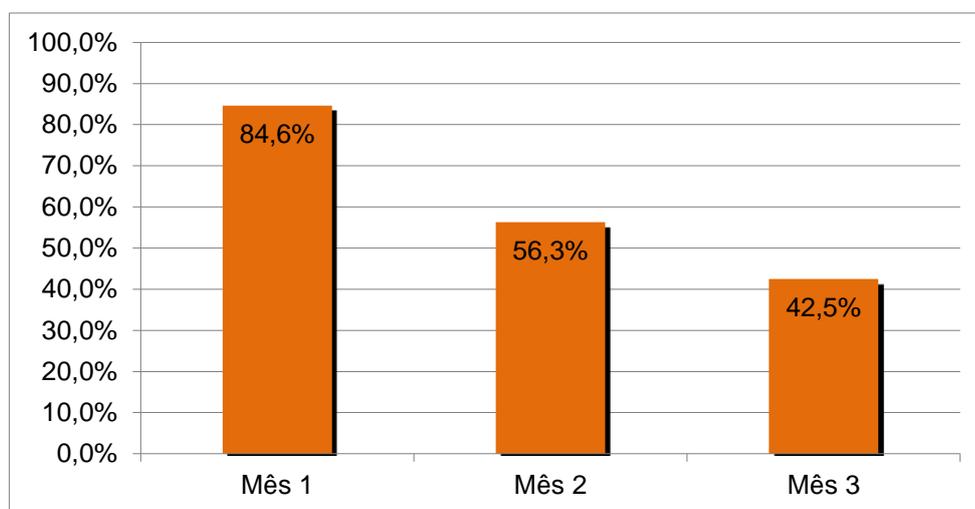


Figura 9. Evolução mensal do indicador proporção de crianças com tratamento dentário concluído inscritas no programa da unidade de saúde. Garibaldi, RS, 2014.

No primeiro mês, 22 (84,6%) tiveram o seu tratamento dentário concluído, no segundo mês 27 (56,3%) e, no terceiro mês 31 (42,5%) crianças. Entretanto, este indicador não reflete a realidade, pois tem como denominador o número de crianças com primeira consulta odontológica (73), sendo que apenas 59 crianças tinham necessidade de tratamento dentário. Sendo assim, das 59 crianças com necessidade de tratamento dentário, 31 (52,5%) tiveram seu tratamento dentário concluído.

Contudo, as demais crianças que não tiveram seu tratamento concluído vigente aos meses de intervenção seguem em atendimento odontológico para finalizar o tratamento. Fundamenta-se a necessidade de maior carga horária a Dentista ou sugerir a Gestão a contratação de outro profissional para suprir às 20 horas/semanais que limitam ampliar o atendimento odontológico as crianças.

Metas alcançadas em 100%

Ao final da intervenção puderam ser observadas metas alcançadas em 100% durante os três meses das ações, refletindo diretamente nos indicadores utilizados para tal avaliação.

Indicadores referidos:

- **Indicador 3.** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia;
- **Indicador 4.** Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde;
- **Indicador 5.** Proporção de crianças com registro atualizado apresentando o percentual de 100% ao longo dos três meses de intervenção;
- **Indicador 6.** Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal;
- **Indicador 7.** Proporção de crianças com orientações sobre dieta;
- **Indicador 8.** Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Felizmente, a promoção à saúde da criança na saúde bucal alcançou a eficácia dos indicadores em atribuição ao trabalho organizado da Dentista. A dedicação ultrapassou o exame clínico, ou seja, nas fichas espelho podemos perceber a clareza dos registros e das orientações repassadas a cada criança que sofreu a intervenção. Ainda, soma-se a capacidade de articulação com os demais profissionais da Unidade de Saúde na realização de um trabalho em equipe que proporcionou a adesão e confiança da comunidade.

4.2. Discussão

O Projeto de Intervenção desenvolvido no âmbito da Saúde Pública em consonância com a Universidade Federal de Pelotas-RS, no ano de 2014, tratou da melhoria da atenção à Saúde da Criança. Nesse contexto, balizamos um público adstrito de zero a 72 meses de idade, no Posto de Saúde Chácaras, vinculado ao município de Garibaldi-RS.

Satisfatoriamente, alcançamos as metas preestabelecidas, mediante programação logística e cronológica em ações de melhoria aos indicadores de promoção e prevenção em saúde infantil. Assim, firmamos um compromisso de trabalho em conjuntura com a Equipe de Saúde, Gestão Municipal e a Comunidade, prezando o assistencialismo nos pilares da Universalidade, Integralidade e Equidade ao público alvo. Ainda, a intervenção centrada em eixos programáticos teve por

finalidade impactar em efeitos salutares a curto e longo prazo ao desenvolvimento infantil, bem como, urgir questionamentos transcendentais a outros cuidados a firmar na rotina da Unidade de Saúde.

É necessário enfatizar, a concordância e o amplo diálogo proporcionado entre os profissionais ao longo do projeto, em especial, a Dentista, a Enfermeira, as Técnicas de Enfermagem, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e a Secretária. Nesse quesito, foi valorizado o respeito às opiniões e a individualidade tangente em cada esfera de atuação, porém, mantendo pertinência da multidisciplinaridade embutida no assistencialismo.

Ao longo desses três meses, a administração dos dados referente às 93 crianças supervisionadas, ou seja, uma cobertura de cadastramento de 66,9% foi realizada mediante registros em planilhas eletrônicas e fichas espelho disponibilizados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, a plataforma E-SUS do município e a busca prévia de dados em prontuários, Cadernetas das crianças e o diálogo com os pais ou responsáveis pela mesma.

Também, mantivemos uma vigilância ativa e constante em todos os recursos citados, a compor um banco efetivo de dados a configurar as ações, atribuir os resultados e, principalmente, perfazer a longitudinalidade das ações. A exposição dos resultados parciais da intervenção, o monitoramento dos cadastros e busca ativa aos faltosos fora explanada em reuniões quinzenais com a Equipe, a dispor melhorias tangentes a implementação efetiva da Intervenção.

Para o dimensionamento qualificado da estratégia de intervenção foi necessário capacitar toda Equipe da UBSF, a seguir as recomendações do Ministério da Saúde. Assim, foi utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2012) – sumariamente relativas à primeira consulta do recém-nascido; anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes; imunizações; monitoramento do crescimento; acompanhamento do desenvolvimento; alimentação saudável; prevenção de acidentes; saúde bucal da criança.

Em linhas gerais, cada profissional assumiu determinadas atribuições, tais como, divulgação do programa a comunidade e visitas domiciliares pelas ACS; agendamento das consultas mediante o cadastramento prévio pela Secretária; a triagem, os procedimentos como retirada de pontos, curativos, entre outros, e entrega de medicamentos pelas Técnicas de Enfermagem; a capacitação da equipe,

a consulta clínica pormenorizada, as visitas domiciliares, a organização e pactuação de atividade coletiva e o manejo de intercorrências agudas a encargo do médico; saúde bucal de responsabilidade da Dentista; a Enfermeira coube a atribuição de questões de cunho administrativo da Unidade. Entretanto, não há homogeneidade atribuída nas ações instituídas, mas, um trabalho multidisciplinar, em que todos têm o compromisso do zelo no acolhimento e a qualidade dos registros.

Consoante a resolubilidade, instituímos um pacto de abrangência em todas as esferas da intervenção. Ou seja, foi imprescindível o conhecimento do meio social, econômico e cultural enraizado no recinto familiar de cada criança. Dessa forma, positivamente conseguimos ampliar os subsídios no confronto de mudanças sensíveis ao pleno desenvolvimento da saúde infantil. Cabe salientar, previamente a Intervenção na UBSF Chácaras, havia um modelo assistencial centralizado na resolubilidade oriunda de queixas agudas, em que o familiar da criança ia de encontro ao serviço conforme sua visão de necessidade, a livre demanda. Esse tipo de atenção primária acarreta distorções na qualidade do seguimento longitudinal, pois, não há planejamento em ações de promoção e prevenção de saúde, focando apenas a cura e abordagem momentânea.

Então, uma nova proposta de assistencialismo para melhorias na atenção a saúde infantil do Posto de Saúde Chácaras foi instituída ao longo dessa Intervenção. Objetivamente, através das estratégias firmadas com a equipe da UBSF, as ferramentas disponibilizadas pelo Curso, o apoio do orientador e os insumos fornecidos pela Gestão Local, conseguimos ampliar os indicadores da cobertura, da qualidade no atendimento, da adesão, dos registros, da avaliação de risco e promoção em Saúde Infantil.

Descentralizamos o atendimento a saúde da criança, com cerne na responsabilização, ética e transparência em conjuntura com a comunidade, no qual o vínculo tornou-se a chave para o assistencialismo multidisciplinar de qualidade e longitudinalidade nas ações realizadas. Isso acabou tendo fomento em outros setores da comunidade, na medida em que conseguimos instituir uma atividade de promoção e prevenção em saúde os quais ultrapassaram os limites da UBSF, ou seja, a Escola Infantil da comunidade.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade, na medida em que a população tornou-se porta-voz da divulgação das ações realizadas na UBSF. Os pais perceberam a importância de cada orientação repassada pela Equipe, por

exemplo, porque é importante a amamentação, quais os benefícios da vacinação, o que significa cada ponto ou traçado demarcado nas curvas de desenvolvimento infantil e por isso a necessidade de dispor da Caderneta da Criança com registro completo das ações. Assim, conseguimos demonstrar que além dos direitos atribuídos ao cidadão, é de sua responsabilização o compromisso com os deveres implicados para com seu filho (a) em benefício da saúde como um todo. Apesar da ampliação da cobertura temos ainda muitas crianças ausentes desse assistencialismo multidisciplinar.

Perfazendo a continuidade da Intervenção em Saúde da Criança no Posto de Saúde Chácaras, determinados meandros deveriam ser reajustados a proporcionar resoluções futuras positivas. Sem dúvida, torna-se imperioso uma maior articulação dos profissionais da UBSF com os serviços de atenção terciária, a chamada hierarquização dos serviços. Em minha opinião, certamente há um vazio de informações de dados da criança que vão desde o seu pré-natal e, principalmente, após o parto. Esse percalço dificulta o seguimento de uma assistência complementar à saúde da criança. Assim, seria importante estabelecer encontros planejados com as equipes hospitalares (maternidade e alojamento conjunto) para discutir a ampliação e a qualidade dos registros, tornando-a como ferramenta rotineira do respectivo serviço.

Por fim, a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção a saúde das crianças, sempre estabelecendo a equidade no atendimento como quesito essencial, em que crianças de alto risco dispõem de prioridade no assistencialismo. Notadamente, esperamos que esse novo modelo de atenção primária a saúde infantil permaneça instituído na rotina da UBSF Chácaras, passível de qualquer interrogatório a beneficiar a saúde desses “pequenos grandes” humanos.

4.3. Relatório para os Gestores

A Vossa Excelência Senhor Antônio Cetollin, Prefeito do Município de Garibaldi e a Senhora Simone Agostini de Moraes, Gestora da Saúde:

Eu, Marcelo Marozzin, venho na atribuição de Médico da Estratégia em Saúde da Família do Posto de Saúde Chácaras expor o projeto desenvolvido na Atenção Primária ao longo do ano de 2014, em consonância a Universidade Federal de Pelotas, Curso de Especialização em Saúde da Família- UNASUS.

Inicialmente, gostaria de agradecer-los pelo Acolhimento em vigência a minha instalação e as atribuições profissionais desenvolvidas na UBSF Chácaras, principiando em fevereiro do ano de 2014. Os trabalhos ao longo dessa caminhada assumiram um compromisso de responsabilização no território das famílias adscritas, bem como, suplementar a necessidade de Intervenção em eixos da Atenção Primária com metas a melhoria da Saúde Infantil da Comunidade.

A Equipe de Saúde, ou seja, técnicas de Enfermagem, Secretária, Enfermeira, Agentes Comunitárias de Saúde, Higienizadora e a Dentista proporcionaram intensa presteza, concordância e participação ativa na esfera de atributos as melhorias na promoção e prevenção de ações prioritárias ao público infantil.

Esclareço a Administração Municipal, que a UBSF é a porta de entrada a todos os cidadãos dignos do direito do assistencialismo de sua saúde ao longo da vida. Faz-se atributos essenciais como a Universalização ao acesso, a Equidade no atendimento, a Hierarquização conforme a necessidade e, principalmente, a Participação Popular em aliança vinculativa aos profissionais da UBSF a gerar políticas de bem estar à saúde dos cidadãos.

Nesse contexto, Sr. Prefeito e Sra. Gestora, comunico-os o desenvolvimento de uma Estratégia para Saúde da Criança, de zero a 72 meses de idade, compreendida na implementação de políticas públicas de promoção e prevenção na Atenção Primária instalada na UBS Chácaras. Conforme análise prévia, em dados do Sistema de Atenção a Saúde Pública (SIAB) há carência no assistencialismo a esse público. Ou seja, ao longo dos anos pregressos média de 12 atendimentos mensais, pactuando 8,6% da demanda de 139 crianças cadastradas no SIAB.

Dessa forma, senti a necessidade de ampliar a cobertura no assistencialismo as crianças da comunidade, buscando a longitudinalidade em vistas ao trabalho multidisciplinar. Estimular o vínculo pais-crianças-profissionais destoando à assistência meramente curativa vigente até o momento. A partir dessa análise, foi estruturado um cronograma para atribuir as ações com qualificação somada as experiências individuais de cada membro da UBSF.

O trabalho foi desenvolvido ao longo de 12 semanas de intervenção nas seguintes esferas: capacitação dos profissionais de saúde sobre o caderno de atenção básica 33, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde (2012), a Caderneta da Criança e ficha espelho; estabelecimento a atribuição de cada profissional na ação programática durante a intervenção; divulgação do Programa saúde da Criança a comunidade; o treinamento as ACS na orientação aos pais quanto às ações de saúde as crianças, para realização as visitas domiciliares a busca ativa; cadastramento de 60% das crianças de zero a 72 meses do território da UBSF; ações de Educação na Escola da Comunidade; atendimento clínico e de enfermagem as consultas de agendamento, com prioridade aos primeiros 07 dias de vida; atendimento clínico e de enfermagem a problemas agudos na criança; atendimento odontológico em crianças de zero a 72 meses; reuniões com a equipe para determinar crianças faltosas (vulnerabilidade e omissão aos cuidados da criança); monitorização dos registros da Caderneta de Saúde da Criança; busca ativa as crianças faltosas as consultas e o monitoramento e avaliação dos dados da intervenção.

Senhores, felizmente houve grande adesão ao público e os seus responsáveis em nossa UBS. Ao longo desses três meses, interpõem a supervisão de 93 crianças, ou seja, uma cobertura de cadastramento de 66,9%. Assim, instituímos abrangência em todas as esferas da intervenção, valorizando o conhecimento do meio social, econômico e cultural enraizado no recinto familiar de cada criança. Discorro que tal possibilidade tornou-se concreta graças ao apoio de vossa gestão na liberação dos insumos necessários no estabelecimento das ações.

Também, planifico a Vossa Excelência que conseguimos descentralizar o atendimento a saúde da criança, com cerne na responsabilização, ética e transparência em conjuntura com a comunidade, no qual o vínculo tornou-se a chave para o assistencialismo multidisciplinar de qualidade e longitudinalidade nas ações realizadas. Isso acabou tendo fomento em outros setores da comunidade, na

medida em que conseguimos instituir uma atividade de promoção e prevenção em saúde os quais ultrapassaram os limites da UBS, ou seja, a Escola Infantil da comunidade.

Entretanto, remeto a responsabilidade da gestão em ampliar ações da UBSF de encontro com setor terciário para melhoria de ações. Por exemplo, estabelecer o binômio UBS-Hospital desde o pré-natal da gestante, proporcionando melhor acolhimento a essa futura mamãe. Somam-se inúmeros benefícios a sanar dúvidas, diminuir a angústia da mãe para com o seu filho, bem como, melhorar a qualidade dos registros hospitalares nas Cadernetas da Criança, ponto deficitário observado ao longo da intervenção. Ainda, a Gestão Municipal deve fomentar aos profissionais da Atenção Primária manter as ações de educação além da UBSF, em outros setores, como as creches, rodas de encontro comunitário com os pais as crianças e os profissionais, atividades práticas como a realizada no âmbito escolar.

Por conseguinte, ampliamos satisfatoriamente a cobertura do programa a saúde da criança, melhorar a qualidade de atendimento, realizar a triagem auditiva, realizar teste do pezinho nas crianças até 7 dias de vida, realizar primeira consulta odontológica para as crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde, colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta, monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças (excesso e déficit de peso). Ainda, acompanhar o quadro vacinal, estabelecer suplementação de ferro de acordo com MS, instituir necessidade de atendimento odontológico, mapear as crianças de risco, manter registro qualificado na ficha espelho da criança.

Ressalto ainda, que a manutenção do projeto de intervenção, além de ampliar a melhoria da atenção a saúde infantil, desafoga o serviço de PA do município, bem como, os custos financeiros da administração municipal com a saúde. Ou seja, a promoção de saúde diminui a incidência de doenças e as morbidades associadas, estabelecendo o desenvolvimento pleno dessa criança.

Através do exposto a Vossa Administração da Saúde Municipal, interponho à vigência de incorporação das ações da Intervenção a Saúde Infantil a rotina do serviço, prezando responsabilização e ética no acolhimento e assistencialismo. Para isso, torna-se pertinente o apoio constante e o aval da Gestão na atribuição de um trabalho qualificado e transparente para com toda a comunidade em medidas de promoção e prevenção a saúde da criança.

4.4. Relatório para a Comunidade

O eixo central da Intervenção na UBSF Chácaras se propôs a realizar ações para melhorias da atenção a Saúde Infantil de zero a 72 meses de idade. Soma-se ao exposto benefícios tangentes a comunidade atrelada na participação social como ouvintes e, mais eficazmente, geradores de mudanças positivas para com suas crianças.

Quero esclarecer as famílias que esse trabalho aqui na comunidade foi realizado para melhorar a saúde das crianças do bairro Chácaras. Pais e mães, nós aqui do Posto devemos ter atenção a todo o corpo de seus filhos, ou seja, como está crescendo, se está comendo direito, dormindo bem, como está na escola e tantas outras coisas que foi conversado no posto com todos que trabalham lá. Não queremos apenas tratar a febre, dar remédio pra coceira, dar remédio pro vômito, pra vermes. Precisamos olhar a criança em tudo que rodeia e passa com ela. Assim, nós conseguimos ir avaliando todo o desenvolvimento das crianças de maneira que elas cresçam saudáveis ao longo da sua vida, desde o momento que ela está na barriga da mãe é necessário acompanhar.

Inicialmente, agradeço a todas as famílias que abriram suas portas de casa para mostrar o que nós do posto queríamos ver nas crianças e o convite feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Alguns de vocês, pais, no início ficaram com receio e pensando “o porquê o médico insiste tanto em levar meu filho no Posto?”.

Acho que as conversas com a vizinhança, com os amigos do bairro que tem filhos foram bem importantes. Porque cada família que trazia a criança, saía da consulta feliz vendo que a criança foi avaliada da cabeça até os pés e as pessoas do Posto conversaram bastante com o pai ou a mãe, muitas dúvidas foram tiradas pelos pais e tantas outras o pessoal do posto orientou. Então a conversa entre a comunidade transmitindo essas informações tranquilizou as famílias a levarem suas crianças até o Posto de Saúde.

Outra coisa boa foram todas as conversas sobre Educação em Saúde que fizemos desde a sala para ver a altura e peso da criança, depois no consultório do médico e da Dentista, até no momento de fornecer a medicação e outras orientações na recepção. É importante pais conversamos em tudo que vocês precisarem, por mais simples ou besteira que vocês possam achar, nós do Posto

estamos aqui para dar todas as informações sejam boas, ou seja, ruins, tudo para que seus filhos tenham sempre saúde e não precisem de atendimento no hospital.

Assim, conseguimos explicar muitas dúvidas para a comunidade, de maneira a estimular todas as formas necessárias para melhorar a saúde da criança, seja ela na Unidade de Saúde ou na sua casa. Tinha muitas mães que não sabiam como amamentar direito, de que maneira devia segurar o nenê, quando deviam para de dar o seio, o que fazer se fica vermelho o bico do seio, o leite não desce. Não sabiam se poderia dar a chupeta ou deixar sem ela. *“Quando o nenê chora muito é porque está com fome ou cólica?”* *“Quando que posso iniciar o uso da pasta de dentes?”* *“Se escovar o dente só de noite estraga?”* Estávamos ali, todos do posto para ajudar essas famílias e suas crianças. Por isso importante prevenir e ajudar nessas dúvidas para crescer bem.

Excelente a atividade que o médico realizou na Escola Infantil Madre Felicidade para as crianças de 4 a 6 anos. Graças à ajuda das professoras e da participação da diretora, juntamos todas essas crianças numa sala de aula numa tarde e foi um trabalho bem produtivo para essas crianças. Digo pra vocês pais, que seus filhos desde pequenos já sabem o que é certo ou errado com muitos exemplos falados e vividos por eles no nosso encontro. Eles não sabem mentir, felizmente, e isso ajudou a nós da saúde educar em muitas questões que ocorrem dentro de casa.

No encontro da Escola, foi trabalhado sobre hábitos de higiene, alimentação e prevenção de acidentes. Quero deixar claro para todos os pais, professores e demais pessoas do Posto que seja necessário realizar mais encontros com essas crianças, em tarefas práticas de educação em saúde, para permitir que mudem os comportamentos errados que vem de dentro de casa.

Ainda, todas as crianças devem ter sua ficha-espelho preenchida no Posto de Saúde. Ela serve para mostrar a vocês pais como está indo o desenvolvimento de seus filhos em muitos pontos, como crescimento, os riscos de adoecer, peso, vacinas, tratamentos realizados. Serve como acompanhamento sempre que a criança é atendida na Unidade de Saúde, temos o registro completo de informações dela. Então é importante que os pais guardem a Caderneta da Criança e sempre tragam junto quando virem no Posto, porque ali, também registramos o desenvolvimento da criança.

Assim comunidade, principalmente aos pais e crianças, tudo isso que fizemos durante a atendimento no Posto permanecerá como rotina da UBSF, sempre será feito a toda criança que vier na Unidade. Oriento aos pais, ao cuidado básico de estar sempre com a documentação da criança e a sua Carteirinha. No Posto Chácaras, já disse a Equipe a acrescentar alguns itens nas fichas espelho que continuarão para o acompanhamento das crianças, como riscos para ela, se tiver violência em qualquer ambiente seja na casa, na escola ou outro lugar para que isso seja visto com cuidado se acontecer e tomadas as providências.

Então pais, qualquer criança será bem-vinda no Posto, em qualquer horário de atendimento, e por qualquer motivo que venha a levar ela até nós. Sei que quando os filhos estão doentinhos ficamos muito preocupados e ansiosos com medo que algo de ruim aconteça. Por isso que trabalhamos numa equipe para que possamos dar toda atenção e tratamento necessário a seus filhos. Caso precise, contamos com o apoio do Pronto Atendimento, do Hospital, dos médicos especialistas, para que tudo no final se resolva da melhor forma possível.

Portanto, devemos manter unidos, os pais, os profissionais e a comunidade como um todo, para que esse trabalho permaneça diariamente no Posto Chácaras. Porque tudo que fizemos com as crianças até agora mostrou benefícios na melhoria da saúde delas. Mas para isso, vocês pais devem manter a responsabilidade e atenção a todas as orientações e mudanças necessárias para que seus filhos cresçam saudavelmente.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Sumariamente desafiante foi o ano de 2014 em que estive vinculado ao PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica em consonância com apoio pedagógico da Universidade Federal de Pelotas (RS) – Departamento de Medicina Social - a desenvolver um Projeto de Intervenção em Saúde Coletiva. Nesse contexto, fui designado a atuar como Médico de Estratégia da Saúde Família no Município de Garibaldi-RS.

O respectivo município localizado na Serra Gaúcha apresenta uma população estimada de 30.689 habitantes conforme dados do censo IBGE no ano de 2013. Em termos salutar, a territorialização e adscrição das pessoas estão atreladas a cinco Unidades Básicas de Saúde. Como profissional médico, executei minhas atribuições na Unidade de Saúde Chácara, o qual abrange uma população adscrita de 3258 habitantes. A equipe do Posto é composta pelo Médico de Família, Enfermeiro, Técnicas de Enfermagem, Agentes Comunitárias, Dentista e Higienizadora.

Inicialmente, inúmeras percepções negativas esbarraram sob minhas expectativas em expor a toda equipe a intenção de estabelecer um trabalho de intervenção na comunidade. Ou seja, no Posto até o respectivo momento, o assistencialismo era nutrido através de Demanda Espontânea, ausentes de eixos organizacionais, ausentes de uma agenda organizada de trabalho com busca ativa aos faltosos, ausente de valorização da Equidade como princípio fundamental em Atenção Primária e uma dissociação usuário-profissional tangente a longitudinalidade e multidisciplinaridade na assistência pessoal.

Em uma análise mais detalhada do público adstrito, percebi a necessidade de ofertar a comunidade um trabalho de prevenção e promoção em melhorias a saúde infantil. Oportuno discernimento, pois a imensa maioria dos assistidos decorre de patologias hipertensivas e diabéticas e suas complicações, estando às crianças desfavorecidas de uma ação contínua em Atenção Primária a beneficiar o seu desenvolvimento salutar.

Com isso, a transcendência do Projeto de Intervenção – Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBSF Chácara, Garibaldi/RS – ultrapassou as barreiras fixas da UBSF. Ou seja, construímos uma rede interligada de conhecimentos valorizando o cientificismo, bem como, as

experiências individuais e, através do compromisso de articulação da Equipe, proporcionamos um assistencialismo humanizado a todas as crianças e seus familiares.

Incumbidos de uma tarefa de responsabilidade e compromisso com a comunidade, organizamos em Equipe um Cronograma de trabalho para o estabelecimento fidedigno e qualificado as metas a atingir durante as doze semanas de Intervenção. Ainda, como protagonista do Projeto, consegui capacitar a Equipe mediante o Caderno de Atenção Básica 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (2012), a Caderneta da Criança e a ficha espelho disponibilizada pelo Curso de Especialização. Compartilho que para minha prática profissional essa capacidade de persuasão e liderança com a Equipe traz inúmeros benefícios na medida em que valorizamos os pontos positivos de cada profissional a somar e, ajudamos a superar as suas fraquezas em vistas a capacitação e diálogo respeitoso com todos.

Pessoalmente, opino que o diálogo para com os pais e as crianças, sem dúvida, foi o pilar para o fortalecimento das ações preconizadas em cada atendimento e os resultados positivos concretizados. Construimos a Integralidade e Universalização do atendimento com a comunidade à medida que valorizamos os aspectos socioculturais da família, respeitando as suas opiniões. Entretanto, é preciso estabelecer o compromisso dos mesmos, seus deveres e suas atribuições em vistas a melhorias a saúde de seus filhos.

Soma-se ao exposto a bagagem de conhecimentos para minha vida profissional e os ensinamentos diários vivenciados com intensidade durante a Intervenção. Aprendi que trabalhar em equipe exige determinação de todos, flexibilização e aceitação de idéias construtivas, atenuar as fraquezas pessoais e, mais importante, respeitar a personalidade individual tornando o ambiente de trabalho produtivo e gratificante.

É imprescindível frisar, que o Curso de Especialização em Saúde da Família trouxe uma gama de aprendizados para com toda a Equipe. Objetivamos uma nova forma de atendimento à população infantil e assim, construimos a ação programática a Saúde da Criança e alcançamos melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde.

Positivamente, a eficácia dos Indicadores ocorreu paralelamente ao engajamento e a participação multidisciplinar da equipe de trabalho. Outro foco

relevante estabelecido ao longo da Intervenção, diz respeito à Intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade no atendimento. Diante de tais ferramentas, incorporamos efetivamente as ações a traduzir melhorias das condições de saúde e de vida das crianças da comunidade, de responsabilidade mútua, pais-profissionais, estabelecidos mediante um pacto de compromisso local (equipe de saúde), municipal (gestores) e educacional (orientadores).

Finalizando, uma proposta bastante pretensiosa em puericultura foi instalada na UBSF Chácaras, sobrepondo como princípio nobre à ampliação e o cuidado incrementado a proteção e o fomento ao desenvolvimento da criança. Nós, profissionais da Atenção Primária, devemos interferir nas mudanças propositais para atingir o máximo potencial das mesmas. E, foi nesse contexto, que programamos um modelo de assistencialismo a saúde incorporando diversas estratégias, individuais e coletivas, os quais proporcionaram melhorias na qualidade do atendimento humanizado e integral a saúde da criança.

6. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em <<http://siab.datasus.gov.br>>. Acesso em: abril 2014.

Anexos

Anexo A – Ficha espelho da Saúde da Criança.



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/_____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/_____
 Endereço: _____ Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias
 Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ___/___/_____
 Fenilcetonúria () normal () alterado / Hipotireoidismo () normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado / Observações: _____
 Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ___/___/_____ Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

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

Anexo B – Ficha espelho de Saúde Bucal da Criança.



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ___ / ___ / ___ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ___ / ___ / ___
 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 – Planilha de Coleta de Dados da Saúde Bucal da Criança.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 1															
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como C1, ou E ou F?	A criança foi classificada como D ou E ou F?	A criança recebeu fluoroterapia?	A criança faltou a consultar e/ou quantos à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultar e/ou quantos à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança está com tratamento dentário concluída?	O registro de saúde bucal da criança está atualizada?	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de alimentação nutritiva e prevenção de acidentes?
3	Orientações de preenchimento	do 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0- Masculino 1- Feminina	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
4		1														
5		2														
6		3														
7		4														
8		5														
9		6														
10		7														
11		8														
12		9														
13		10														
14		11														
15		12														
16		13														
17		14														
18		15														
19		16														
20		17														
21		18														
22		19														
23		20														
24		21														
25		22														
26		23														
27		24														
28		25														
29		26														
30		27														
31		28														
32		29														
33		30														
34		31														

Anexo E – Comitê de Ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

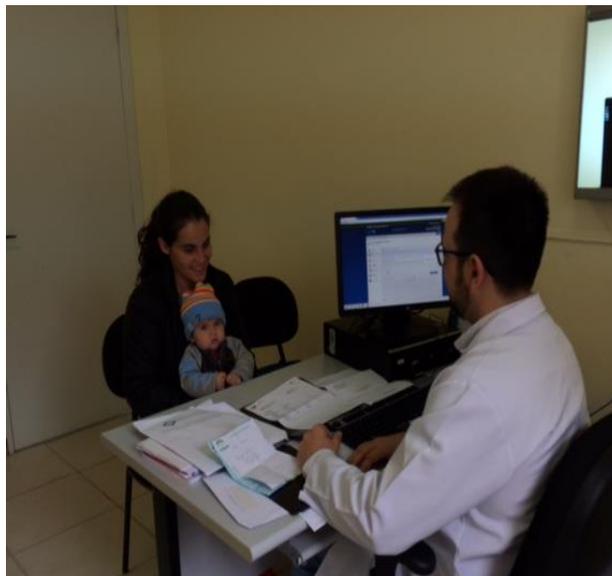
Prezada Pesquisadora;

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

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



Apêndice



Atendimento clínico de puericultura

**PREZADOS PAIS E
FAMILIARES !**



Convido os pais ou familiares a agendar a consulta das crianças da sua família desde o nascimento até os 6 anos de idade. Podemos acompanhar melhor o seu desenvolvimento, as vacinas, a saúde dos dentes, prevenção de acidente, a saúde em geral e dúvidas dos pais. Obrigado

Posto de Saúde Chácaras - Médico Marcelo

Convite para a assistência na comunidade