

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



**MELHORIA NO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ENTRE 0 E
72 MESES DE VIDA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÍCERO BATISTA NO
MUNICÍPIO DE ACRELÂNDIA-AC.**

Henrique Dias de Souza

Pelotas, RS - 2015

Henrique Dias de Souza

Melhoria no Programa de Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses de vida da Unidade Básica de Saúde Cícero Batista no Município de Acrelândia-AC.

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, RS - 2015

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

S719m Souza, Henrique Dias de

Melhoria no Programa de Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses de vida da Unidade Básica de Saúde Cícero Batista no Município de Acrelândia-AC / Henrique Dias de Souza; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

115 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a todas as
crianças usuárias do Sistema
Único de Saúde.

Agradecimentos

A Deus, que sempre está ao nosso lado em todos os momentos de nossas vidas nos guiando.

À minha família, fonte de minha força e apoio, especialmente ao meu pai, que toda a semana me levava até o município onde desenvolvi minhas atividades, durante as madrugadas na estrada.

À minha namorada Bárbara Seabra Carneiro, que me estimulou a seguir em frente, apesar de todas as dificuldades encontradas.

À equipe da Unidade Básica de Saúde Cícero Batista, que me ajudou durante as atividades desenvolvidas e apresentadas nesse Trabalho de Conclusão de Curso, mostrando interesse em trazer melhorias para a saúde da população.

À Secretaria de Saúde de Acrelândia, que também teve participação no projeto ao fornecer os materiais que tinham a possibilidade de fornecer.

À Universidade Federal de Pelotas, que forneceu toda estrutura necessária para que esse projeto acontecesse e especialmente ao meu Orientador Ailton Gomes Brant, que durante todos esses meses me orientou e me ensinou sobre Atenção Básica.

Agradecimento especial aos usuários do Sistema Único de Saúde, pois eles são a principal fonte de estímulo para nosso trabalho pela saúde brasileira.

Lista de figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa saúde da criança da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	60
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com primeira consulta na primeira semana de vida na área de cobertura da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014---	61
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com monitoramento do crescimento em dia da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	63
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com déficit de peso monitoradas da UBS Cícero Batista-	64
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com excesso de peso monitoradas da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	64
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com monitoramento do desenvolvimento da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	65
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com vacinação em dia da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	66
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e vinte e quatro meses com suplementação de ferro da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	68
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que realizaram triagem auditiva na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	69
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que realizaram teste do pezinho na primeira semana de vida da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	70
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram avaliadas quanto a necessidade de	

	atendimento odontológico da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	71
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que realizaram primeira consulta odontológica programática da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	72
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que foram buscadas em relação às que faltaram às consultadas da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	73
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com o registro atualizado da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	74
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com avaliação de risco realizada da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	75
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	76
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que foram observadas durante amamentação na consulta de puericultura da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	77
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães foram orientadas sobre alimentação adequada para a idade da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	78
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães foram orientadas sobre alimentação adequada para a idade da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	79
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com primeira consulta odontológica programática realizada da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	80

Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	81
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico e que receberam consulta odontológica programática da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	82
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico e que tiveram o tratamento odontológico concluído da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	83
Figura 24	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que faltaram as consultas e que foram buscadas durante o período de intervenção na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	84
Figura 25	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	85
Figura 26	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre higiene bucal na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	86
Figura 27	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre dieta na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	87
Figura 28	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritivas e oclusopatias na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014-----	87

Lista de tabelas

Tabela 1	Perfil demográfico estimado da população da área de abrangência da UBS Cícero Batista -----	16
----------	---	----

Lista de abreviaturas

ACS	Agente comunitário de saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa de Monitoramento e Avaliação do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/05/2014.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional em 05/06/2014.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional.....	22
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos – Saúde da Criança.....	25
2.2.3 Objetivos específicos – Saúde Bucal da Criança.....	25
2.2.4 Metas – Saúde da Criança.....	26
2.2.5 Metas – Saúde Bucal da Criança.....	27
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	52
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	54
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	56
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	57
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão.....	87
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	92
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	94
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
Referências	100
Apêndices.....	102
Anexos.....	109

Resumo

SOUZA, Henrique Dias de. **Melhoria no Programa de Atenção à Saúde da Criança entre 0 e 72 meses de vida da Unidade Básica de Saúde Cícero Batista no Município de Acrelândia-AC.** 2015. 115f.: il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A infância é um período de essencial no desenvolvimento humano e alguns dos agravos que encontramos na vida adulta como a diabetes, hipertensão, obesidade, podem ter relação direta com a forma com que os hábitos e cuidados gerados na fase infantil foram encarados. Assim, buscando garantir com que a população de 0 a 72 meses de idade possa ter uma assistência qualificada, dentro daquilo que é proposto pelo Ministério da Saúde foi que elaboramos uma intervenção voltada para melhorias à assistência à saúde da criança na Unidade de Saúde da Família Cícero Batista em Acrelândia, Acre. A estrutura física da unidade ainda não é adequada pelo que é preconizado pelo Ministério da Saúde e a Estratégia Saúde da Família está em constante aperfeiçoamento, necessitando intervenções constantes de capacitação e organização do serviço para se adequar ao que é proposto. Com a saúde da criança isso não é diferente, tendo em vista que o cuidado era feito de forma assistencialista e medicalizada, sem a visão integral esperada. Durante 12 semanas de intervenção foi realizado levantamento do número total de crianças ente 0 e 72 meses, chegando a um total de 135 no início da intervenção e 130 crianças entre 6 e 72 meses, sendo que dessas esperava-se atingir 50% de cobertura de atendimento de puericultura e consulta odontológica programática. Foi feito trabalho de divulgação e busca de crianças para atendimento de puericultura, visando aumento da cobertura e melhorias na organização do serviço e na qualidade da assistência prestada, buscando atingir as metas de qualidade propostas. Ao final 72 (53,3%) crianças participaram do projeto em saúde geral e 29 (22,3%) participaram de avaliações em saúde bucal. O projeto também foi voltado para melhorias na gestão do serviço, capacitação da equipe, engajamento público e monitoramento das ações, sendo que boa parte das ações foram realizadas trazendo melhorias na organização do serviço, no trabalho em equipe e promovendo atendimento integral à criança. Após a intervenção as mudanças e as metas atingidas foram apresentadas para gestores e comunidade, bem como as necessidades principais e dificuldades que foram encontradas durante o projeto de intervenção. Sendo assim, a saúde da criança apresentou melhorias gerais durante a intervenção, sendo que as ações não realizadas não aconteceram, de forma geral, por obstáculos que não eram de governabilidade da equipe.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso trata sobre a descrição de um trabalho de intervenção em saúde da criança na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cícero Batista no município de Acrelândia no estado do Acre.

Este volume está dividido em parte externa e parte interna, sendo esta última dividida em elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais. A parte externa é composta pela capa. Da parte interna, os elementos pré-textuais contêm a folha de rosto, ficha catalográfica, dedicatória, agradecimentos, lista de figuras, lista de tabelas, lista de abreviaturas, sumário, resumo e esta apresentação.

Os elementos textuais contêm a parte principal do projeto. Inicia-se com a Análise Situacional da UBS, relatando sobre os aspectos estruturais, da equipe, sobre a organização do serviço e sobre como eram abordados os vários eixos programáticos do qual o curso trabalha, antes da intervenção.

Logo após se encontra a Análise Estratégica, onde toda a metodologia, o planejamento, as metas e indicadores propostos para o trabalho são descritos de forma minuciosa.

Seguindo, encontra-se o Relatório da Intervenção, onde as ações propostas realizadas e não-realizadas são expostas e as facilidades e dificuldades encontradas na realização de cada ação são descritas.

Continua-se o trabalho com a Análise da Intervenção, onde são apresentados os Resultados e se faz uma Discussão sobre o cumprimento ou não das metas propostas na análise estratégica, bem como sobre a composição de cada indicador. Nessa parte do trabalho também encontramos os relatórios de intervenção apresentados aos gestores e a comunidade sobre como foi o projeto no decorrer das 12 semanas propostas, como era e o que mudou após a intervenção.

O último elemento textual da parte interna é composto pela Reflexão Crítica do processo de aprendizado, onde há um texto subjetivo sobre a percepção pessoal do especializando a respeito de todo o curso.

Ao final, encontramos os elementos pós-textuais, última parte do projeto, onde se encontram as referências bibliográficas usadas no projeto, apêndice e anexos, que são compostos por fichas espelhos e documentos elaborados pela Universidade Federal de Pelotas e pelo especializando.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/05/2014

Segundo Brasil (2000) a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem ganhando impulso desde 1996, sendo um modelo de caráter substitutivo ao antigo modelo biomédico vigente em relação à atenção primária a saúde, com o objetivo de trazer melhorias efetivas na qualidade de vida da população e na assistência à saúde.

No município de Acrelândia, a ESF é o modelo vigente em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No local onde desenvolvo as atividades do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), 100% da população é cadastrada e acompanhada pela equipe. Assim como em uma grande parte dos municípios, existem dificuldades e distorções relacionadas ao que é preconizado e o que é fornecido para população.

A unidade onde trabalho foi construída com a finalidade de ser uma UBS. Apesar disso, a estrutura física foge dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde, deixando muito a desejar para a equipe de saúde e usuários. A unidade é pequena, não tem sala de espera para os usuários, nem local para realização de curativos ou coleta de exames. Além disso, necessita de reformas e pintura. Faltam também medicamentos básicos e às vezes até água falta.

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, que é o coordenador da UBS e divide o seu tempo entre administração e atendimento. Duas técnicas de enfermagem; uma vacinadora, que também é técnica de enfermagem; uma pessoa responsável pela limpeza; um agente de endemias, que faz o trabalho de avaliar lâminas de malária; um dentista; uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e um motorista que leva parte da equipe todos os dias.

Todos os profissionais citados anteriormente atendem em um turno de horário corrido, pois a secretaria não fornece almoço aos funcionários e nem transporte em dois turnos, por ter poucos veículos disponíveis. Além disso, a maior parte da comunidade depende do transporte coletivo (ônibus escolar) que também passa apenas pela manhã. Dessa forma, a equipe chega pela manhã e sai à tarde, por volta das 14 horas, após o atendimento da demanda.

A maior parte do trabalho é dedicada ao atendimento, sobrando pouco tempo para reuniões entre equipe e comunidade, bem como educação em saúde e saúde na escola. Existe ainda dificuldade em organizar o atendimento da população e agendamentos de retornos.

A comunidade é composta em sua maioria por pessoas de baixa renda e escolaridade e tem grande dependência da UBS para cuidar dos seus problemas de saúde. Poucos têm conhecimento do real papel da UBS, entendendo que é apenas um local onde é feito atendimento de pequenas urgências e encaminhamentos para especialistas quando o problema de saúde não pode ser atendido no município. A equipe é bem vista pela maior parte dos usuários, já a estrutura física da UBS não.

Com isso, percebe-se que a ESF, apesar de ser o modelo vigente, ainda está longe do ideal no município de Acrelândia. Existem muitas dificuldades para conseguir fazer a plena implantação de tudo o que é preconizado pela ESF. A equipe trabalha com empenho para melhorar o atendimento à população, mas esbarra sempre com a falta de estrutura e recursos para melhorias.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 05/06/2014

Acrelândia é um município do interior do Acre, conectado com a capital por via terrestre. Sua população é composta por 13.913 habitantes, sendo a distribuição por faixa etária e sexo próximo ao que se espera pela situação demográfica atual do Brasil, conforme consolidado de famílias cadastradas do ano de 2014 fornecido pela Secretaria de Saúde do município. Dessa população, a maior parte vive na zona rural do município e boa parte em zonas de difícil acesso, como ramais sem estradas ou após córregos e igarapés, e muitos têm baixa renda e escolaridade, sendo, por isso, vulneráveis do ponto de vista social. Tendo isto em mente, a gestão local tenta fazer a melhor cobertura possível dessa população, colocando três unidades de saúde, das cinco presentes no município, na zona rural, sendo todas da Estratégia Saúde da Família. A população por área de cada UBS é compatível com

o tamanho das equipes, conforme prevê o ministério da saúde, sendo o difícil acesso um dos principais empecilhos para cobertura da população local.

No município existe um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), que presta assistência às cinco unidades da ESF. O NASF apresenta pouca disponibilidade de profissionais, o que diminui a resolutividade, além de apresentar unidade de saúde específica e não realizar o apoio nos espaços físicos das Unidades Básicas de Saúde, o que não é recomendado pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que define as disposições gerais de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). No município também existe uma Unidade Mista, onde é realizado atendimento de urgência e emergência. Esta se encontra em mal estado de conservação e também com pouca resolutividade devido à falta de estrutura física e de profissionais. Com a estrutura presente, o município consegue fornecer apenas serviços básicos e muito do que deveria ser resolvido na atenção primária não o é. Quando há necessidade de atenção especializada, esta é feita por meio de saúde itinerante fornecida pelo estado, ou o usuário deve buscar o atendimento na capital. Consultas e exames mais complexos são feitos apenas na capital e existe dificuldade de acesso devido à grande demanda em todo o estado. O mesmo é válido em relação ao Centro de Especialidades Odontológicas da capital, que também sofre com excesso de demanda.

A Unidade de Saúde Cícero Batista, pertencente a Estratégia Saúde da Família, está vinculada ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e se encontra na zona rural do município. Apresenta uma equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, três auxiliares de enfermagem, um agente de endemias, nove agentes comunitários de saúde e um motorista. A unidade é do município e presta serviço pelo Sistema Único de Saúde e ainda não foi estabelecido nenhum vínculo com instituições de ensino superior.

A população da área da UBS gira em torno de 2782 pessoas, tornando o tamanho da equipe adequado ao número de habitantes conforme recomendado pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a). Segundo Brasil (2011b), mesmo em lugares em que a equipe é adequada ao tamanho da população da área, ainda pode existir excesso de demanda em casos onde os usuários daquela área tenham uma posição social desfavorável e maiores necessidades de cuidado. Esse fenômeno só não chega a acontecer na UBS, pois essa apresenta menor

quantidade de pessoas vinculadas e por se dar foco total ao atendimento à demanda espontânea.

Em relação aos aspectos demográficos, a população da área de abrangência segue de forma aproximada o que é esperado pelo perfil demográfico brasileiro conforme pode ser observado através da tabela:

Tabela 1 - Perfil demográfico estimado da população da área de abrangência da UBS Cícero Batista

População estudada	Esperado pelo perfil demográfico brasileiro*	Encontrado na área de abrangência da UBS**
Mulheres em idade fértil 10 a 49 anos	913	940
Gestantes	41	14
Menores de 1 ano	55	12
Crianças menores de 5 anos	165	128
Pessoas entre 5 e 14 anos	645	674
Pessoas entre 15 e 59 anos	1666	1748
Pessoas com mais de 60 anos	179	232
Pessoas entre 20 e 59 anos	1374	1410
Pessoas com 20 anos ou mais	1553	1642

*Baseado no caderno de ações programáticas.

**Dados fornecidos pela base de dados do município e informações passadas pela equipe de saúde da família.

A estrutura física não contém o básico recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Existem três consultórios, nenhum deles com banheiro. Não existem salas de curativo, nebulização, espera, auditório, vacinação, coleta de exame, dentre outros espaços físicos importantes para o devido funcionamento da unidade. Os espaços são compartilhados para que as atividades sejam

desempenhadas, dificultando a oferta de serviços pela unidade e não permitindo o desempenho pleno das funções da equipe. Outro aspecto estrutural negativo é a baixa disponibilidade de medicações e materiais, prejudicando a correta abordagem dos agravos de saúde dos usuários da unidade. A UBS não possui adaptação para pessoas com necessidades especiais, assim como encontrado em 59,8% das unidades de saúde brasileiras analisadas num estudo realizado por Fernando Siqueira e colaboradores (SIQUEIRA *et al*, 2009).

Para minimizar essas deficiências descritas é importante que a equipe traga participação popular no processo de busca por melhorias junto à gestão municipal de saúde, principalmente em relação à reforma da unidade, incluindo aumento do espaço físico, adaptação para pessoas portadoras de deficiência e melhora do fornecimento de materiais e medicamentos, que devem ser discutidos junto aos profissionais de saúde que podem ajudar a secretaria municipal de saúde na compra daqueles mais usados e necessários.

Além da dificuldade estrutural a equipe também não desempenha plenamente suas atribuições por problemas de cunho administrativo e organizacional. As atividades ficam restritas ao atendimento da demanda espontânea e não há sistema de agendamento. Com isso, ações voltadas para territorialização, mapeamento, educação em saúde, planejamento, formação de grupos, promoção à participação social não são realizadas. Por outro lado, a equipe faz visitas domiciliares e reuniões em equipes, aspectos fundamentais para melhoria do serviço da UBS. Porém, essas atividades não são realizadas com periodicidade definida, devido aos problemas em relação à organização do serviço.

Todas as atividades não desempenhadas pela equipe devem ser contempladas com o tempo, que pode ser feito inicialmente através da organização de agenda na UBS e discussão dessas atribuições com os usuários, principalmente sobre a importância dessas ações para a melhoria do serviço.

Toda equipe da UBS faz acolhimento e escuta qualificada dos problemas do usuário. Esse fato ajuda a melhorar o serviço da UBS e a organização e a população no geral se sente bem atendida na unidade mesmo que não exista equipe de acolhimento próprio. É importante buscar qualificação constante em relação ao acolhimento, para que sempre fique organizado e não ocorram problemas caso venha a surgir excesso de demanda.

Toda a equipe faz atendimento aos problemas agudos de saúde na unidade. Porém, a estrutura física para realização de tal atendimento não é adequada. Em casos de maior gravidade não há como realizar um bom atendimento pré-hospitalar, o que é ainda pior devido à dificuldade de acesso por via terrestre que os usuários e a equipe de urgência móvel têm, levando a um maior atraso na abordagem adequada desses casos. Com isso, percebe-se que o acolhimento é feito de forma adequada, porém a atenção integral aos problemas de saúde fica prejudicada por questões estruturais.

A saúde da criança é trabalhada ainda de forma desorganizada na unidade. O que é feito, principalmente, é o atendimento aos problemas agudos da infância e durante esse atendimento a equipe aproveita para realização da avaliação do crescimento e desenvolvimento. Não existem ações estratégicas específicas adotadas para o atendimento integral à saúde da criança, assim como não há protocolo específico a respeito. O atendimento em geral é registrado em prontuário e folha de produção, meios esses que não são usados para elaboração de uma base de dados sólida no município, por dificuldades no resgate das informações, além de imprecisões nos registros que não são claros e objetivos. Por falta de informações precisas, o planejamento de ações, bem como a avaliação do que está sendo feito, ficam prejudicados.

Um ponto positivo a respeito da saúde da criança é que a UBS é um espaço aberto todos os dias para o atendimento dessa demanda, permitindo livre acesso a todos. Por outro lado, existem dificuldades em relação ao agendamento, o qual não é realizado, o que causa perda do acompanhamento das consultas.

A população ainda não compreende a importância da realização do atendimento de puericultura, por isso a adesão ainda é baixa e no geral as crianças não são levadas na unidade para esse tipo de consulta. Isso se deve também à falta de educação em saúde que oriente as famílias sobre a importância dessa conduta, bem como sobre outros itens importantes, como: crescimento saudável da criança, aleitamento materno, alimentação na infância, prevenção de parasitoses, dentre outros. Isso já não acontece em relação à vacinação, pois as famílias são bem orientadas nesse aspecto. Toda equipe da UBS participa do atendimento da criança, porém não de forma organizada e integrada, algo que precisa ser mudado para melhoria do serviço.

Parte do relatado sobre a saúde da criança também é válido em relação ao atendimento de pré-natal. Existe meio de registro próprio nesse caso, porém o mesmo não é utilizado de forma correta para elaboração de dados e planejamento de ações pela equipe. Existem maior entendimento e adesão da população em relação ao pré-natal e a UBS também faz atendimento todos os dias às mulheres no pré-natal. Porém, ainda não é feito de forma rotineira a consulta pré-concepcional e há dificuldade em iniciar a consulta no primeiro trimestre, bem como a realização do mínimo de seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Consultas puerperais também são realizadas apenas em caso de intercorrência, o que dificulta a cobertura total das mulheres nesse momento que é tão oportuno para se passar orientações sobre os cuidados com a criança.

A equipe não está habituada a realizar planejamento e monitoramento de ações no geral, seja em relação à saúde da mulher ou qualquer outro tipo de atividade. Infelizmente isso causa imprecisão nos dados e perda na qualidade na assistência prestada e no serviço em geral. Da mesma forma, ações em educação em saúde e reuniões em grupo não são feitas, o que dificulta a promoção à saúde e a melhoria no autocuidado.

Em relação ao câncer de colo uterino, inicialmente se tenta realizar a prevenção primária através de orientação sobre práticas sexuais seguras e fornecimento de preservativos em livre demanda, os quais conferem proteção parcial à infecção pelo papiloma vírus humano, responsável por noventa e nove por cento dos casos de câncer cervical, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O preventivo é colhido na UBS, mas por questões culturais, as mulheres ainda não aceitam a coleta do exame por profissionais do sexo masculino, o que dificulta a cobertura. Isso é algo que deve ser trabalhado com as usuárias. Outro aspecto que também dificulta a cobertura e a adesão por parte das usuárias é o tempo entre a coleta e a chegada do resultado que na maioria das vezes demora mais de três meses, levando algumas mulheres a desistirem de coletar o exame novamente.

O registro dos resultados é feito no prontuário e não em meio de registro próprio, o que prejudica o resgate posterior. Além disso, o dado de cobertura utilizado pelo município é o número de exames realizados por mulher durante o ano. Dado esse que apresenta vieses, pois não há como saber se houve repetição do exame de forma desnecessária e se toda a população está realmente coberta. Também não há controle em relação às mulheres que estão realizando o exame

regularmente; que estão com o exame alterado; o que está sendo feito no serviço de referência, nos casos de exames alterados; dentre outros dados relevantes para se determinar a qualidade da prevenção. Isso dificulta qualquer tipo de ação, pois a equipe não sabe a dimensão do problema, que é o passo inicial do planejamento das ações de saúde.

Em relação ao câncer de mama a cobertura é um problema ainda mais complicado. A prevenção primária também é feita durante consultas, onde são estimuladas as cessações do tabagismo e do etilismo, além da promoção à alimentação saudável e perda de peso. Porém também faltam políticas de educação em saúde. O exame físico da mama também não é feito rotineiramente. A mamografia é realizada na capital e há grande demanda o que dificulta o acesso das usuárias. Devido a esses problemas a cobertura é pequena e também não há registros fidedignos sobre as mulheres que não estão fazendo os exames com regularidade e quais têm exame alterado.

Com todas as dificuldades relatadas, a equipe necessitaria se reunir e discutir maneiras de traçar melhorias na cobertura e na qualidade das ações de prevenção aos cânceres ginecológicos. Porém, mais uma vez existe a barreira da dedicação exclusiva para o atendimento da demanda, o que não permite o desenvolvimento e monitoramento de ações voltadas para isto. Nem toda a equipe está engajada no processo de prevenção desses cânceres, algo que se fosse feito poderia aumentar a cobertura.

A UBS faz atendimento regular aos hipertensos e diabéticos durante todos os dias na semana, além de fornecimento regular das medicações. O rastreamento a essas patologias também é feito, porém não de forma organizada e sem protocolos bem definidos e discutidos entre a equipe. Ações de educação em saúde ficam restritas ao que é feito no consultório pelos profissionais, deixando essas informações restritas a um grupo de pacientes que procura a unidade.

O processo de cuidado a esses usuários portadores de doenças crônicas ainda não é feito de forma organizada, não há registro próprio e nem dados fidedignos sobre a qualidade da atenção. Devido a essa falta de dados e protocolos, existe dificuldade na elaboração de ações de prevenção primária e secundária, de estímulo à adesão ao tratamento, de detecção precoce e para aumento da cobertura aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Existe uma proporção relativamente grande e até maior do que o esperado de idosos na área de abrangência da UBS. A equipe faz atendimento aos problemas de saúde em geral dos idosos. Não existe protocolo para realização da avaliação global rápida da pessoa idosa e o atendimento não é feito de forma multidisciplinar sempre que necessário, devido às mesmas dificuldades de acesso e disponibilidade de profissionais relatados previamente. Como a equipe não se reúne com regularidade e não elabora ações, também não há monitoramento do que está sendo feito.

As dificuldades residem na falta de registro e de dados que ajudem a identificar quais idosos são portadores de comorbidades, quais são frágeis, quais comparecem regularmente as consultas ou necessitam de cuidados domiciliares. Novamente por isso não se sabe a dimensão do problema. Outra dificuldade reside em não existir grupo de idosos ou atividades voltadas para os idosos, como educação em saúde. Conforme relatado por Brasil (2006a), uma vantagem que já é inerente ao ambiente é em relação aos idosos que mantêm suas atividades por cuidarem de sua própria terra ou próprio negócio, diminuindo as chances de ocorrência de fragilidade. A equipe busca estimular que os idosos permaneçam ativos sempre que a oportunidade se apresenta.

De um modo geral, foi identificada uma série de dificuldades no desempenho das funções da equipe. O que mais dificultou a análise situacional foi a falta de dados e de meios de registro apropriados. Sem isso, a análise fica imprecisa, a equipe sabe que existe um problema, mas não pode quantificá-lo e não sabe onde deve dedicar mais atenção. A estrutura também não sendo adequada, prejudica a função da equipe. Não necessariamente essa falta de estrutura impede a realização de um bom trabalho pela equipe, mas torna as ações mais trabalhosas de serem organizadas. Além disso, existem dificuldades em se conseguir insumos importantes, como medicamentos e materiais, impedindo o atendimento integral ao usuário.

Para superar a falta de estrutura necessária, a equipe precisaria ter um modelo de atenção bem organizado e com protocolos bem definidos e que deveriam ser revistos periodicamente. Porém isso não é feito com regularidade, pois existe certa pressão por parte dos usuários pelo atendimento à demanda. Com isso a equipe fica engessada e incapaz de se dedicar plenamente ao funcionamento da

atenção básica, que envolve planejamento e monitoramento constantes de todas as ações.

A equipe se empenha para superar os desafios e com a aplicação dos questionários algumas mudanças foram realizadas. Agora já começa a ocorrer um sistema de agendamento, que tende a melhorar e facilitar o acompanhamento regular dos usuários. Além disso, outros espaços estão sendo utilizados para tentar aumentar a cobertura das ações da equipe, como espaços liberados pela prefeitura para realização do atendimento em zonas mais distantes e de difícil acesso. A aplicação do questionário e o caderno de ações programáticas também trouxeram mudanças de concepção sobre vários aspectos, como a importância do registro adequado e da necessidade de dados, planejamento e monitoramento constantes.

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

Por fim, é possível perceber que houve melhorias em relação à análise crítica feita inicialmente na semana de ambientação e agora. Antes era possível identificar problemas, mas não quais problemas e o que pode ser feito para melhorá-los. Além disso, agora, após tudo o que já foi aprendido durante o curso, é possível ter uma visão mais clara sobre a Estratégia Saúde da Família, como ela deve funcionar e o que pode ser feito para trazer melhorias na unidade.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A saúde da criança é um dos enfoques dentre as ações da atenção básica a saúde. Brasil (2008a) relata que a mortalidade infantil ainda é alta no Brasil e esse indicador demonstra baixa qualidade tanto no sistema de saúde como da qualidade de vida da população, devido à maior sensibilidade que esse grupo populacional tem quando se encontra em ambiente de risco. Segundo Brasil (2012b), o Ministério da Saúde vem buscando melhorias nesse aspecto devido a essas altas taxas de mortalidade infantil (15,6%) nas várias regiões brasileiras, buscando qualificação da rede de atenção básica. Devido a esses dados, é importante trazer melhorias no sistema de saúde em busca de aumento na cobertura e na qualidade no atendimento à criança.

A Unidade Básica de Saúde Cícero Batista, localizada na zona rural de Acrelândia, apresenta aproximadamente 2782 pessoas, das quais estima-se que 135 estão na faixa etária de 0 a 72 meses. A equipe é composta por 1 médico, 3 técnicas de enfermagem, 1 enfermeiro, 9 agentes comunitários de saúde, 1 agente de endemias, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 motorista. A estrutura física apresenta inadequações em relação ao preconizado por Brasil (2008b), por ter salas menores do que o padrão e falta de espaços para realização de atividades de educação em saúde com as famílias, sala de vacinação, sala de curativos e de nebulização. Conforme observado na análise situacional, o atendimento à criança é feito de forma assistencialista e sem uma visão integral de saúde.

O alvo da intervenção do projeto serão os usuários na faixa etária entre 0 e 72 meses da área de cobertura da UBS, não sendo alvo da intervenção crianças fora da área de cobertura. Atualmente essas crianças não são acompanhadas de forma regular e existem deficiências em relação a cobertura e qualidade das ações

propostas pelo Ministério da Saúde. Atividades de promoção a saúde e educação em saúde não são realizadas de forma regular e organizada, levando à não adesão da população a medidas fundamentais, como por exemplo o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e alimentação saudável na infância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). A vacinação é feita 2 vezes por semana e também de forma irregular, levando a deficiência na cobertura. O registro do atendimento é feito também de forma desorganizada e os dados não são resgatados para trazer informações sobre a qualidade do serviço. Ou seja, de forma geral, o atendimento de puericultura e as medidas em saúde coletiva voltadas para saúde da criança apresentam deficiências por problemas de organização.

Devido à falta de uma política organizada, voltada para o planejamento e monitoramento das ações e que tenham enfoque na promoção a saúde, torna-se importante uma intervenção nesse eixo programático na Unidade Básica de Saúde Cícero Batista. Além disso, existe dificuldade na adesão da população e no engajamento da equipe em relação à puericultura, tornando mais importante o estímulo a essa prática na unidade.

A equipe ainda não trabalha de forma integrada no cuidado com a criança. A equipe de saúde bucal trabalha independente do serviço médico e de enfermagem, algo que também necessita de intervenção para melhoria. Porém, a equipe é completa e ter a equipe de saúde bucal na UBS aumentam as possibilidades no atendimento integral, sendo necessário apenas melhorar a organização e promover a integração nas atividades de educação em saúde. A equipe de agentes comunitários de saúde também é completa e engajada de modo geral, o que permite trabalhos de busca ativa de crianças faltosas, que nunca participaram da puericultura ou não foram vacinadas, dentre outros aspectos que necessitam de monitoramento constantemente. As técnicas de enfermagem realizam parte do acolhimento, mas ainda falta a realização de classificação de risco e participação em outras atividades necessárias, como promoção a saúde e busca ativa. Mesmo com inadequações, intervenções visando a organização do serviço podem trazer melhorias importantes na qualidade do atendimento e fazendo com que a equipe realize todas as suas atribuições.

Através do exposto, para que haja mudanças reais que tornem o atendimento à saúde da criança de qualidade, é preciso a implantação de uma estratégia voltada para organização do serviço, que elabore ações voltadas para

aumento da cobertura e da qualidade da atenção. Através da organização, do engajamento da equipe e da participação popular, as ações terão efetividade real, trazendo melhorias nos indicadores de atenção básica, como por exemplo: adesão ao aleitamento materno; cobertura de vacinação; cobertura do teste do pezinho; crianças com consultas em dia e atendidas na primeira semana de vida; crianças monitoradas em relação ao crescimento e desenvolvimento. Trazer essas mudanças e melhorias contribui para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2012), sendo por isso justificável o trabalho nesse eixo programático.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses da área de abrangência da UBS Cícero Batista.

2.2.2 Objetivos específicos – Saúde da Criança

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

2.2.3 Objetivos específicos – Saúde Bucal da Criança

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

2.2.4 Metas – Saúde da Criança

1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

2.2. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.5 Metas – Saúde Bucal da Criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 Ações

No que tange a meta inicial de ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde, faremos o adequado monitoramento das ações voltadas para a meta de cobertura. Inicialmente será feito o levantamento e cadastramento de todas as crianças da área que estão entre 0 a 72 meses. Esse monitoramento será feito

semanalmente através da revisão dos registros, com o objetivo de averiguar se as medidas para o aumento da cobertura estão sendo efetivas. A equipe também se reunirá mensalmente para discussão de todas as medidas tomadas e como meio de averiguar a cobertura. Essas reuniões poderão ser antecipadas ou realizadas mais vezes conforme a necessidade observada.

Todas as crianças da área serão cadastradas através da busca ativa dos agentes comunitários de saúde em sua área de cobertura. Com as crianças cadastradas será feita busca para realização do atendimento de puericultura através de convite, realizado também pelos agentes comunitários de saúde. Essa busca externa será feita inicialmente dando prioridade as crianças entre 0 e 12 meses e progredindo conforme o aumento da idade, devido ao maior número de intervenções que essa faixa etária necessita e maior vulnerabilidade. Apenas em relação ao convite externo que se dará prioridade a esse grupo, pois a UBS continuará como porta de entrada para todas as faixas etárias, durante todos os dias da semana, e se, por exemplo, a mãe tem três filhos e apenas um deles estiver abaixo de 12 meses, ela poderá levar todos para consulta, se assim achar necessário. Quando as crianças forem levadas para realização de outros serviços na UBS, como vacinação, será checado se já fizeram consulta de puericultura e caso não tenham feito, serão atendidas no mesmo dia ou sairão com a consulta agendada. Somente após a consulta de puericultura no posto de saúde ou por meio de visita domiciliar que as crianças entrarão nos resultados da intervenção.

Os usuários serão orientados sobre a importância da puericultura sempre que procurarem a unidade. Essa orientação será feita pela equipe, mesmo que o motivo do atendimento tenha sido outro. Durante todas as consultas será reforçada a importância do acompanhamento. Essa orientação também será feita por meio de cartazes na unidade de saúde explicando a importância da puericultura e das medidas associadas a ela.

Um dos objetivos das reuniões mensais entre a equipe será a qualificação, que abordará vários temas, incluindo a importância do projeto e como deverá ser feito o estímulo para a maior adesão da comunidade ao projeto e das medidas relacionadas e ele. Para essa qualificação, os protocolos do Ministério da Saúde serão as referências básicas, porém outros materiais poderão ser utilizados conforme a necessidade.

Para a meta de realizar consulta na primeira semana de vida das crianças, os agentes comunitários de saúde serão orientados a registrar todas as crianças recém-nascidas na área de cobertura para saber quais estão com menos de 7 dias de vida. Com isso se saberá quantas crianças nasceram durante as 12 semanas de intervenção e assim será estabelecida a proporção de crianças que realizaram a consulta na primeira semana de vida.

As famílias das crianças que nascerem durante as 12 semanas de intervenção serão orientadas a procurar a unidade para realização do primeiro atendimento de puericultura. Caso a dificuldade de acesso dificulte essa vinda até a unidade, a equipe organizará a visita domiciliar para o atendimento na primeira semana de vida. Esses recém-nascidos com menos de 7 dias de vida terão prioridade no atendimento e na realização da visita.

Desde o pré-natal as mães serão orientadas sobre a importância da puericultura, dando foco também à consulta na primeira semana, onde serão abordadas questões relacionadas à saúde da criança e ao puerpério.

As reuniões serão aproveitadas também para qualificação da equipe em relação a todas as metas de qualidade. No quesito atendimento na primeira semana de vida, a equipe será orientada sobre a importância dessa consulta e sobre os principais temas a serem abordados com as mães durante esse atendimento, dando foco sempre à promoção à saúde e prevenção de agravos.

Para as metas de avaliação do desenvolvimento pondero-estatural e neuropsicomotor será incorporado na ficha de registro o crescimento e o desenvolvimento da criança, onde estará claro se a criança está ou não com os parâmetros normais. Todas as crianças atendidas terão seu peso, altura, índice de massa corpórea aferidos e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor avaliados. Os registros serão monitorados regularmente para averiguar se todas as crianças foram avaliadas quanto a esses aspectos e se estão fazendo acompanhamento regular em caso de normalidade ou de desvio da normalidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os materiais necessários para aferição do comprimento e altura da criança, bem como balança, serão buscados junto a gestão municipal de saúde e as crianças que se mostrarem com alteração do peso, altura ou desenvolvimento, serão acompanhadas da seguinte forma, conforme Brasil (2012b):

- Magreza ou magreza acentuada terão retorno em no máximo 15 dias.

- Distúrbios do peso não responsivos as medidas de orientação alimentar serão encaminhadas ao NASF.

- Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento neuropsicomotor retornarão em 30 dias.

- Ausência de todos os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor será encaminhados para avaliação especializada.

- Perímetro cefálico menor abaixo do escore Z menos 2 ou acima do escore Z mais 2 serão encaminhadas para avaliação especializada.

As famílias serão orientadas sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e que esses aspectos devem ser avaliados durante todas as consultas. Todas essas orientações serão passadas durante as consultas e também pelos agentes comunitários de saúde durante o convite para realização do acompanhamento. As famílias que tiverem crianças com desvios da normalidade serão orientadas a respeito das possíveis causas e o que deve ser feito na tentativa de reverter o quadro. Todos os pais serão orientados sobre como identificar crianças com alteração no crescimento e desenvolvimento, focando na identificação de problemas na curva de crescimento e nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Além disso, também serão orientados a buscar maiores informações na caderneta da criança em caso de dúvida ou a procurar a equipe.

A equipe será qualificada para identificar crianças com distúrbios do crescimento e desenvolvimento, utilizando os critérios propostos pelo Ministério da Saúde. O protocolo de acompanhamento e encaminhamento será discutido com a equipe durante as reuniões para facilitar o entendimento. A equipe também será treinada sobre a utilização correta dos medidores antropométricos conforme orientações preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2009). Os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor serão deixados por escrito para facilitar a consulta durante o atendimento da criança.

Para a meta de vacinar as crianças de acordo com a idade, será avaliada a ficha espelho onde será especificado se a criança está ou não com a vacinação em dia. Caso exista algum atraso, no registro constará qual vacina está pendente, se foi possível a vacinação no mesmo dia e quais vacinas foram aplicadas naquele dia. Se não for possível a vacinação, o motivo será relatado de forma subjetiva e a família será orientada que traga a criança outro dia. O calendário vacinal utilizado como

base de comparação será o do Ministério da Saúde do ano de 2013. Para garantir o acesso a vacinação às crianças com atraso no calendário, será solicitada junto à gestão municipal de saúde que as vacinas estejam disponíveis todos os dias na semana. As condições para manutenção, incluindo data de validade, temperatura adequada e controle de estoque das vacinas serão revistas com a vacinadora responsável da unidade de saúde.

As famílias serão orientadas em cada visita à unidade sobre a importância de se realizar a vacinação, sendo o foco dado a: verificação do calendário vacinal; doenças graves que podem ser prevenidas com a vacina; possíveis efeitos colaterais das vacinas.

A equipe também passará por treinamento dando foco na identificação de atrasos no calendário vacinal. Essas informações serão passadas durante as reuniões e a importância da realização dessa checagem do cartão de vacina será exposta para a equipe. Também será foco desse treinamento a explicação dos efeitos colaterais da vacina, quais os efeitos mais comuns e quais necessitam de maior atenção por parte da equipe.

Para a meta de suplementação de ferro às crianças de 06 a 24 meses será contemplado no registro as crianças com indicação de suplementação com sulfato ferroso. No registro estará relatado a dose necessária e o motivo da indicação. As crianças com indicações de uso serão monitoradas quanto ao uso rotineiramente durante todas as consultas na unidade de saúde e o meio de registro também será revisto semanalmente quanto esse aspecto.

O fornecimento regular de sulfato ferroso solução oral será buscado junto a gestão municipal de saúde. Também serão monitorados os estoques, de modo a garantir o fornecimento antes do esgotamento do sulfato ferroso solução oral. Na ficha espelho estará descrito se a família conseguiu ou não adquirir o medicamento.

O trabalho de orientação sobre a importância da suplementação com ferro também será feito com as famílias da área de cobertura da UBS, tanto por meio de educação em saúde como durante as consultas. Também será passado para a comunidade a importância de se ter o sulfato ferroso sempre disponível na unidade, buscando apoio popular no caso de falta de fornecimento.

A equipe será orientada sobre as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria em relação a reposição de sulfato ferroso, por serem mais abrangentes e contemplarem de forma clara que a suplementação deve ser feita até os 24 meses

de vida. Essas orientações serão fornecidas durante as reuniões e de forma escrita para facilitar a consulta em caso de dúvidas.

Para a meta relacionada à triagem auditiva as crianças que realizarem tal procedimento serão registradas em prontuário específico, que será revisado semanalmente, permitindo o monitoramento e a averiguação das crianças que estiverem em atraso com a realização do exame. O resultado também será registrado para se ter os dados a respeito das crianças com exames normais e alterados, que necessitem de acompanhamento especializado.

O recém-nascido que com 1 mês de vida for avaliado na unidade, será checado se realizou ou não o exame. Caso não tenha realizado será solicitado e buscado junto a gestão municipal de saúde meios de se disponibilizar a realização do teste da orelhinha. As crianças com fatores de risco terão prioridade e os critérios obedecidos são os que são abordados por Brasil (2012b).

A população será orientada a respeito dos problemas que podem ocorrer em caso de alteração na audição, incluindo o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Os focos dessas orientações também serão a respeito da importância na detecção precoce para evitar sequelas cognitivas e sobre como se deve proceder para realização do teste da orelhinha.

Toda a equipe passará por qualificação onde será explicado sobre o que é o teste da orelhinha, a importância do exame na detecção precoce e prevenção de sequelas cognitivas, a idade ideal para realização e onde o exame deve ser realizado idealmente.

Para a meta associada ao teste do pezinho, as crianças recém-nascidas serão monitoradas, através do registro, quanto a realização do teste entre 3 e 7 dias de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O resultado também será monitorado através do registro do resultado do exame na ficha espelho.

A criança recém-nascida será buscada pelos agentes comunitários de saúde para realização de puericultura na primeira semana. Nessa consulta, será aproveitado para realizar ou agendar precocemente o teste do pezinho. Em casos de difícil acesso, a equipe fará a visita domiciliar e vai aproveitar para realizar o teste do pezinho nessa visita.

As mães serão orientadas desde o pré-natal sobre a importância da realização do teste do pezinho. Atividades em educação em saúde abordarão esse

tema, em especial explicando sobre os motivos da realização e quais doenças poderão ser detectadas durante o teste do pezinho.

O primeiro passo será checar qual profissional está mais apto a realizar o exame na unidade. Além disso, será feita capacitação simples para toda a equipe, explicando sobre as doenças que são detectadas e especialmente sobre a data ideal para realização do teste, facilitando assim a divulgação dessas informações para comunidade.

Nas metas associadas à avaliação e acompanhamento em saúde bucal será monitorado de duas formas: crianças que foram avaliadas quanto a necessidade de tratamento em saúde bucal pela equipe, crianças que realizaram a primeira consulta entre 6 meses e 72 meses, independentemente da necessidade de tratamento, crianças que concluíram ou não o tratamento e os motivos da não conclusão do tratamento. No registro será contemplada a primeira avaliação da cavidade oral e se há ou não necessidade de tratamento odontológico. Essa avaliação será feita em todas as consultas e, através do registro, será feito o monitoramento de todas as crianças que foram realmente avaliadas durante as consultas. Criança que ainda não tenham feito nenhuma consulta, será encaminhada e será feito o monitoramento se a criança conseguiu ou não a consulta com a equipe de saúde bucal. Crianças entre 6 e 72 meses que já tiverem realizado consulta por algum motivo com a equipe de saúde bucal entrarão na estatística como primeira consulta já realizada. A ficha espelho da equipe de saúde bucal também será avaliada periodicamente e dados referentes ao tratamento e motivos da não conclusão serão acrescentados.

A criança atendida por qualquer motivo terá a cavidade oral avaliada. Se houver necessidade de encaminhamento para tratamento, o caso será passado para equipe de saúde bucal que dará seguimento e também fará o registro sobre o que foi feito na ficha de espelho da criança e na ficha espelho já existente de saúde bucal. Os protocolos de encaminhamento serão discutidos previamente com a equipe de saúde bucal buscando otimização do serviço. Se o atendimento não puder ser realizado no dia, então será agendado o retorno. Se a busca inicial da família for pela equipe de saúde bucal, está também irá verificar se já foi realizado o atendimento integral de puericultura e fará o devido encaminhamento caso necessário, permitindo maior integralidade das ações e, da mesma forma, se o atendimento não puder ser realizado no dia, então a criança sairá com a consulta agendada. Crianças entre 6 e 72 meses terão prioridade na realização do

agendamento de consulta e atendimento em saúde bucal. Além disso, será realizado levantamento sobre os problemas que não permitiram a conclusão dos tratamentos em saúde bucal e será levado a gestão municipal, em especial sobre a falta de materiais adequadas para realização de procedimentos odontológicos.

Na busca de maior autonomia por parte da população, será explicado durante as consultas sobre a importância da realização da avaliação da saúde bucal durante as consultas e também sobre a importância da realização de uma primeira consulta, mesmo que não apresentem queixas. Também fará parte do engajamento público a realização de educação em saúde sobre a importância da higiene bucal, como em ser praticada na criança, benefícios de uma alimentação adequada na saúde bucal e na prevenção de oclusopatias. Além disso, será promovido o controle social na busca de fornecimento regular de materiais adequados para realização de procedimentos odontológicos.

Será solicitado capacitação pela equipe de saúde bucal sobre os problemas mais comuns que podem acometer crianças entre 0 e 72 meses, dando foco em como identificar, quando se deve fazer o encaminhamento para a equipe de saúde bucal. Também será passado para a equipe sobre a importância na realização da primeira consulta e avaliação da saúde bucal, além de como será a rotina de encaminhamentos para facilitar a realização do acolhimento.

Em relação ao terceiro objetivo e a sua meta de fazer a busca ativa das crianças faltosas às consultas informamos que as crianças atendidas na unidade serão orientadas a retornar conforme as seguintes recomendações sobre periodicidade de consulta feita por Brasil (2012b):

- Primeiro ano de vida: consultas com até 7 dias de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses.
- Segundo ano de vida: consultas com 18 meses e 24 meses.
- De 24 meses até 72 meses: anualmente, próxima a data do aniversário.

No meio de registro será colocado a data proposta para o retorno. Com a revisão semanal, será possível descobrir quais crianças deverão retornar na semana seguinte e quais não retornaram na data proposta da semana atual. Crianças que necessitarem de retorno precoce também serão monitoradas da mesma forma quanto à consulta. Em toda criança atendida será feita a solicitação do retorno e entregue para o membro da família meio informativo sobre a data da próxima consulta. Então se primeira consulta ocorrer aos 6 ou 7 meses de vida, a próxima

será aos 9 meses e assim sucessivamente, caso não existam motivos para retorno mais precocemente. Com a avaliação semanal do registro será possível identificar as crianças faltosas. A busca será feita dentro da unidade, identificando o usuário com consultas em atraso e fora da unidade com o auxílio da equipe de agentes comunitário de saúde, por meio de convite. Nos casos onde for identificada dificuldade de acesso da família, será organizado visita domiciliar, onde será dada prioridade aos recém-nascidos com menos de 7 dias de vida e crianças com menos de 12 meses. Da mesma forma será feita a busca de crianças faltosas às consultas com a equipe de saúde bucal, de modo que a ficha espelho será verificada quanto a necessidade do retorno, conforme critério do odontólogo.

Durante todas as consultas será reforçado com a comunidade a importância de se manter o acompanhamento regular, dando enfoque também a como esse acompanhamento deve ser feito e quais as recomendações do Ministério da Saúde a respeito da consulta de puericultura. O eixo saúde bucal também será trabalhado, e será reforçada a necessidade das consultas periódicas de rotina, da importância do acompanhamento e da conclusão do tratamento.

A equipe será orientada sobre a periodicidade de consultas que a criança deve ter e como identificar aquela que está em atraso com as consultas médicas, de enfermagem e com dentista, utilizando as fichas. Os agentes comunitários de saúde terão papel central nessa orientação, para que sejam capazes de identificar o atraso nas consultas e a convidar as famílias a trazerem as crianças na unidade.

Para o objetivo de melhora do registro das informações e sua meta única de manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação das crianças que consulta no serviço, primeiramente, será criado meio próprio e individual de registro para o atendimento da criança e o registro de saúde bucal será reforçado com novas informações. Se por algum motivo a consulta não for registrada, a criança não entrará na estatística de cobertura.

O meio de registro será discutido com toda a equipe e será implantado no início da intervenção. Toda a criança entre 0 e 72 meses que procure a unidade será checado se já houve algum atendimento registrado na ficha própria e se o registro está completo. A verificação das fichas também terá como objetivo averiguar as crianças que foram atendidas e tiveram o seu atendimento plenamente anotado no registro.

Será explicada para a comunidade a importância de se ter o registro completo da criança na unidade por facilitar o acompanhamento. Em caso de solicitação dos usuários ou quando a criança for encaminhada para outro serviço, será fornecida cópia do meio de registro para a família.

A equipe será orientada sobre a forma de preenchimento da ficha por meio de treinamento em reunião.

Para mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, por meio da realização da avaliação de risco das crianças cadastradas no programa, os critérios de risco propostos Ministério da saúde serão utilizados. As crianças que preencherem os critérios de risco estarão na ficha e serão monitoradas com periodicidade maior pela equipe da UBS. Os atrasos em relação às consultas serão monitorados da mesma forma como foi proposto na meta do objetivo de adesão, através da revisão dos prontuários e verificação da data do retorno proposto no prontuário.

Na ficha de atendimento estará especificado se a criança é ou não de risco e qual o motivo da classificação. Tais crianças terão prioridade no agendamento e a UBS será sempre porta de entrada para as crianças de risco. Além disso, em caso de dificuldade no acesso, as crianças classificadas como vulneráveis terão prioridade na realização de visita domiciliar pela equipe da UBS.

Os principais agravantes que podem tornar a criança vulnerável serão explicados à comunidade, bem como os meios de se evitar, tanto por educação em saúde, como durante as consultas de puericultura.

Os principais fatores de vulnerabilidade na infância serão explicados para a equipe de saúde, especialmente os propostos por Brasil (2012b). Qualquer profissional que detecte criança com alterações deverá reportar para o resto da equipe e a criança entrará na classificação de alto risco, tendo prioridade em qualquer atendimento. Esta classificação será dinâmica, ou seja, a criança poderá se tornar de alto ou baixo risco à medida que as avaliações forem feitas.

Por fim, para a promoção da saúde das crianças as ações voltadas para as metas desse objetivo serão monitoradas através do registro em ficha específica, que terá sinalizado quais as orientações foram feitas para as famílias sobre a saúde das crianças. Além disso, as crianças em aleitamento materno serão monitoradas quanto à adesão do método através do registro na ficha espelho de até que idade foi amamentada, se a amamentação foi avaliada e como está a pega.

As atividades de educação em saúde serão monitoradas através de registro de quem participou das atividades, data da realização da atividade e temas abordados.

Nas atividades de promoção em saúde, cada membro terá função específica em relação ao tipo de atividade educativa a ser dada. Por exemplo, a equipe de saúde bucal terá papel central na realização de educação em saúde sobre higiene bucal, benefícios da alimentação saudável na saúde bucal e fatores de risco para má oclusão dentária. As outras atividades de educação em saúde também serão divididas entre a equipe. Será criada lista de presença para quem participar das atividades com o objetivo de estimar qual a adesão da comunidade em relação às atividades educativas coletivas.

O cronograma dessas atividades será discutido com a equipe previamente e entrarão na agenda de atividades da UBS. A importância da realização das atividades em educação em saúde também será passada para a gestão municipal, assim como os materiais necessários para a sua realização.

As atividades educativas irão abordar temas importantes na prevenção de agravos na infância e vida adulta, dentre os quais:

- Aleitamento materno: benefício do aleitamento materno, malefícios do leite de vaca, estímulo ao abandono de chupetas e mamadeiras, pega correta, idade ideal para continuação do aleitamento materno e técnicas de retirada e armazenamento do leite materno.

- Alimentação na infância: introdução da alimentação complementar, técnica na preparação de papas doces e salgadas, estímulo e benefícios do consumo de frutas, verduras, carnes e miúdos e riscos do uso de produtos industrializadas para criança.

- Prevenção de acidentes: acidentes mais comuns na infância por faixa e como devem ser prevenidos.

- Saúde bucal: técnica de escovação, importância da saúde bucal da criança entre 0 e 72 meses, riscos de uma má alimentação para a saúde bucal e malefícios do uso de bicos e chupetas na saúde bucal da criança.

Além das atividades de educação em saúde em si, a importância sobre a realização das atividades e dos temas abordados serão expostos para que a comunidade possa exercer controle social tanto durante como após o período de intervenção.

Todos os temas propostos para realização de educação em saúde serão discutidos previamente com a equipe na busca de homogeneização do conhecimento de todos e troca de informações entre a equipe. A importância da realização das atividades também será exposta para equipe, na tentativa de que as atividades sejam mantidas após o período de intervenção.

2.3.2 Indicadores

Saúde da Criança

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

Numerador número de fichas- espelho com registro atualizado.

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Saúde Bucal da Criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de

abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

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

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

Relativos ao objetivo 5: Promover a saúde bucal das crianças

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

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

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 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção o material básico será o Protocolo de atendimento de saúde da criança do Ministério da Saúde do ano de 2012. Será criada ficha espelho específico para o atendimento da criança contendo todos os itens pertinentes para o atendimento, de modo a facilitar o monitoramento. A ficha espelho de saúde bucal também será revisada e completada com itens referentes à periodicidade de consultas e motivos da não conclusão do tratamento pela equipe de saúde bucal, quando ocorrer. Também será utilizada planilha específica com todas as crianças da área, após levantamento completo feito pelos agentes comunitários de saúde, para ter dados como quantidade de crianças, endereço,

família e ACS responsável pela criança. Com o esse protocolo é esperado o atendimento integral e acompanhamento de 71 crianças, sendo a impressão dessas fichas de responsabilidade da secretaria municipal de saúde. Para atingir essa meta, em torno de 6 crianças por semana devem ter o seu primeiro atendimento realizado. A elaboração dessa ficha de puericultura e da revisão da ficha saúde bucal será responsabilidade do médico da unidade, após discutir com o restante da equipe.

Devido ao atendimento da criança ainda não ser feito de forma integral, o indicador de cobertura inicial será considerado zero. Já em relação a saúde bucal, as fichas serão revistas quanto as crianças que já foram consultadas e tiveram o tratamento concluído pelo dentista da unidade. Previamente ao trabalho de intervenção, será feita orientação para busca e protocolo de prioridades nas buscas pelos agentes comunitários de saúde. Essas orientações serão passadas pelo médico e enfermeiro da unidade. Devido maior número de intervenções necessárias, as crianças entre 0 e 12 meses serão buscadas primeiro, através de orientação verbal e carta convite elaborada pelo médico da unidade e distribuídas pelos ACS, e posteriormente as demais crianças até os 72 meses de idade. Toda criança que for atendida na unidade terá atendimento integral e todos os dados referentes as metas de qualidade serão anotados na ficha espelho. No final de cada semana, todas as fichas espelhos serão revistas pelo médico com o objetivo de avaliar se as metas de qualidade foram atingidas, os motivos que não permitiram que as metas fossem atingidas, quais crianças têm consultas agendadas para a próxima semana, quais não foram nas consultas agendadas, quantas crianças preenchem critérios de risco, quais famílias participaram das atividades educativas. Todo cuidado será tomado para que a criança atendida tenha sua ficha espelho preenchida pelo médico, dentista ou enfermeiro. Em caso de atendimento não registrado na ficha espelho, este será transcrito também ao final da semana. Após essa revisão, os dados serão passados para equipe no início da semana e, se houver necessidade, as ações serão revisadas.

O passo inicial para o início do trabalho é o levantamento real das crianças, que será feito previamente a intervenção e de quantas crianças já foram atendidas e/ou tiveram o tratamento concluído com a equipe de saúde bucal, que será feito pelos ACS. Após esse levantamento, as famílias serão convidadas pelos ACS para que tragam as crianças na unidade para avaliação. Essa ação necessitará que os agentes estejam bem orientados sobre a importância do atendimento em

puericultura e as ações propostas, além de carta convite, que será elaborada pelo médico e será impressa também pela secretaria municipal de saúde. A UBS também se manterá como porta de entrada todos os dias da semana para o atendimento às crianças.

O atendimento será realizado principalmente na unidade de saúde, no domicílio e em outros espaços fornecidos pela prefeitura na tentativa de se aumentar o acesso da população e, conseqüentemente, a cobertura das ações. Os tratamentos odontológicos só poderão ser feitos na unidade e as crianças serão encaminhadas conforme necessidade. Para o atendimento fora da unidade, é necessário o fornecimento de combustível e transporte adequado para toda a equipe e para os materiais que necessitem ser levados para o local. Esses insumos deverão ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde.

Para atingir as metas de qualidade, o serviço será organizado conforme o fluxograma do apêndice A. Esse fluxograma será seguido especialmente pelas auxiliares de enfermagem responsáveis por realizar acolhimento. Para que esse sistema funcione é preciso que a equipe tenha conhecimento de todas metas de qualidade propostas pelo Ministério da Saúde, aprove a organização do fluxo, saiba como interpretar e preencher as fichas espelhos. Além da organização do serviço, insumos serão buscados junto à secretaria municipal de saúde para atingir as seguintes metas de qualidade:

- Acompanhamento do peso e estatura: balança porta bebê, balança tipo adulto, estadiômetro de parede e régua antropométrica.
- Vacinação: disponibilidade de vacina todos os dias de funcionamento da UBS.
- Suplementação de ferro: fornecimento regular de sulfato ferroso solução oral.
- Teste do pezinho: fornecimento dos materiais necessários para sua realização.
- Tratamento odontológico: materiais odontológicos conforme solicitação da equipe de saúde bucal.

Os materiais que faltam serão solicitados antes do início da intervenção. Se houver falta de materiais e as ações não puderem ser executadas por esse motivo, isso será reportado na ficha espelho, em livro de ocorrência da unidade pelo médico

e passado para a gestão municipal de saúde pelo enfermeiro, por meio de ofício explicando as dificuldades por falta de insumos.

Com a revisão das fichas será possível descobrir quais crianças estão faltosas as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Quando for evidenciado que alguma criança está em atraso, será solicitado ao agente comunitário de saúde que busque informações sobre o motivo da falta, e que oriente a família para que traga a criança assim que possível na mesma semana. Portanto, serão aceitos atrasos de até 12 dias na consulta. Se o motivo da falta for o acesso, a equipe organizará visita domiciliar, estabelecendo prioridades em caso de excesso de demanda por visitas da seguinte forma:

1. Criança com problema agudo de saúde que necessite remoção
2. Crianças com menos de 7 dias em consulta de rotina
3. Crianças entre 8 dias e 12 meses em consulta de rotina
4. Crianças que preencham critérios de risco em consulta de rotina
5. Demais crianças entre 12 meses e 72 meses em consulta de rotina

Será criada ficha espelho de fácil preenchimento, entendimento e que facilite o trabalho da equipe por sistematizar o atendimento. A equipe que realizar o acolhimento inicial terá a responsabilidade de checar as fichas espelho para averiguar se a criança já teve seu atendimento realizado ou não. Em caso negativo, deverão preencher a parte referente a identificação e fazer o encaminhamento para consulta ou agendamento conforme disponibilidade da família e da equipe. O membro da equipe que fizer a consulta terá a responsabilidade de preencher toda a ficha de atendimento. Para que essa meta seja cumprida também é essencial que as fichas não falem na unidade.

No que tange a avaliação de risco, os principais responsáveis serão o médico, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde para classificar as crianças. Será necessária a criação de fichas contendo os critérios de risco propostos para consulta pela equipe, especialmente os agentes comunitários de saúde durante a visita domiciliar. A classificação de risco será realizada em todas as crianças que forem consultadas na unidade.

Os parâmetros a serem abordados no eixo de promoção a saúde serão realizados durante as consultas por médico, enfermeiro e dentista e durante as atividades em saúde coletiva pela equipe. Atividades em saúde coletiva serão

realizadas a cada 21 dias, totalizando 4 atividades, na própria unidade de saúde, onde serão abordados os seguintes temas:

1. Importância da puericultura e dos temas abordados.
2. Aleitamento materno, alimentação na infância e suplementação de sulfato ferroso.
3. Prevenção de acidentes.
4. Saúde bucal.

Para realização das atividades serão necessários materiais para elaboração de cartazes e disponibilidade de data show, fornecidos pela secretaria municipal de saúde e solicitados pelo médico. A responsabilidade na elaboração das atividades em saúde coletiva será de toda a equipe e as datas precisas serão discutidas previamente com a equipe.

Reuniões serão realizadas uma vez por mês na própria unidade de saúde, após as atividades de atendimento. Durante as reuniões, os indicadores de qualidade serão passados para a equipe e as ações serão discutidas. Além disso, esse momento será aproveitado para realização das atividades voltadas para capacitação. A base para essas atividades será o protocolo do Ministério da Saúde sobre saúde da criança de 2012 e os temas abordados serão:

1. Consulta de puericultura no geral, focando em:
 - a. Importância da puericultura
 - b. Calendário vacinal e efeitos colaterais das vacinas
 - c. Preenchimento do cartão da criança e Identificação de alteração no crescimento e desenvolvimento utilizando essa ferramenta
 - d. Preenchimento da ficha espelho e análise das metas de qualidade
 - e. Teste do pezinho e data da sua realização
 - f. Periodicidade das consultas
 - g. Prevenção de acidentes na infância
 - h. Uso e preenchimento da ficha espelho
 - i. Critérios para identificação da criança de risco
 - j. Importância das atividades em saúde coletiva
2. Aleitamento materno, alimentação na infância e suplementação de ferro dos 6 aos 24 meses de vida.

3. Saúde bucal:

a. Higiene e técnica de escovação

b. Periodicidade das consultas de saúde bucal e identificação das crianças faltosas

c. Fatores de risco para má oclusão

Os temas serão abordados em data anterior as atividades de saúde coletiva, na busca de facilitar a abordagem pela equipe. A responsabilidade da realização dessas atividades de qualificação será do médico, do enfermeiro e da equipe de saúde bucal da unidade e também necessitarão de material multimídia para a realização.

Para orientar e sensibilizar a comunidade sobre a importância do projeto será reservado 15 minutos antes do atendimento para informar a comunidade sobre os objetivos e os benefícios do projeto. Materiais visuais, do tipo cartazes e *banner*, também serão expostos. A escola próxima à unidade também será alvo das orientações a respeito do projeto e será reservado dia específico para atividade educativa na escola. Os agentes comunitários de saúde também terão seu papel ao orientar sobre a importância do projeto nas casas das famílias.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Atendimento integral às crianças e promoção a saúde	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento das ações através da revisão da ficha espelho e planilha de coleta de dados.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitação da equipe para uso do protocolo, preenchimento da ficha e prevenção de acidentes na infância	■											
Definição do papel de cada membro da equipe no processo de trabalho, acolhimento e busca.	■											
Apresentação do projeto e metas de qualidade.	■											
Capacitação da equipe sobre aleitamento materno, alimentação na infância e suplementação de ferro					■							
Capacitação da equipe sobre saúde bucal									■			

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

Durante treze semanas o projeto foi seguido, em grande parte, conforme proposto e conseguimos atingir muitas das metas propostas. Primeiramente a nossa meta de cobertura em relação a saúde geral das crianças foi adequadamente atingida. Não tivemos dificuldade em relação a isso, pois a equipe se engajou no processo de trabalho e conseguimos orientar a comunidade sobre a importância da saúde da criança. Claro que o projeto não se iniciou de forma perfeita e tivemos que fazer algumas modificações no nosso processo de trabalho para garantir o atendimento à criança.

Separando as ações voltadas para os quatro eixos trabalhados, nós conseguimos parcial ou integralmente quase todas as ações previstas. O monitoramento das ações foi realizado integralmente. As fichas espelhos ajudaram muito nesse aspecto, pois continha os dados necessários para fazermos este monitoramento. A única dificuldade encontrada em monitorar a intervenção foi em relação a falta de materiais adequados para medir peso e estatura de crianças com menos de 2 anos, não fornecido para a equipe, o que tornava as informações imprecisas em alguns momentos, podendo parecer que o peso estava maior ou menor por exemplo. Em relação aos outros parâmetros a serem monitorados, não tivemos dificuldades.

As ações para a organização e a gestão do serviço, também foram realizadas em sua maioria, total ou parcialmente. A busca ativa e a priorização do atendimento de crianças na primeira semana de vida foram feitas sem grandes dificuldades, pois o trabalho em equipe e as visitas domiciliares permitiram esse feito.

Como dito anteriormente, não conseguimos materiais necessários para monitorar o crescimento das crianças, apesar das várias solicitações para secretaria de saúde. As ações voltadas para a vacinação foram parcialmente realizadas. Infelizmente no início da nossa intervenção as vacinas ainda iam poucas vezes à semana. Dependemos ainda da preparação pela única unidade do município com sala adequada de vacina. Com o tempo, conseguimos garantir a vacinação todos os dias e deixar a unidade aberta para completar a vacinação das crianças. Já as ações voltadas para controle de estoque não foram feitas por nós e sim pela unidade que centraliza a distribuição das vacinas. Com isso, houve momentos em que tivemos falta de algumas vacinas, mas isso também foi corrigido e no geral essa meta foi bem atingida. Portanto, a principal dificuldade para as ações de vacinação foi a centralização e a distribuição pela única unidade fornecedora.

A suplementação de sulfato ferroso foi dificultada inicialmente, pois não tínhamos na unidade a medicação para ser fornecida. Com a compra, a distribuição e controle de estoque foi feito adequadamente. As ações voltadas para realização do teste do pezinho foram bem realizadas. Durante a intervenção, toda criança que necessitou realizar fez na data prevista pelo Ministério da Saúde, também graças ao trabalho de visita domiciliar que fazemos. Não houve dificuldade em conseguir materiais adequados para realizar o teste do pezinho em momento algum.

As ações voltadas para organização e gestão do serviço em saúde bucal foram parcialmente realizadas. Conseguimos cadastrar, organizar a agenda e reuniões de equipe para apresentação das metas e revisão das ações. Visitas domiciliares também foram realizadas, mas sem regularidade. As crianças que necessitavam de tratamento foram também adequadamente agendadas para conclusão do tratamento conforme necessidade. Felizmente não houve faltosos entre as crianças que necessitavam de tratamento, o que tornou desnecessário a busca. O registro das crianças com nome e endereço já estava disponível na unidade, o que facilitou esse trabalho, assim como a busca feita pelos agentes comunitários de saúde. As implantações das fichas espelhos, o preenchimento e o monitoramento do registro foram ações adequadamente realizadas e foram facilitadas pela simplicidade da ficha espelho, que continha todas as informações necessárias também.

O eixo engajamento público foi bem trabalhado durante essas semanas de intervenção. Atividades educativas coletivas e o trabalho de promoção a saúde

foram realizadas conforme o que estava planejado e em acordo ao que foi pactuado. Tivemos adesão regular às atividades coletivas, mas dentro do esperado devido as dificuldades de acesso. As atividades foram monitoradas com assinatura das famílias que participaram e com isso tivemos noção da proporção de crianças que foram beneficiadas com as atividades coletivas. As ações voltadas para orientação das famílias também foram atingidas e o que facilitou isso foi a sistematização do atendimento. Para cada ação era feita uma orientação. Assim, toda vez que anotássemos no cartão da criança o peso na curva de crescimento, era explicado sobre o porquê dessa anotação e como identificar as crianças com distúrbio nutricional. E assim, sucessivamente, com todas as metas de qualidade. Além disso, as orientações e o estímulo à adesão e sobre a importância da ficha espelho também foram realizadas, sempre levando em consideração que existiria sim dificuldades de acesso em alguns momentos e nós nos mostramos parceiros quando dificuldades se apresentavam. Aqui, o grande facilitador então foi a sistematização e o trabalho de busca e convite feitos pelos agentes de saúde para as atividades educativas coletivas e a maior dificuldade foi a barreira geográfica.

O trabalho em equipe e as capacitações também foram ponto fundamental e foram realizadas. Das ações previstas para capacitação, demos foco principal na importância de se realizar a consulta de puericultura e quais aspectos devem ser abordados. Além disso, a parte técnica que envolve a prática ao se realizar medidas antropométricas e sobre a identificação do cartão de vacinação. Também fizemos capacitação da equipe previamente a todas as atividades educativas coletivas, envolvendo os eixos da promoção a saúde, tanto em saúde bucal como em saúde geral e não tivemos dificuldade, pois organizamos essas atividades com antecedência. A dificuldade em capacitação foi a baixa adesão de alguns membros da equipe menos interessados, o que não permitiu a homogeneidade esperada da equipe. Mesmo com atividades agendadas, a capacitação foi um processo contínuo, feita dia-a-dia, especialmente em relação aos fluxos da UBS e acolhimento.

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

Alguns objetivos que foram pactuados não puderam ser realizados como previsto, devido vários fatores. O controle de frios que deveria ser realizado com as vacinas não foi feito de forma adequada, pois como dito antes nós dependíamos de

outra unidade para a distribuição. No transporte em caixa térmica, não era fornecido termômetro para garantir a temperatura adequada das vacinas. Portanto esta ação não foi adequadamente realizada por não termos sala própria de vacina e meio adequado para transportar as vacinas.

Triagem auditiva foi uma das ações pouco realizada, mas tenho boas perspectivas para o futuro. No início não era feita triagem auditiva como rotina nem mesmo na capital. Agora já está sendo feito e as crianças já estão sendo encaminhadas para realização. Surge então uma outra dificuldade que é o acesso, pois após as mães retornarem para a zona rural, fica difícil voltarem para a capital para realizarem o teste, já que este não é feito na maternidade e sim em outro hospital. Mesmo com essas dificuldades, o fato de agora ter a possibilidade de realização já é um bom avanço, mas existe uma grande quantidade de crianças que já deveriam ter realizado no passado para garantir a integralidade da atenção.

Em relação ao teste do pezinho o que faltou foi o registro em relação aos resultados dos testes mais antigos, pois acontecia no município de só entregarem ou informarem o resultado em caso de alteração e isso diminui a fidedignidade das informações prestadas. Conseqüentemente, não há livro de registro com todos os resultados dos testes, sendo essa uma ação não realizada pela falta de dados.

Não conseguimos organizar a agenda do dentista nos mesmo dias de atendimento da criança. Devido à demanda e pouca oferta de ações em saúde bucal que temos na unidade, foi pactuado que as avaliações das crianças seriam em apenas um dia da semana, o que de certa forma fechava as portas que deveríamos abrir. Porém esse foi o único espaço fornecido para o projeto na agenda da equipe de saúde bucal e tivemos que trabalhar de forma limitada.

A conclusão do tratamento odontológico foi algo complicado para se atingir. Garantir materiais necessários é o grande impedimento nesse quesito. Há muito tempo foi solicitado compra de insumos para a unidade, mas não obtivemos resposta em tempo e não temos governabilidade sobre a compra de materiais. Outro problema que vem se tornando agora cada vez mais sério é o corte do fornecimento de energia elétrica na unidade que ainda está sendo averiguado. Portanto, quando se trabalha eixos que exigem estrutura física e de materiais, há uma tendência a encontrarmos barreira devido ao baixo investimento em saúde.

Não fez parte da capacitação a identificação de crianças que estavam com consultas em atraso, pois esta parte do trabalho era feito por mim. Isso foi um erro,

já que a intervenção continuará e é importante que a equipe saiba como deve descobrir se uma criança está ou não adequadamente acompanhada. Mas fez parte das capacitações as orientações sobre o número mínimo de consultas preconizados pelo ministério da saúde.

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

A coleta de dados foi especialmente fácil devido ao uso da ficha espelho de forma sistemática e com a revisão semanal das mesmas. Não há muito a que se dizer. As dificuldades de coleta ocorreram mesmo em relação a dados antigos possivelmente necessários que não constavam de nenhuma forma nos prontuários. Como exemplo, o dado relativo a atendimento na primeira semana de vida. Nenhuma criança que já tivesse idade superior a 1 ano tinha dados sobre qualquer tipo de atendimento na primeira semana, o que dificulta o trabalho no resgate dos dados. O mesmo pode ser dito em relação a dados coletados do cartão de saúde da criança, pois muitas vezes os testes de triagem realizados ao nascimento não estavam anotados, assim como os resultados dos testes do pezinho. Já em relação às anotações que ocorriam do momento do atendimento e da programação, não foi problemático.

O processamento dos dados também foi simples, com a ajuda das tabelas com cálculo automático. Porém, existe algumas observações a serem realizadas em relação aos indicadores. Se as metas do trabalho devem ser atingidas do momento da intervenção até o final, ou seja, é algo prospectivo, talvez alguns dados, como aqueles que necessitam de resgate de informações, não poderiam usar como denominador o número total de crianças. Como exemplo, o indicador de crianças com consulta na primeira semana de vida. Se a maioria delas não teve uma consulta no passado, um indicador baixo pode refletir a qualidade do serviço pré-intervenção. Porém, se o denominador fosse número de crianças nascidas durante o período de intervenção e o numerador o número de crianças nascidas que fizeram consulta na primeira semana de vida, aí seria uma avaliação prospectiva, mais fidedigna para se relacionar ao que foi implantado. O mesmo pode ser dito em relação ao dado de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura.

No restante não houveram dificuldades em relação ao fechamento das planilhas. Na verdade foi algo bem simples e que precisou de pouco tempo para a adaptação.

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

Essa é a parte mais importante de todo o projeto de intervenção: garantir a sua continuidade do trabalho. O projeto foi, em grande parte, bem incorporado e organizado conforme a realidade do nosso serviço. Existe sim uma boa chance de continuarmos o projeto e melhorarmos os nossos indicadores.

Existem três grandes eixos trabalhados e que permitirão a continuidade do projeto de intervenção na rotina do serviço: trabalho da equipe, organização do serviço e orientação da comunidade.

O que foi implantado durante a intervenção para melhorar o trabalho da equipe em relação à saúde da criança foram especialmente os trabalhos de busca ativa, busca passiva e acolhimento. O trabalho da equipe, agora já mais bem orientada e acostumada a lidar com a saúde da criança, poderá garantir que haja continuidade das ações realizadas de forma rotineira. Para isso é importante que mesmo após o término da intervenção, a equipe se mantenha estimulada a trabalhar com as crianças, lembrando a importância da longitudinalidade e integralidade da atenção.

A organização do serviço, de forma a garantir e facilitar a entrada da criança no sistema de saúde é outro ponto fundamental que devemos continuar a trabalhar para que a intervenção continue. A facilidade deve ser garantida às através da priorização do atendimento à criança, tanto na unidade como no domicílio e esse foi uma das principais ações implantadas para garantir a cobertura.

Por fim, outro eixo importante é a orientação comunitária. Nesse período de intervenção conseguimos trazer para a comunidade o que deve ser feito em relação à saúde da criança, como devem ser acompanhadas, o que é preciso para proteção da saúde das crianças, quais os direitos das crianças em relação a vacinas, testes de rastreio e etc. Esse trabalho tem grande relevância, pois quem poderá cobrar futuramente as melhorias no sistema de saúde é a própria comunidade. Mas para que cobrem, é importante que entendam o que é importante, o que precisa ser

cobrado e quais os seus direitos dentro de um sistema de saúde ainda tão heterogêneo e imaturo em algumas regiões. Devemos continuar trabalhando esse eixo, constantemente, e buscar parcerias com a comunidade, trazendo de forma conjunta melhorias para o sistema de saúde.

O que foi pouco realizado e que deve ser mais bem trabalhado é a parceria da equipe com a gestão. Infelizmente hoje podemos dizer que existe um vínculo pequeno de trabalho entre a secretaria e a equipe, além de muitas disputas internas, desentendimentos, imaturidade, falta de cobrança por melhorias. Briga-se hoje muito por folgas e salário e nada por melhores condições de trabalho e melhorias do serviço de saúde. Se houvesse melhores parcerias, seria certo que o trabalho pudesse ser realizado com mais tranquilidade e com a possibilidade de disseminação de boas ideias para outras unidades de saúde do município. Tanto poderíamos ter renovações, através da observação do trabalho de outras equipes, como poderíamos fornecer orientações sobre melhorias em outras unidades. Ainda não é possível afirmar quando isso será possível, mas é algo fundamental na garantia da continuidade do trabalho da Atenção Primária como um todo, não apenas em saúde da criança.

Tenho grandes expectativas em relação à continuidade do projeto, pois acredito que a equipe e a comunidade estão conseguindo enxergar a importância em se trabalhar saúde da criança e estamos conseguindo descobrir quais os nossos problemas e elaborando soluções para trazer melhorias. Ainda temos que melhorar, pois nada é tão perfeito que não possa ser otimizado, mas essas mudanças ocorrerão com o tempo e com a nossa experiência.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Saúde Geral da Criança

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

A intervenção teve como foco a abordagem das crianças entre 0 e 72 meses da área de abrangência da UBS. Ao todo, iniciamos a intervenção com 135 crianças que residiam na área de cobertura da UBS. Durante o período de intervenção, 5 crianças nasceram e ao final ficamos então com 140 crianças. Todas as crianças da área faziam parte da nossa intervenção. Observando a evolução do indicador, nota-se que o mês 3 foi quando existiu menor aumento na cobertura, ao todo de 13,3% (ou 18 crianças), enquanto o mês 2 foi quando ocorreu o maior aumento de cobertura, 28,2% (ou 34 crianças), sendo este valor 1,7 vezes maior em relação ao mês 1. Sendo assim, no mês 1 atingimos 14,8% (ou 20 crianças) de cobertura, no mês 2 40% (ou 54 crianças) de cobertura e no mês 3 53,3%, correspondendo a 72 crianças que efetivamente participaram da intervenção ao final do projeto. A nossa meta inicial foi de 50% de cobertura, marco que conseguimos atingir no período estipulado de 12 semanas de intervenção. Veja alguns dados citados acima na figura 01.

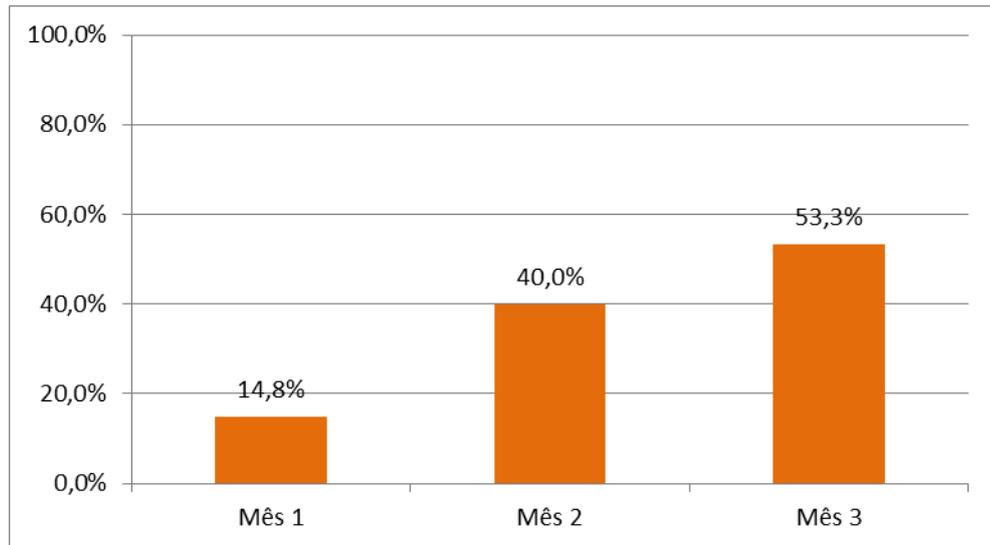


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa saúde da criança da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

O indicador de cobertura foi uma das metas mais desafiantes durante o projeto de intervenção devido aos vários aspectos envolvidos que influenciam em sua ascensão.

Para atingir essa meta, os fatores que facilitaram o trabalho foram principalmente o trabalho em equipe, a divulgação do trabalho para a comunidade em locais públicos e nos domicílios, feito pelos agentes comunitários de saúde, a garantia de acesso fácil ao sistema, através da priorização do atendimento das crianças na unidade e em visitas domiciliares e a boa adesão da comunidade, que também foi atingida por um bom engajamento público da equipe de saúde. Inicialmente houve certa dificuldade em se atingir a cobertura semanal esperada, até pela própria imaturidade inicial do projeto, que mesmo com planejamento feito antes, ainda surgem imprevistos. Por isso, no início, com a equipe ainda não totalmente habituada à logística e com poucos membros da comunidade sabendo sobre a iniciativa da equipe, houve pouca adesão no primeiro mês. Após revisão do nosso processo de trabalho e com a discussão com a equipe sobre maneiras de resolver as dificuldades e garantir o acesso, conseguimos aumentar nossa meta de cobertura. No último mês, tivemos nova queda já esperada, pois agora já começam a surgir usuários mais resistentes ou com maior dificuldade de acesso a unidade, o que causou nova redução da cobertura, além de outros imprevistos como feriados e problemas relacionados ao transporte. Mesmo com essas dificuldades iniciais

conseguimos atingir nossa meta de cobertura e mostramos potencial para aumentá-la ainda mais.

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

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

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

Neste indicador podemos observar na figura 2 que não houve atendimento em crianças na primeira semana de vida no mês 1. Já no mês 2 e 3 houveram atendimentos a crianças recém-nascidas na unidade, sendo o indicador do mês 2 de 3,7% (2 crianças) e no mês 3 6,9% (5 crianças). Apesar dos valores serem pouco expressivos, isso reflete na verdade que a maioria das crianças participantes da intervenção nasceram fora do período do projeto, quando não era rotina na unidade a realização de consultas de puericultura. Ou seja, apesar do valor baixo, por refletir uma realidade de crianças em faixas etárias maiores, anteriores ao processo de intervenção e adequação dessa ação programática, todas as crianças que nasceram durante o período de intervenção foram buscadas e atendidas, sendo a forma de cálculo do indicador que não permitiu que a meta fosse considerada como 100%, que foi a meta pactuada antes da intervenção. Veja alguns dados citados acima na figura 02.

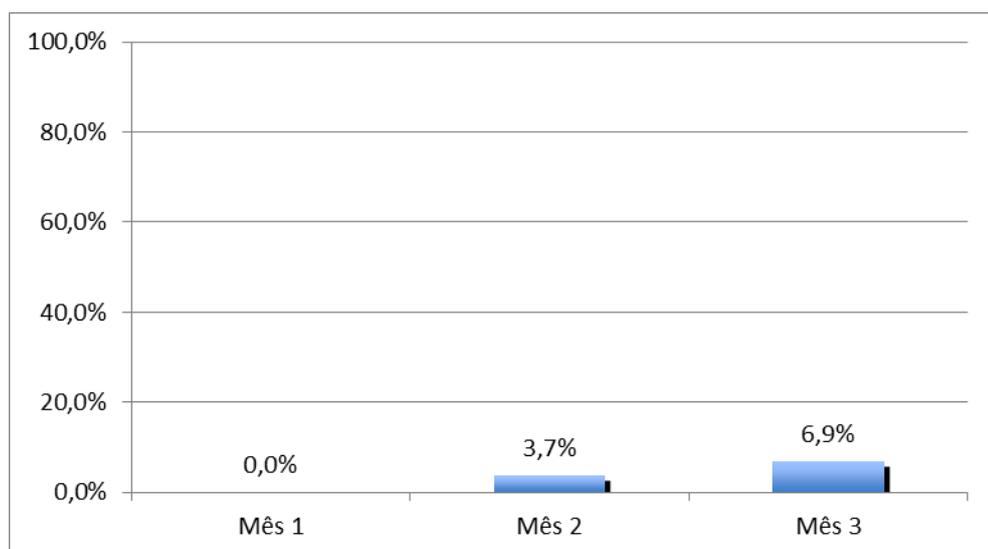


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com primeira consulta na primeira semana de vida na área de cobertura da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Como dito anteriormente, o indicador reflete tanto o que ocorreu no período de intervenção como o que ocorria anteriormente. Como a saúde da criança não era tida como prioridade no período antes da intervenção, não se faziam consultas de puericultura previamente. Com isso, o indicador reflete mais o período pré-intervenção e por isso se mostra com o valor absoluto baixo. Porém, ao se considerar apenas as crianças nascidas no período de intervenção, 100% delas foram atendidas e o grande fator que permitiu isso foi a realização de visitas domiciliares para o primeiro atendimento. Com o trabalho dos agentes em manter vigilância em gestantes próximas do termo e com a transmissão dessas informações para o restante da equipe, foi possível descobrir sempre que havia algum recém-nascido na área. Além disso, como também deixamos um dia reservado para realização de visitas na nossa agenda, toda semana, isso garantia a nossa ida até a casa das famílias com recém-nascidos, permitindo a primeira consulta de puericultura no domicílio. Não há como esquecer que um fator facilitador foi o próprio período de estiagem, que tornava o acesso por via terrestre mais fácil por parte da equipe, permitindo maior número de visitas por dia e em locais mais distantes.

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Este indicador de qualidade foi mantido constante durante todo período de intervenção, sempre em 100%, refletindo que todas as crianças que fizeram parte da intervenção estiveram com a avaliação do crescimento em dia, conforme pode ser visto no gráfico da figura 3. A nossa meta aqui, por ser um indicador de qualidade era de 100% e conseguimos seguir como esperado.

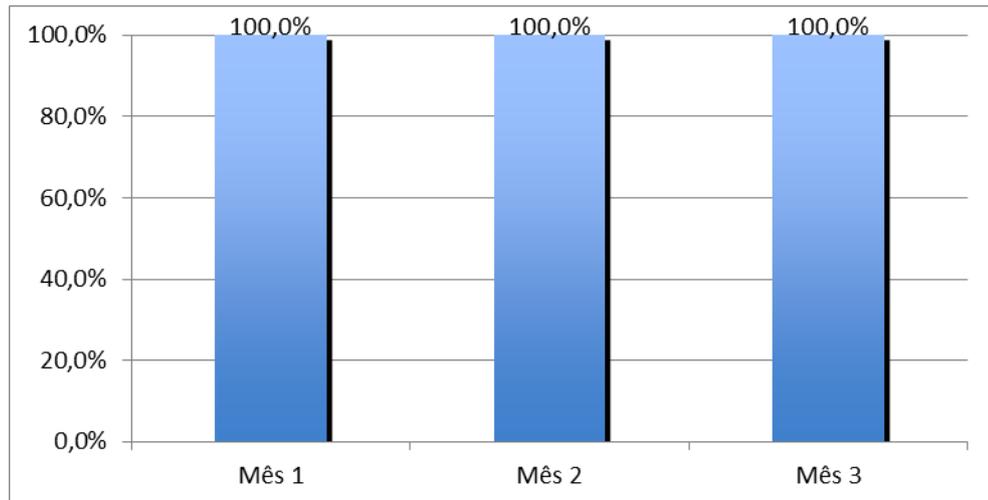


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com monitoramento do crescimento em dia da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Este indicador tem uma grande importância no acompanhamento em saúde da criança, mas não tivemos grandes dificuldades em atingi-los. O que garantiu o cumprimento da meta que ele representa foi a nossa logística de pré-consulta, onde a população entre 0 e 72 meses era sempre medida e pesada, e os dados já anotados em prontuário e ficha espelho. O único fator que dificultou foi a falta de materiais adequados para aferir peso e comprimento de crianças abaixo de 24 meses de vida, algo que em alguns momentos tornou a aferição trabalhosa e com pouca precisão.

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

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

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

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

Devido a semelhança estatística desses indicadores, estes serão apresentados juntos. Como se pode observar, não houve atendimento de crianças com déficit de crescimento no primeiro mês e no terceiro mês. Apenas no segundo mês foram detectadas 2 crianças (3,7%) com déficit de peso e, como pactuado, estas crianças foram acompanhadas regularmente. Já em relação a crianças com excesso de peso, nos meses 1 e 3 foram detectados casos novos de excesso de peso, algo que não ocorreu no mês dois. No mês 1 e 2, uma criança foi acompanhada com excesso de peso e no mês 3 três novos casos foram detectados e diagnosticados com excesso de peso. Estes resultados estão representados nos gráficos das figuras 4 e 5. Até o final da intervenção, todas essas crianças com

desvios do crescimento, seja pelo déficit de peso, sejam pelo excesso, foram acompanhadas regularmente na unidade.

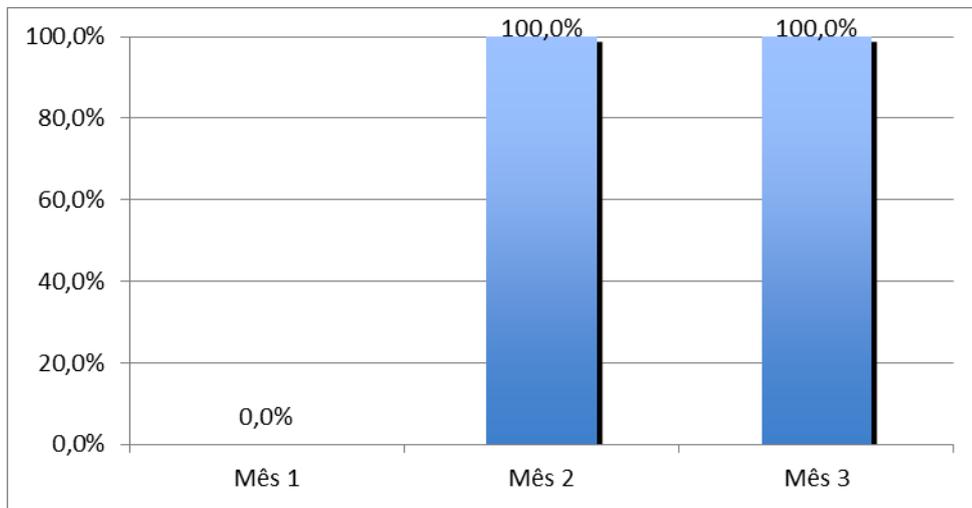


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com déficit de peso monitoradas da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

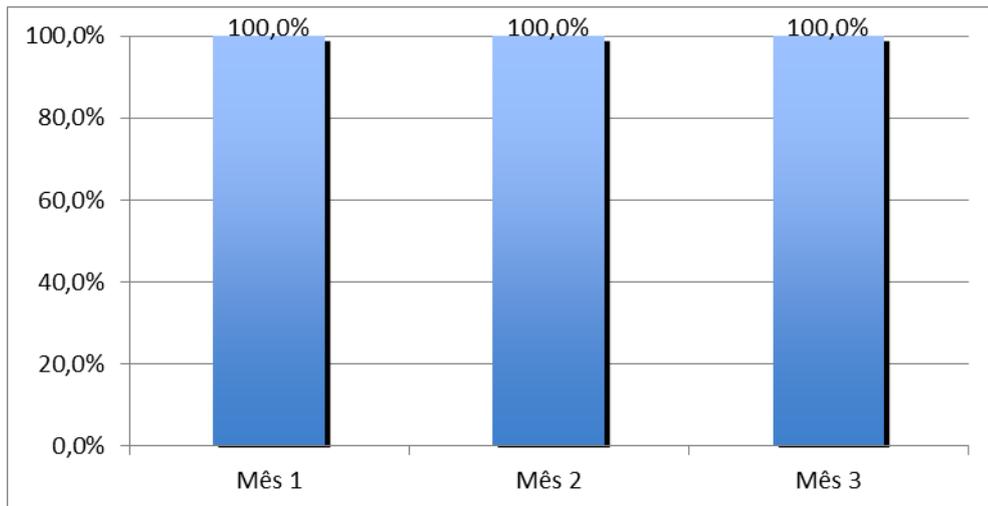


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com excesso de peso monitoradas da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Estes indicadores refletem a quantidade de crianças que foram diagnosticadas com distúrbios do crescimento e acompanhadas durante o período de intervenção. Portanto, reflete além da quantidade de crianças com distúrbio nutricional a capacidade do serviço em fazer acompanhamento regular dessas crianças, seguindo um calendário diferenciado, com maior número de consultas para acompanhamento e, conseqüentemente, possibilidade maior de faltas. Nesses indicadores o grande fato facilitador para atingir a meta foi o engajamento público e a orientação da comunidade sobre a importância que existe em relação aos distúrbios nutricionais na infância. Com as famílias bem orientadas, o risco de faltas

foi menor e houve poucas necessidades de buscas, de modo que a o final da intervenção, todas as crianças com distúrbio nutricional estavam com as consultas em dia, conforme calendário planejado. Os agentes comunitários também tiveram papel importante ao fazer busca de faltosos, sendo que as faltas ocorriam principalmente por dificuldades geográficas e climáticas, tornando o acesso das famílias mais difícil a unidade no dia agendado. Sendo assim, outro fator que também contribuiu para atingir essa meta foi a flexibilização da agenda, permitindo o encaixe de pacientes em dias diferentes do planejado.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Este é um indicador de qualidade, que evoluiu de forma regular, sem nenhuma flutuação durante o período de intervenção. Na figura 6 observa-se que durante o período as 72 crianças participantes da intervenção foram avaliadas quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor. Assim como todas as metas de qualidade, esse indicador teve uma meta de 100% a ser atingida ao final da intervenção e foi cumprida em todos os meses.

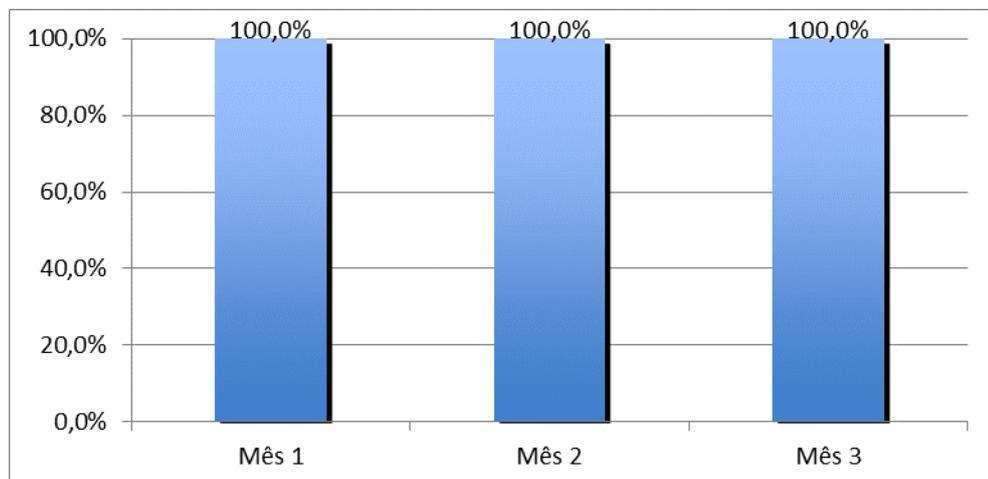


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com monitoramento do desenvolvimento da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Por ser um indicador de avaliação e que não necessita de materiais especiais para a sua realização, não houveram grandes dificuldades em seu cumprimento durante a intervenção. Para garantir essa meta, a avaliação tinha que ser feita de forma sistematizada, com auxílio do cartão de saúde da criança e de ficha espelho, com os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor. Com isso, a avaliação ficava mais clara e objetiva, o que permitiu o adequado cumprimento

dessa meta com todas as crianças participantes do programa. Porém, apesar da sistematização, essa avaliação é, talvez, a que necessite maior capacitação profissional e a que demanda maior tempo, por existirem marcos do desenvolvimento que são subjetivos e que necessitam ser testados durante a consulta. Logo, existiram momentos em que o tempo de consulta se estendeu devido a esta avaliação, o que dificultou, mas não impossibilitou a realização desse objetivo com todas as crianças.

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

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

Este foi um indicador que apresentou significativas variações no período de intervenção. Na figura 7 nota-se que no mês 1 foi atingida a meta de 75% das crianças com cartão vacinal em dia, o que correspondia a 15 crianças entre 20. Com o passar dos meses, esse indicador teve um aumento expressivo de 23,1% do mês 1 ao mês 2, o que correspondeu a 53 crianças (98,1%), entre 54 crianças atendidas e no mês 3 foi atingida a meta de 98,6%, que correspondem a 71 crianças entre as 72 atendidas. A meta proposta foi de 100% e não foi cumprida porque uma criança não teve o seu cartão de vacina atualizado durante as doze semanas de intervenção.

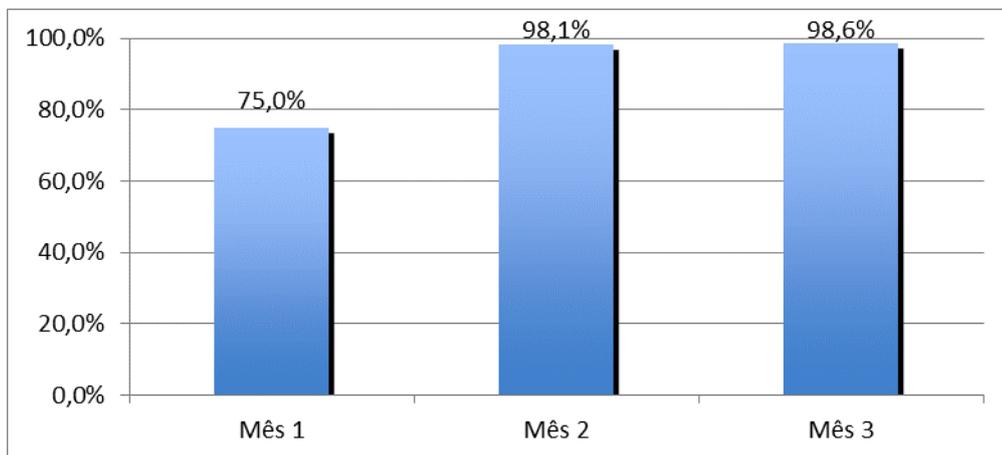


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com vacinação em dia da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Este indicador demonstra na realidade a capacidade do serviço em garantir a imunoprevenção em crianças de sua área de cobertura. Nesse aspecto, conseguimos ter um bom desenvolvimento. A nossa dificuldade em relação a vacinação é não termos sala própria de vacina e por isso ainda dependemos de

outra unidade para o preparo de caixa térmica com vacinas. Dessa forma nós levávamos a vacina apenas 2 dias da semana durante o início da intervenção, algo que no primeiro mês foi um empecilho ao cumprimento da meta de 100%. Após reformulação desse aspecto e com a liberação da vacina para uso durante todos os dias da semana a partir do mês 2, essa meta teve uma clara ascensão. Mas não foi apenas isso. Conseguimos também, através de atendimento extra unidade e em visitas domiciliares, levar a vacina para locais de difícil acesso e completar o cartão de vacina de quem necessitava. O trabalho sistematizado de avaliação do cartão da criança durante todas as consultas também foi outro fator que contribuiu para permitir a identificação de crianças com cartão em atraso com necessidade de vacinação. Dessa forma, ao final da intervenção, apenas uma criança estava com atraso devido a incapacidade de se atualizar plenamente o seu cartão em apenas 1 mês, devido ao intervalo mínimo entre as doses de algumas vacinas necessárias.

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

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

Essa meta de qualidade também teve certa variação durante a intervenção. A população alvo deste indicador é diferente, pois somente crianças entre 6 e 24 meses foram consideradas como tendo indicação de receberem suplementação de sulfato ferroso, o que correspondeu a 8, 18 e 24 crianças nos meses 1, 2 e 3 respectivamente. Observa-se na figura 8 que no mês 1 um total de 7 das 8 crianças (87,5%) receberam suplementação de sulfato ferroso. A partir dos meses 2 e 3, todas as crianças que tinham indicação de suplementação passaram a receber, sem nenhuma variação. Sendo assim, ao final da intervenção a meta de 100% pactuada no início foi atingida sem maiores dificuldades.

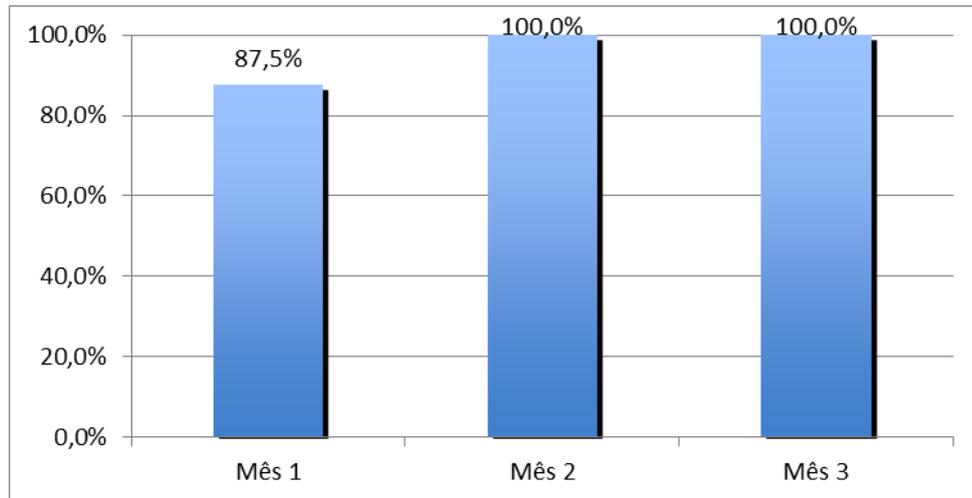


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e vinte e quatro meses com suplementação de ferro da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Conforme observado no mês 1, nem todas as crianças receberam a suplementação conforme preconizado. Apesar de pouca variação, esse dado reflete a nossa dificuldade em conseguir o sulfato ferroso solução oral no início da intervenção. Nesse caso, o fator que impediu que 100% da meta fosse atingida durante os 3 meses foi a demora na aquisição desse insumo pela secretaria municipal de saúde. Após a compra e com controle de estoque adequado, passamos a conseguir fornecer com maior facilidade o sulfato ferroso e a adesão a essa medida foi boa, em parte pela orientação comunitária sobre a importância em se evitar anemias nessa fase da vida e também pelo treinamento feito pela equipe. Como esta foi uma medida que iniciou antes do projeto em si, ficou mais fácil fazer a intervenção, pois muitas famílias já estavam orientadas e aderindo a esta medida.

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Os usuários visados por esse indicador eram os que apresentavam idade entre 0 e 72 meses, especialmente aqueles no primeiro mês de vida. Este foi um indicador em que não se obteve cobertura adequada. Analisando o gráfico da figura 9 observa-se que a evolução foi ascendente e que no mês um, nenhuma criança realizou a triagem auditiva, no mês dois apenas 01 (1,9%) criança realizou e no mês 3 apenas 02 (4,3%) crianças tinham feito essa triagem. Não foi possível atingir a meta esperada para esse indicador durante a intervenção.

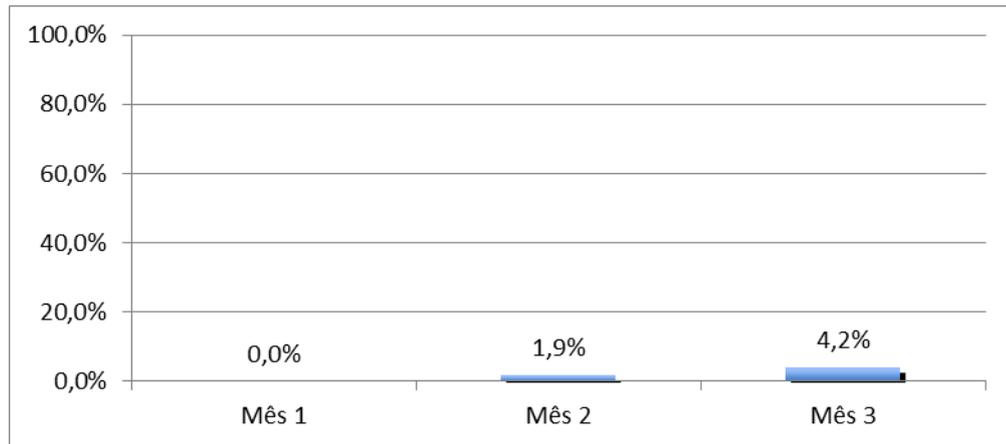


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que realizaram triagem auditiva na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Este indicador leva em consideração a proporção de crianças que realizaram triagem auditiva em relação ao total de crianças participantes da intervenção. Com isso, existe um problema na interpretação, pois crianças com idade maior que 6 meses já não apresentam indicação do rastreio segundo Brasil (2012). Logo, mesmo que a meta não tenha sido atingida como esperado, os valores em relação a cobertura se encontram mais baixos pela forma de calcular o indicador.

O principal motivo para que essa meta não tenha sido atingida com as crianças participantes da intervenção foi a falta de disponibilidade do teste na maternidade do estado. O teste passou a ser realizado em outro hospital e era agendado em data posterior à liberação da criança da maternidade, o que dificultava para as mães conseguirem se locomover novamente até a capital depois de retornarem para suas casas na zona rural. Na verdade, o teste em si ainda é algo novo para muitos e poucas pessoas sabem sobre a sua importância e sobre a sua disponibilidade que ocorreu recentemente.

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

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. Esta meta se refere às crianças que realizaram teste do pezinho na primeira semana de vida. Todas as crianças entre 0 e 72 meses faziam parte dessa ação, mas principalmente as crianças nascidas durante a intervenção entre 3 e 7 dias de vida. Observando o indicador, houve um decréscimo percentual da cobertura dessa ação, saindo de 80% (16 entre 20 crianças participantes do programa) no primeiro mês, para 75,9% (41 entre 54 crianças participantes do programa) no segundo mês e ao

final do mês 3 72,2% (52 entre 72 crianças) das crianças haviam realizado o teste do pezinho na primeira semana de vida, como pode ser visto na figura 10. A meta esperada era de 100%.

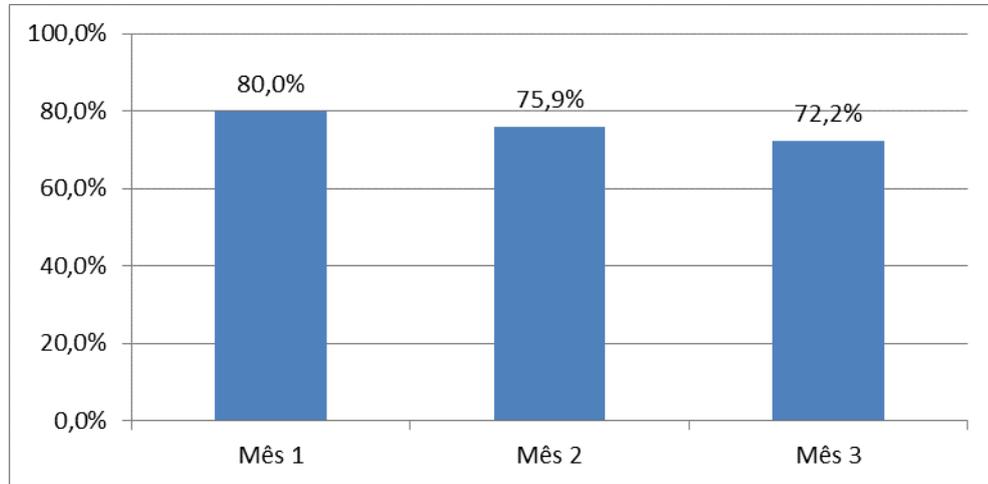


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que realizaram teste do pezinho na primeira semana de vida da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Apesar do aparente decréscimo no indicado durante os meses, o que ocorreu foi um maior número de atendimento nos meses 2 e 3 de crianças com idade mais avançada. Ou seja, mais crianças que previamente à intervenção não haviam realizado o teste do pezinho e que entraram no denominador do cálculo. Com isso existe a aparente ideia de que a meta não foi atingida, porém todas as crianças que nasceram durante a intervenção tiveram o teste do pezinho realizado entre 3 e 7 dias de vida na unidade ou em visitas domiciliares.

Na tentativa de garantir que essa meta fosse atingida, o principal facilitador foi a busca de crianças recém-nascidas e a vigilância entre as gestantes com idade gestacional avançada. Com isso ficou fácil descobrir precocemente as crianças que haviam nascido na semana e logo agendávamos visita domiciliar para realização de consulta e teste do pezinho, garantindo o acesso em tempo hábil.

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

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

Este ponto da intervenção se refere às crianças da área de cobertura que foram avaliadas quanto à necessidade de consulta odontológica programática. O

alvo dessa meta eram as crianças entre 6 e 72 meses e ao todo foram atendidas 64 durante a intervenção. No gráfico da figura 11 observa-se que dessas, 18 (100%) no primeiro mês, 31 (100%) no segundo e 15 (100%) no terceiro, totalizando 64 crianças, sendo que 100% delas foram avaliadas quanto a necessidade de avaliação odontológica.

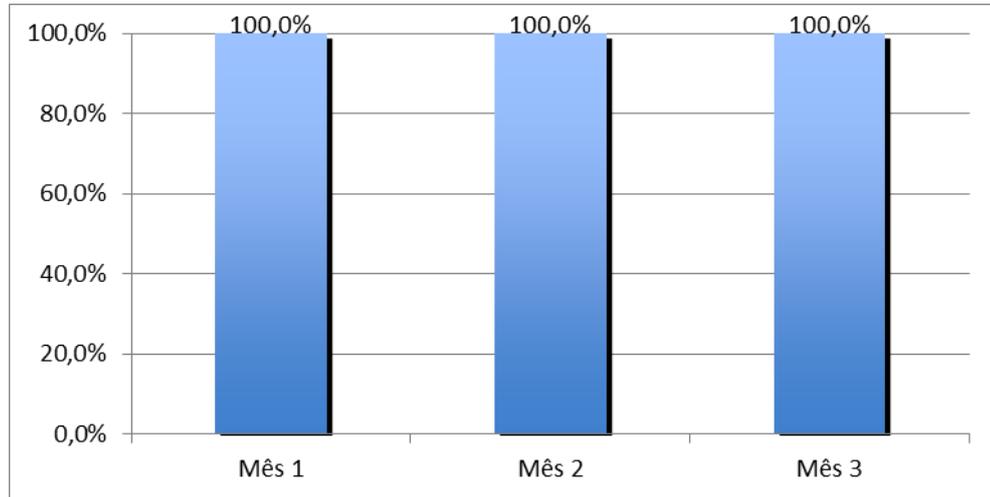


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Ao todo são 130 crianças entre 6 e 72 meses na área de cobertura da UBS. Dessas, 64 foram atendidas e avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico. O objetivo foi garantir a integralidade da atenção a criança. Dessas crianças nenhuma havia recebido primeira consulta odontológico e o objetivo dessa meta era avaliar quais realmente necessitavam de atendimento odontológico.

O que facilitou o cumprimento dessa meta foi a realização de atendimento sistematizado da criança, permitindo a abordagem de temas pertinentes como a saúde bucal.

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

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

Este aspecto da intervenção visava a cobertura de primeira consulta odontológica programática entre crianças de 6 e 72 meses. Observando a figura 12, nota-se que foram atendidas 64 crianças durante a intervenção nessa faixa etária e

dessas, 17,2% (11 crianças) realizaram a primeira consulta odontológica programática. No mês 1, duas de dezoito crianças (11,%) foram atendidas, no mês 2 mais oito entre quarenta e nove crianças (16,3%) foram atendidas e no mês 3 mais onze entre sessenta e quatro (17,2%) foram atendidas, resultando na meta atingida durante a intervenção. O objetivo inicial era que todas as crianças atendidas em puericultura também fizessem atendimento odontológico programático, mas essa meta não foi atingida.

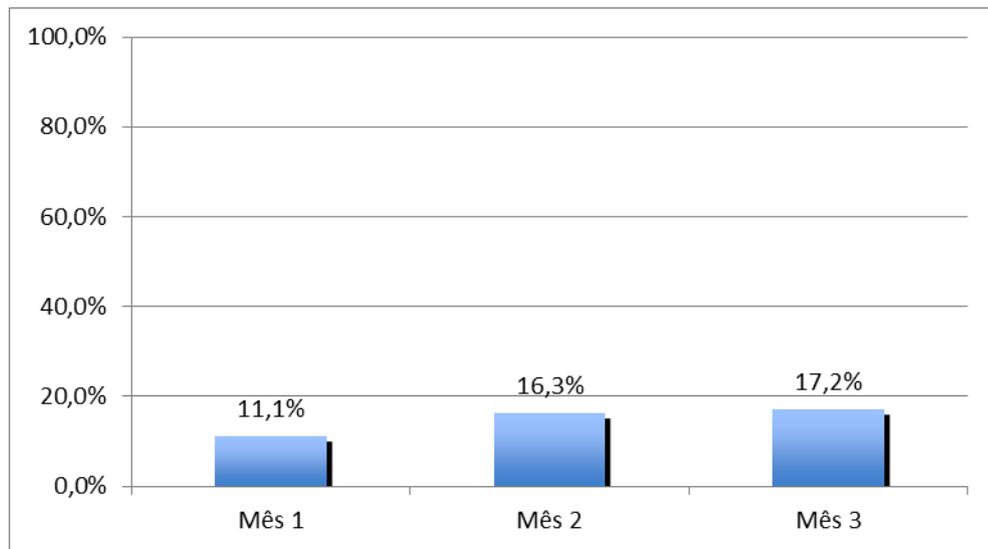


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que realizaram primeira consulta odontológica programática da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

No início da intervenção, nenhuma criança havia realizado consulta odontológica programática. Das crianças que fizeram atendimento geral de puericultura, apenas 17,2% realizaram atendimento odontológico. Nesse aspecto, algo que diminuiu essa meta foi que algumas crianças realizaram atendimento odontológico e não realizaram puericultura, ou seja, nem todas as crianças realizaram os dois tipos de atendimento.

O principal fator que dificultou o cumprimento dessa meta foi a não realização de atendimento odontológico em 5, das 12 semanas de intervenção. Além disso, inicialmente o atendimento não foi adequadamente organizado e pelas faltas da equipe de saúde bucal, perdeu-se a credibilidade inicialmente nas marcações de consulta, o que prejudicou a adesão. Além disso, apenas um dia da semana foi disponibilizado para atendimento de crianças, o que também prejudicou o aumento da cobertura dessa ação.

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

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

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

Durante a intervenção, apenas 4 crianças necessitaram de busca ativa devido faltas. No primeiro mês, nenhuma criança necessitou ser buscada. No segundo, das quatro que necessitaram ser buscadas, 2 (50%) de 4 crianças faltosas forma buscadas. Já no terceiro mês, 4 (100%) entre 4 crianças faltosas foram buscadas, como pode ser visto na figura 13, e essa era meta esperada.

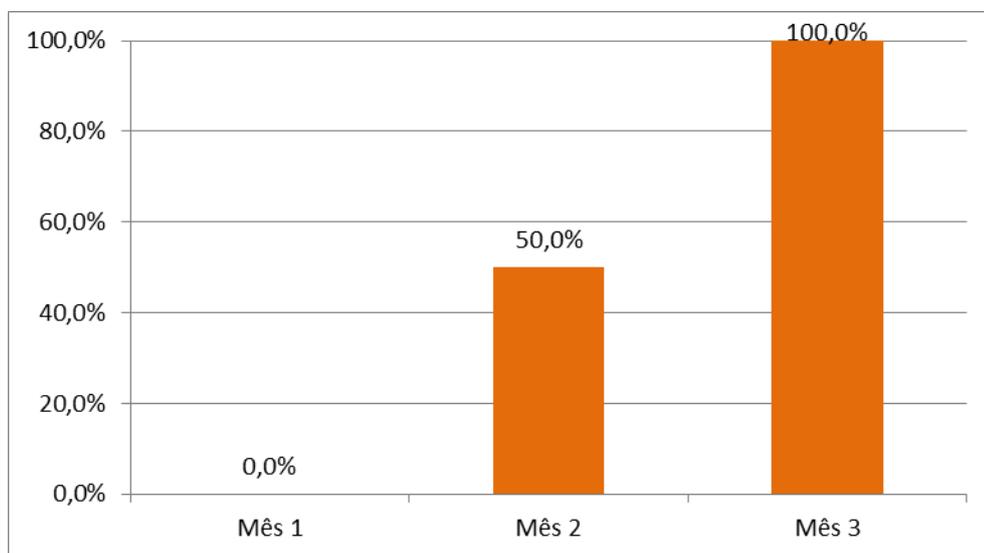


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que foram buscadas em relação às que faltaram às consultadas da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Conforme observado, não houve necessidade de se realizar um grande número de buscas, tendo em vista que apenas 4 crianças faltaram as consultas programáticas. No mês dois, apenas duas das crianças foram buscadas e isso reflete uma realidade que ocorre no posto de saúde que dificulta o trabalho em alguns momentos. Alguns dos agentes de saúde trabalham apenas 2 vezes na semana, o que prejudica o trabalho quando há necessidade busca e isso ocorreu no mês. Felizmente não foi necessário buscar maior número de crianças, pois se isso ocorresse, maiores dificuldades poderiam ocorrer.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

Observando o gráfico da figura 14, nota-se que das 72 crianças atendidas entre 0 e 72 meses, conseguimos manter o registro atualizado em ficha espelho em 100% delas durante todo o período de intervenção.

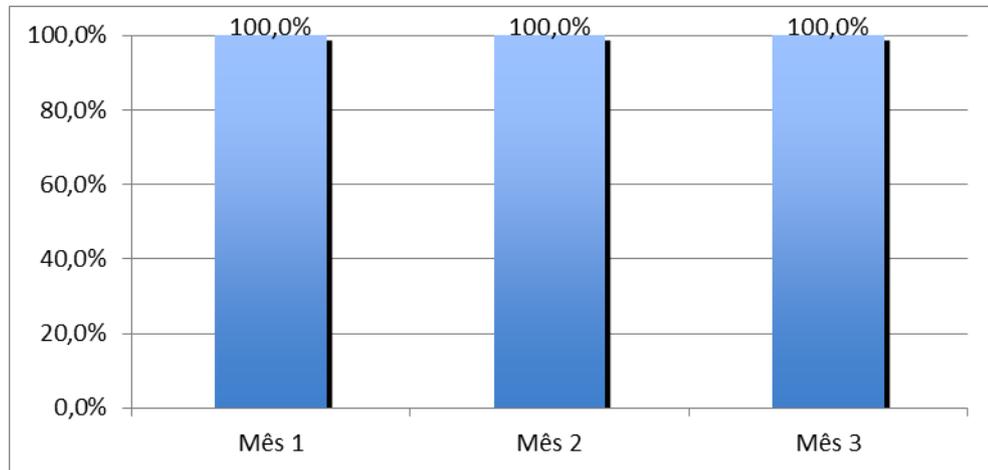


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com o registro atualizado da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Conseguimos atingir a meta, especialmente por termos um registro simples, rápido de ser preenchido, completo, sendo importante manter sempre esse registro para garantir o resgate das informações.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Na intervenção uma das metas foi de avaliar as crianças em relação ao risco, utilizando critérios bem definidos. Conforme o gráfico da figura 15, das 72 crianças entre 0 e 72 meses com atendimento de puericultura, todas foram avaliadas quanto ao risco, e essa era a meta a ser atingida.

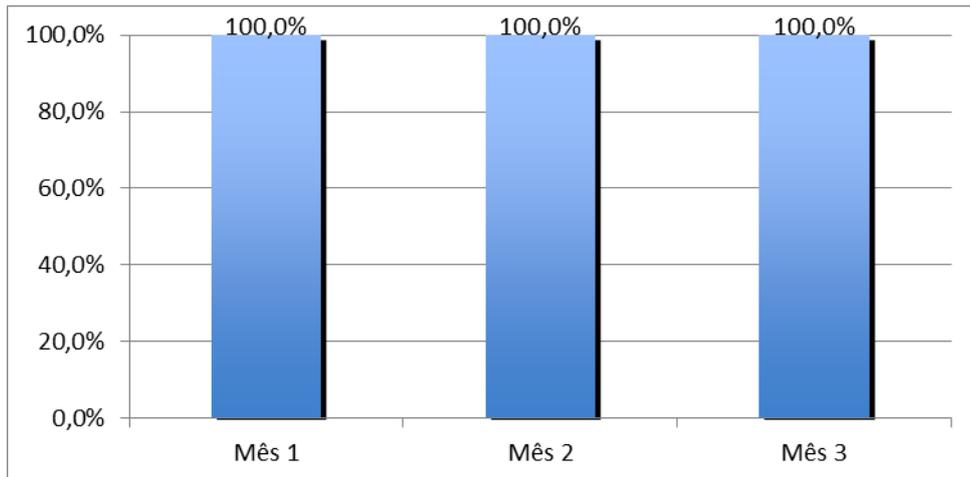


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses com avaliação de risco realizada da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Das 72 duas crianças abrangidas pelo projeto de intervenção, todas receberam avaliação quanto ao risco. Não houve dificuldades em atingir essa meta, pois os critérios de risco foram bem definidos e a avaliação era feita de forma sistematizada. Alguns casos necessitavam de maior sensibilidade para se determinar se havia ou não risco, mas isso não gerou maiores problemas.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

Das 72 crianças participantes da intervenção, durante as consultas, todas as famílias receberam orientações sobre prevenção de acidentes em todos os 3 meses de intervenção, como pode ser visto na figura 16, sendo essa a meta pactuada para essa intervenção.

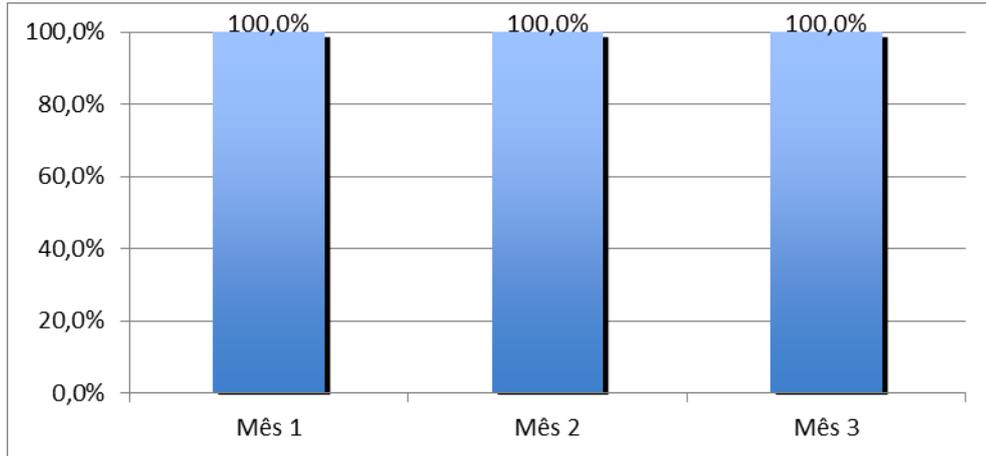


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

O que garantiu o sucesso nesse indicador mais uma vez foi o atendimento realizado de forma sistematizada, de forma abordar todos os temas que devem ser realizados durante a consulta. O reforço a essas informações foi feito também em consultas subsequentes. Algo que dificultava em alguns momentos era o tempo de consulta que acaba tendo que ser encurtado devido excesso de demanda em alguns momentos. Porém, mesmo assim esse tema não deixou de ser abordado em nenhum momento.

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

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

Durante a intervenção foram atendidas 32 crianças que estavam em algum tipo de aleitamento materno, totalizando 44,4% das crianças atendidas. No primeiro mês foram observadas durante a amamentação 8 entre as 20 atendidas (40%) crianças, no segundo mês 23 entre as 54 atendidas (42,6%) e no terceiro mês 32 entre as 72 atendidas (44,4%), conforme a figura 17 mostra. Das crianças que ainda estavam em algum tipo de aleitamento materno, 100% delas foram observadas durante a amamentação.

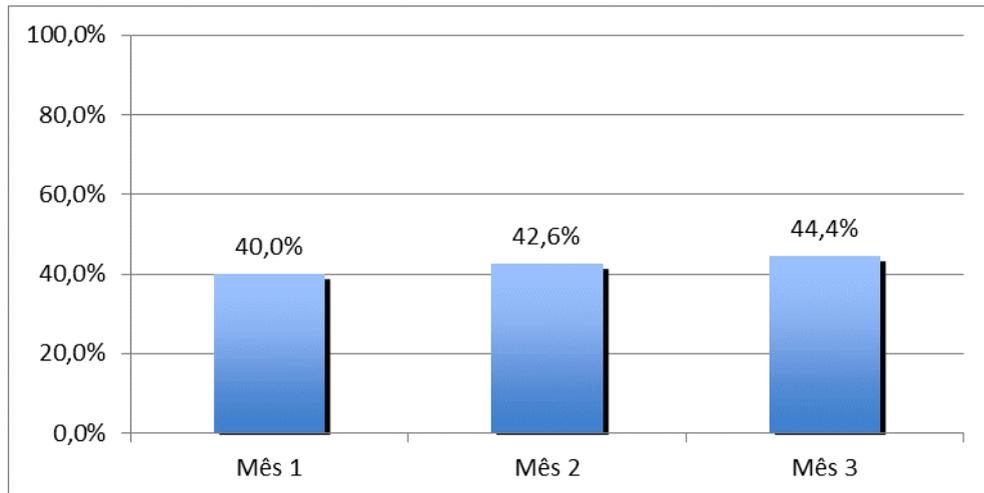


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses que foram observadas durante amamentação na consulta de puericultura da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

O que impediu que esse indicador se mostrasse como 100% no gráfico foi a forma de cálculo, que considera como denominador todas as crianças inscritas no programa e não apenas aquelas que estão de fato em aleitamento materno. Na verdade esse foi mais um dos avanços na integralidade da assistência em saúde da criança que foi atingido durante a intervenção e o que permitiu isso, além da sistematização da consulta, foi a criação de vínculo de confiança com as famílias e as atividades educativas coletivas, quando foi orientado sobre a importância da avaliação da amamentação pelos profissionais da UBS.

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

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

Observa-se no gráfico da figura 18 que durante a intervenção esse indicador se manteve constante durante todos os 3 meses, indicando que todas as famílias foram orientadas sobre alimentação adequada na infância.

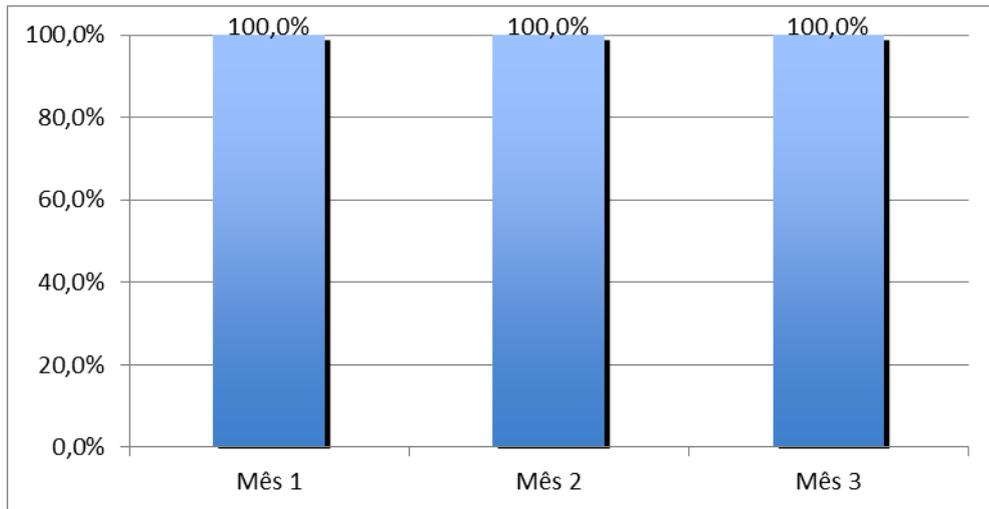


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães foram orientadas sobre alimentação adequada para a idade da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Esse foi um indicador de qualidade importante. Todas as crianças que foram atendidas foram beneficiadas com orientações sobre alimentação saudável. Os fatores que facilitaram isso foram a sistematização da consulta e o interesse por parte da comunidade sobre o tema, tornando a abordagem mais fácil. Algo que poderia melhorar a qualidade da intervenção seria a maior proximidade com a equipe do NASF, buscando melhorias do cuidado com a alimentação infantil.

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

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

Das 72 crianças atendidas durante a intervenção, todas se beneficiaram com orientações com orientações sobre saúde bucal passadas as famílias e esse indicador se manteve estável durante todos os meses de intervenção, conforme visto na figura 19, sendo essa a meta esperada.

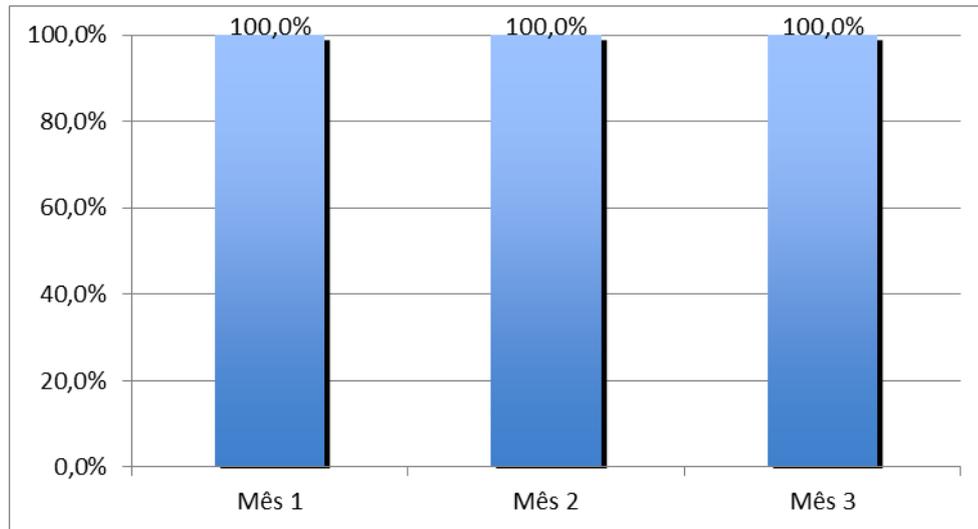


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses cujas mães foram orientadas sobre alimentação adequada para a idade da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Esse indicador trata das crianças que foram atendidas e que foram beneficiadas com orientações sobre saúde bucal. Mais uma vez trata-se de um indicador de qualidade que visa a integralidade no atendimento e que foi atingido graças a sistematização da consulta, que permitia que todas as orientações necessárias fossem passadas durante a consulta. A longitudinalidade permitiu também o reforço das orientações passadas durante as consultas subsequentes.

Resultados: Saúde Bucal das Crianças

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

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

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

A intervenção buscou melhorias também em relação à saúde bucal das crianças entre 6 e 72 meses da nossa área de cobertura. Ao todo tínhamos 130 crianças nessa faixa etária. Nenhuma criança da área de cobertura havia feito consulta odontológica programática nessa faixa etária antes da intervenção. Conforme a figura 20 pode ser observado que ao final do mês 1 apenas 2 (1,5%) foram contempladas na intervenção. No mês 2 houve melhoras nessa meta e 18 crianças foram atendidas, totalizando 20 (15,4%). No mês três a ascensão não foi a

mesma e conseguimos atender 9 crianças, totalizando 29 (22,3%). A meta inicial era de atender 50% das crianças da área de cobertura, algo que não foi atingido.

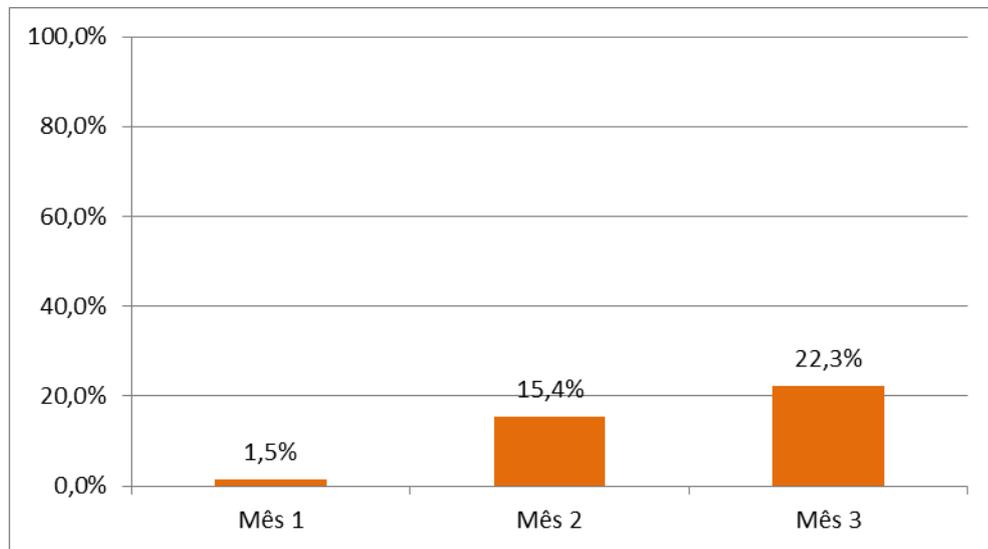


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com primeira consulta odontológica programática realizada da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Esse indicador difere daquele da meta de qualidade 2.11 de saúde geral, pois aquele se refere às crianças entre 6 e 72 meses que realizaram consulta de puericultura e que realizaram consulta odontológica. Já este indicador se refere a proporção de crianças entre 6 e 72 meses que receberam consulta odontológica programática, independente de terem ou não realizado consulta de puericultura. Sendo assim, ao todo foram atendidas 22,3% das crianças da área, abaixo da nossa meta esperada, mas já mostrando avanço, já que nenhuma criança entre 6 e 72 meses havia sido atendida antes. O que permitiu que essas crianças fossem atendidas foi a disponibilidade de tempo na agenda pela equipe de saúde bucal e a busca ativa realizada por agentes de saúde. Além disso, a orientação passada para a comunidade sobre a importância em se realizar avaliação quanto a saúde bucal aumentou a adesão.

O fator que dificultou que a meta foi atingida foi a ausência do dentista durante 5 semanas da intervenção e a dificuldade encontrada inicialmente e ao final da intervenção para se conseguir organizar a agenda e encaixar as crianças nas consultas. A disponibilidade de apenas um dia na agenda para atendimento das crianças também prejudicou a adesão.

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

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

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

Como nenhuma criança entre 6 e 72 meses haviam recebido primeira consulta odontológica programática, então todas foram consideradas como tendo necessidade de atendimento odontológico. Como se pode observar no gráfico da figura 21, esse indicador se manteve estável durante os 3 meses de intervenção em 100%, sendo duas no mês 1, vinte no mês 2 e vinte e nove no mês 3.

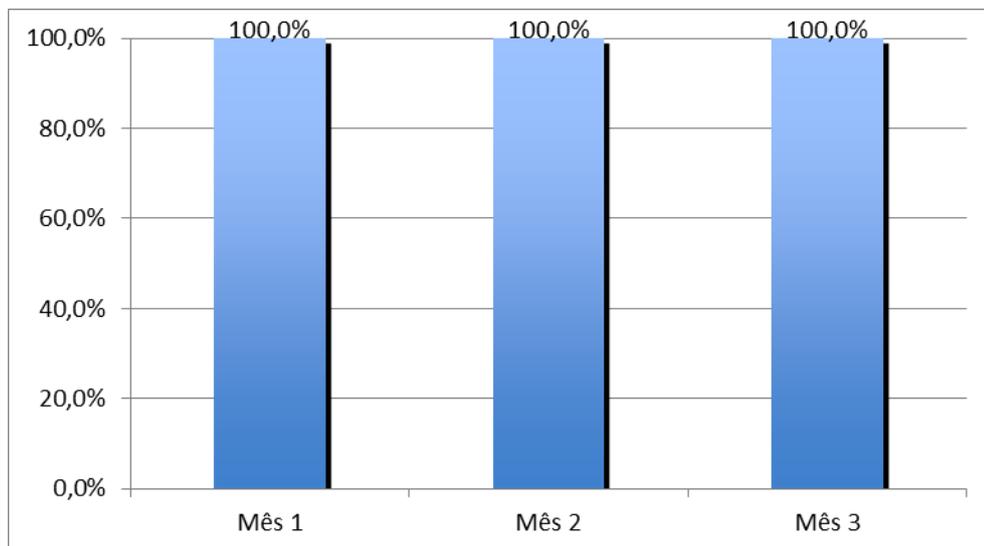


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Esse indicador demonstra a proporção de crianças que necessitavam de atendimento odontológico. Levando em consideração que Brasil (2006) coloca como um dos indicadores a proporção de usuários com consulta odontológica programática como um dos meios de avaliação da qualidade da atenção, consideramos que seria necessário que todas as crianças participantes do programa deveriam realizar consulta odontológica programática para definição de um plano preventivo terapêutico já que, previamente, nenhuma criança entre 6 e 72 meses havia sido consultada com dentista e por isso consideramos que todas necessitavam

de atendimento odontológico. Com isso aumentou a visão de integração entre os serviços de saúde bucal, médico e de enfermagem.

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.

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

Devido a todas as crianças que realizaram consulta odontológica programática terem sido consideradas como tendo necessidade de atendimento odontológico por nunca terem realizado uma consulta com o dentista, este indicador se manteve em 100% durante os meses, sendo 8 crianças no mês 1, 20 no mês 2 e 29 no mês 3, como pode ser visto na figura 22. A meta desse indicador era justamente que todas as crianças que necessitavam de atendimento odontológico fossem avaliadas pelo dentista.

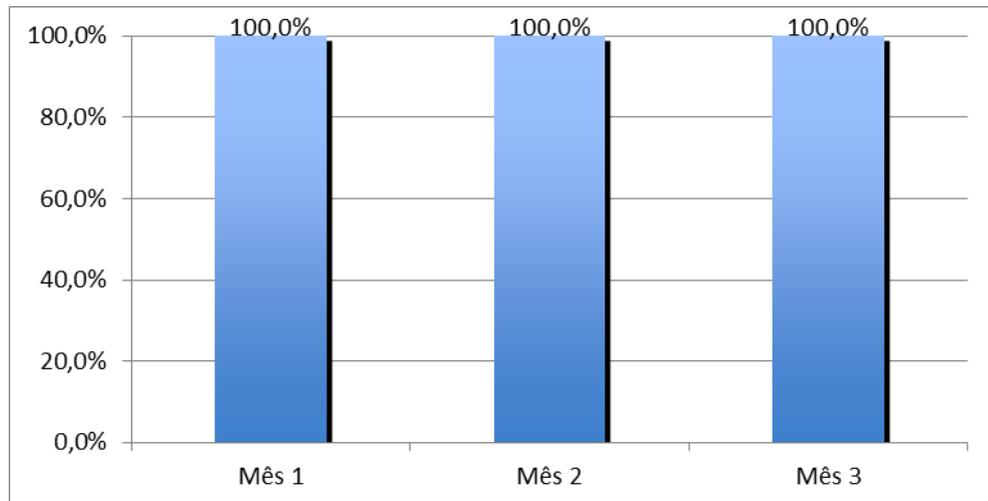


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico e que receberam consulta odontológica programática da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Indicador que reflete a capacidade do serviço em se realizar consulta programática em crianças que necessitavam de atendimento odontológico. A avaliação das crianças entre 6 e 72 meses que nunca haviam realizado consulta odontológico foi um dos focos do projeto de intervenção, sendo esse atendimento realizado graças a disponibilidade da equipe de saúde bucal que, apesar de incompleta, permitiu a realização de consultas com as crianças. O trabalho de divulgação sobre a

importância em se realizar consulta odontológica programática também ajudou nesse processo.

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Das crianças atendidas, observa-se no gráfico da figura 23 que durante os meses de intervenção houve um decréscimo de crianças com tratamento concluído. No mês 1, apenas 2 crianças foram atendidas e nenhuma necessitava de tratamento odontológico. No mês 2, apenas 40%(8 crianças) das crianças necessitavam de tratamento e não tiveram o seu tratamento concluído e no mês 3 44,8%(13 crianças) das crianças necessitavam de tratamento e não concluíram até o final da intervenção. A nossa meta inicial era que todas estivessem com tratamento concluído ao final da intervenção e essa meta não foi atingida.

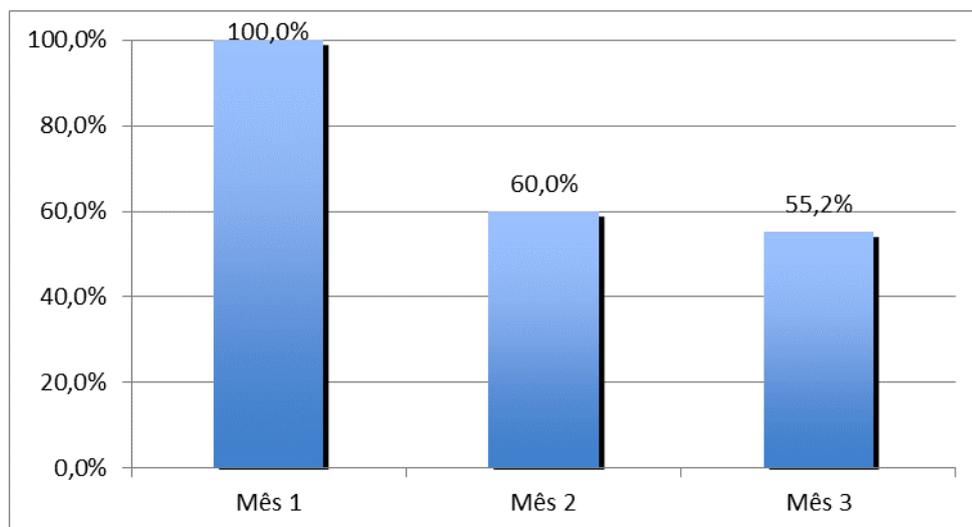


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses com necessidade de atendimento odontológico e que tiveram o tratamento odontológico concluído da UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Como foi observado, das 29 crianças que foram avaliadas durante a intervenção, 16 delas ou não necessitavam de tratamento ou tiveram seu tratamento concluído. Sendo assim, não atingimos a nossa meta esperada.

A falta de materiais odontológicos foi um dos pontos que impediu o cumprimento dessa meta, algo que foi solicitado para a gestão, mas não obtivemos o que era necessário. Com isso, o serviço tinha mais demanda do que era capaz de conseguir suprir. Também a falta do dentista durante as semanas de intervenção foi

um dos fatores que não permitiu a conclusão dessa meta. E, por fim, muitas crianças que foram atendidas necessitavam de tratamento mais complexos e demorados, com várias consultas, chegando a necessitar de até 8 consultas para a conclusão do tratamento, ou seja, com previsão de concluir o tratamento apenas após o término do período de intervenção de 3 meses.

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

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

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

Durante a intervenção apenas duas crianças (6,8% das participantes no programa) faltaram as consultas odontológicas programáticas, conforme a figura 24, e elas foram buscadas pelos agentes de saúde, sem grandes dificuldades. Portanto essa foi uma meta adequadamente atingida.

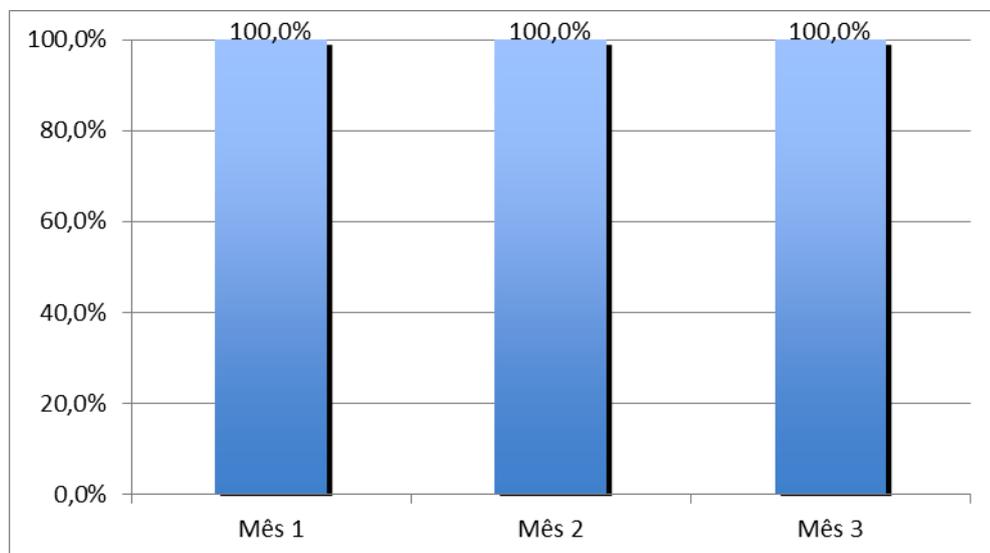


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que faltaram as consultas e que foram buscadas durante o período de intervenção na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

O nosso objetivo foi que todas as crianças que faltassem fossem buscadas e não houve dificuldade em atingir essa meta devido a busca ativa feitas pelos agentes e devido à baixa quantidade de crianças que faltaram a consulta odontológica programática.

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

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

Nenhuma das crianças entre 6 e 72 meses participantes do programa faltou durante o período de 3 meses de intervenção às consultas odontológicas subsequentes agendadas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado

Das 29 crianças participantes da intervenção, observa-se que todas ficaram com o registro atualizado durante os 3 meses de intervenção, sem nenhuma variação, conforme visto na figura 25. A meta era justamente essa, de manter todas as informações atualizadas nas fichas espelhos e nas fichas clínicas das crianças.

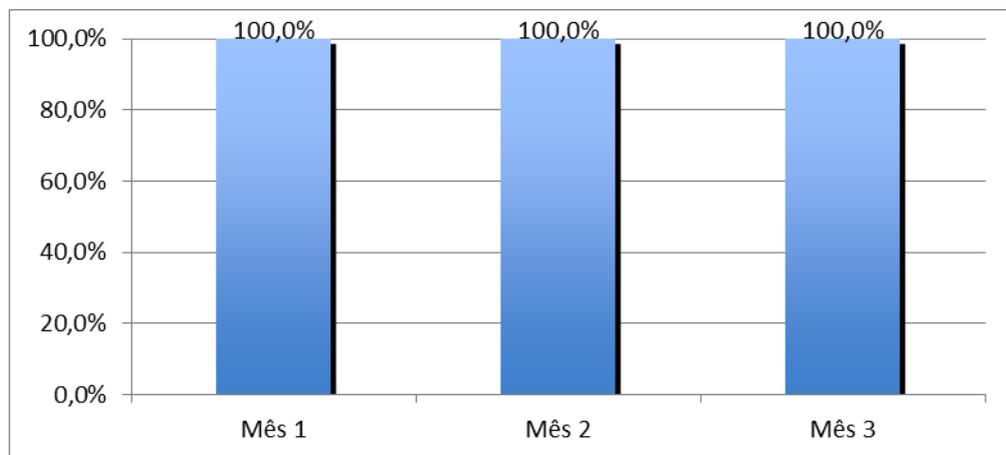


Figura 25: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Não tivemos dificuldade em cumprir essa meta devido a ficha espelho que continha informações pertinentes sobre o atendimento da criança e a ficha clínica da própria unidade que também contém dados sobre a saúde bucal e o odontograma. Além disso, a disponibilidade do dentista em preencher as fichas de forma adequada também foi um fator essencial para atingir essa meta.

Relativos ao objetivo 5: Promover a saúde bucal das crianças

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Devido a semelhança desses indicadores, serão comentados juntos. Todos refletem alvos de promoção a saúde realizadas durante a consulta. Observa-se que durante os meses de intervenção, todas as crianças foram beneficiadas com as orientações passadas pela equipe de saúde bucal e esses indicadores se mantiveram estáveis durante todos os 3 meses de intervenção, conforme pode ser visto na figuras 26, 27 e 28.

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

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

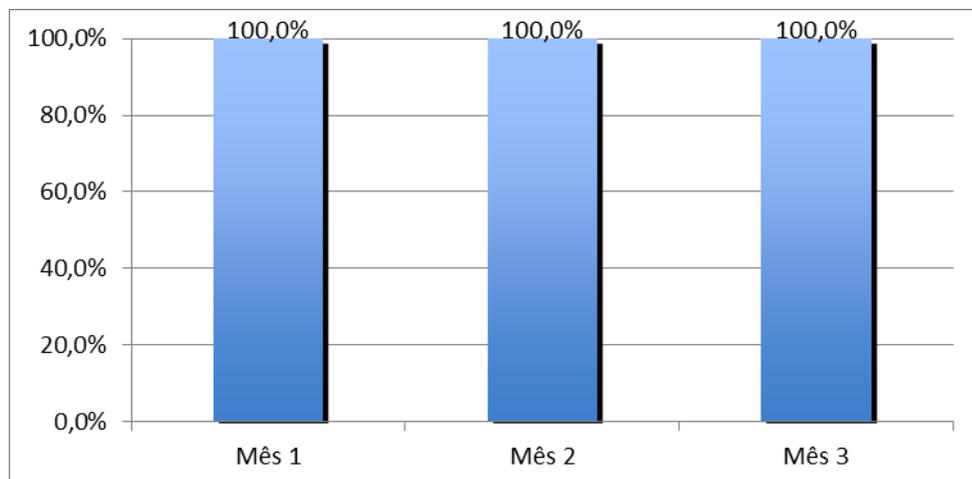


Figura 26: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre higiene bucal na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

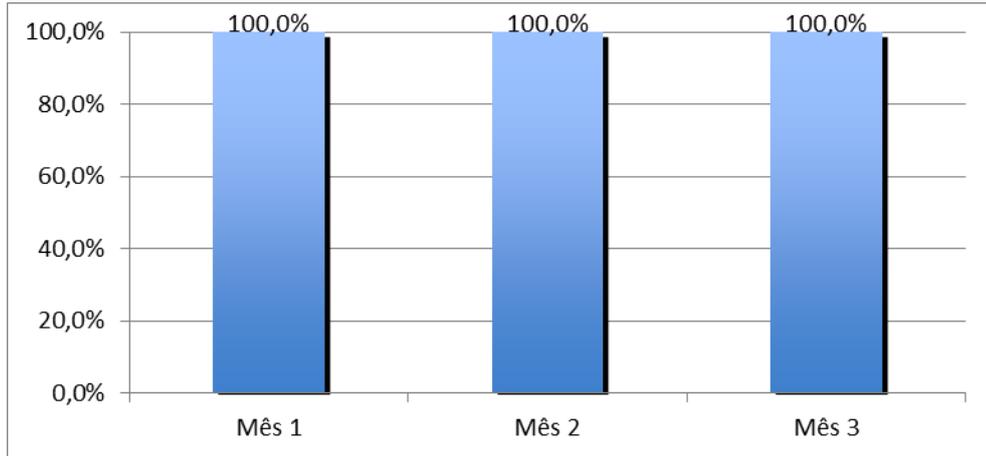


Figura 27: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre dieta na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

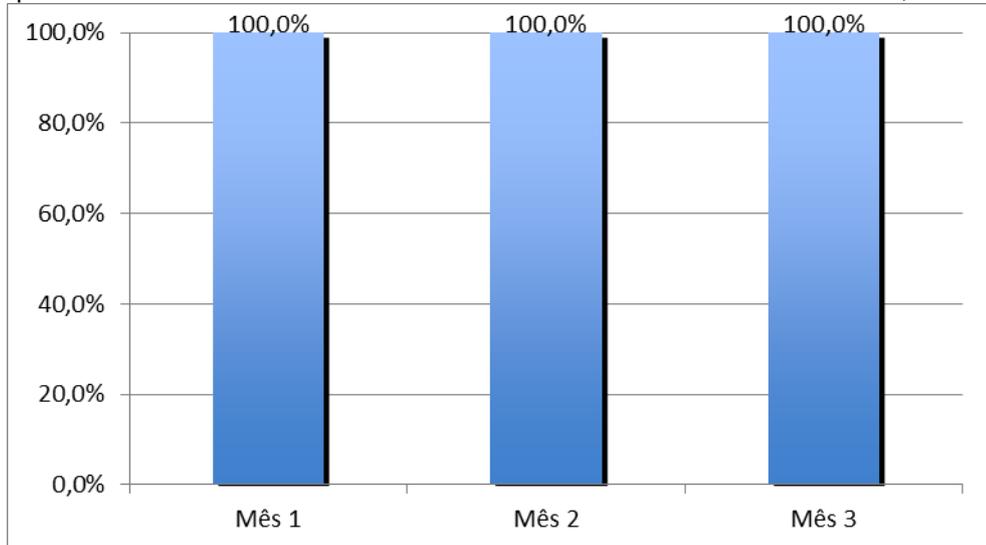


Figura 28: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e setenta e dois meses que foram orientadas sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritivas e oclusopatias na UBS Cícero Batista em Acrelândia-AC, 2014.

Durante a intervenção não houve dificuldade em atingir essas metas, especialmente por serem feitas por meio de atividades que não necessitam de equipamentos completos. A disponibilidade da equipe de saúde bucal para realizar essas orientações foi o fator essencial para atingir essa meta.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou muitos pontos positivos para a saúde da criança. O primeiro deles foi o aumento da cobertura de atendimentos de puericultura e de saúde bucal. Antes esses tipos de atendimento não eram feitos de forma adequada e integral e com a intervenção conseguimos trazer melhorias na cobertura dessas atividades.

Conseguimos também melhorar a qualidade de atenção prestada as crianças. Se antes o atendimento era focado e objetivado apenas nos problemas agudos de saúde, hoje já é feito de forma organizada e buscando trabalhar pontos fundamentais de uma consulta de puericultura, incluindo promoção à saúde, avaliação do crescimento e desenvolvimento e avaliação de risco. Foi possível também integrar o serviço de puericultura realizado pelo médico ao atendimento de saúde bucal realizado pelo dentista. A suplementação de ferro também foi uma das ações que foram realizadas durante a intervenção, algo que antes era de pouco conhecimento da equipe e da comunidade.

Outro ponto importante foi a melhoria na oferta de serviços de vacinação e teste do pezinho, que permitiram aumentar o acesso e a adesão a essas medidas, de modo a evitar atraso que pudessem prejudicar a saúde da criança. Houve também aumento da preocupação com a realização de consultas na primeira semana de vida e conseguimos realizar visitas domiciliares em todas as crianças recém-nascidas e de risco. Essas visitas também proporcionaram a integração do serviço médico com o da enfermeira, pois trabalhamos juntos nas visitas domiciliares a crianças e puérperas.

O registro também melhorou com intervenção e foi implementada a ficha espelho de puericultura e saúde bucal, de modo a garantir a qualidade das informações prestadas.

Atividades educativas coletivas, que antes não estavam sendo realizadas com frequência, passaram a ser realizadas na comunidade, permitindo maior participação dos usuários e adesão às medidas implementadas. Além disso, atividades voltadas para a capacitação da equipe também foram realizadas e tiveram o mesmo foco que as atividades voltadas para a comunidade.

A organização do serviço também foi um dos focos que foram implementados durante a intervenção. A revisão das fichas espelhos, trabalhos de busca ativa, busca por insumos junto a gestão, busca da conclusão de tratamentos dentários, organização da agenda do médico e do dentista para atendimento de crianças foram ações implementadas durante os 3 meses de intervenção.

A intervenção teve impacto em boa parte dos serviços da UBS e permitiu que a equipe melhorasse a qualidade da atenção prestada. Foi necessária capacitação de todos em alguns aspectos a respeito dos protocolos do Ministério da

Saúde, além de integração do trabalho entre a equipe de saúde bucal, médico e enfermeira.

Todos tiveram participação importante no processo de trabalho. Os agentes comunitários de saúde foram os responsáveis pela divulgação da intervenção, pela busca ativa de usuários para consultas e para atividades educativas coletivas, além de participarem do acolhimento na UBS. O dentista e a auxiliar de consultório dentário ficaram responsáveis pelo atendimento de saúde bucal, orientação, tratamento, organização da agenda e integração do trabalho com o médico. A enfermeira trabalhou junto na organização de atividades educativas, acolhimento e orientação de gestantes sobre a importância da puericultura. A vacinadora ficou responsável pelo controle de estoque da vacina, organização e preenchimento das fichas espelhos de vacina, captação de crianças com vacinas atrasadas, além de também participar do acolhimento. As auxiliares de enfermagem ficaram responsáveis pela organização da agenda e acolhimento. Eu fiquei responsável pelo atendimento de puericultura, revisão do cartão da criança, preenchimento e revisão da ficha espelho de atendimento, coordenação do cuidado e organização da agenda de consultas.

A intervenção influenciou apenas o trabalho da equipe em relação a saúde da criança. A equipe passou a realizar visitas domiciliares para todos os que necessitavam e realizar atividades educativas coletivas voltadas para outros eixos programáticos. Além disso, a organização da agenda e diminuição da atenção apenas a demanda espontânea melhorou e facilitou o trabalho de todos.

No início das atividades na UBS a atenção a saúde da criança era feita de forma superficial e havia preocupação apenas em cuidar dos problemas agudos que eventualmente surgiam. Com a continuidade do trabalho e principalmente durante a intervenção o serviço passou a ser mais organizado, visando um trabalho de otimização e buscando a integralidade da assistência.

A organização de agenda foi um dos principais fatores que trouxe melhorias para o serviço. Antes o usuário deveria chegar cedo a unidade de saúde para tentar uma vaga na agenda do dia. Hoje, mesmo o usuário que não é atendido no dia tem a sua consulta agendada para outro dia. Também foi possível conseguir longitudinalidade com a marcação de consultas posteriores conforme a necessidade. Com isso também passou a ser possível descobrir quais usuários estavam com

atraso nas consultas e que tinham faltado em consultas agendadas, permitindo o trabalho de busca ativa.

A implantação de ficha espelho e revisão da mesma também permitiu avanços importantes para o serviço. Agora é possível resgatar com facilidade informações sobre as crianças, como condições de nascimento, teste do pezinho, vacinação, crescimento e desenvolvimento, classificação de risco e data das consultas. A suplementação de ferro passou a ser rotina do serviço, com distribuição, monitoramento do estoque e validade da medicação.

A saúde bucal em crianças entre 6 e 72 meses, que antes não faziam consulta de rotina, agora passaram a fazer, aproveitando-se o tempo de consulta com dentista para se fazer avaliação e início do tratamento, além de orientações fundamentais às famílias sobre a saúde bucal das crianças.

Por fim, algo que também não era rotina do serviço e que agora passou a ser, foi a realização de capacitações e reuniões de equipe para discussão das metas, ações e melhorias para o serviço na UBS.

A comunidade, especialmente as mães, sentiram a diferença com a intervenção focada na saúde da criança. Em boa parte das vezes foi observada a satisfação das mães quando se abordavam temas importantes de puericultura durante a consulta, algo que muitas vezes não se dava importância anteriormente e que deixava, talvez, as mães inibidas em tirar dúvidas. Ainda existem mães pouco acostumadas com esse tipo de atendimento, mas com o tempo será possível que todas estejam habituadas com a consulta de puericultura.

A priorização do atendimento a criança também foi algo que trouxe maior satisfação, pois dificilmente uma mãe que trouxesse seu filho na unidade saia sem ser atendida no próprio dia ou com consulta bem próxima. Além disso, a garantia de continuidade da atenção causou uma sensação maior de segurança às mães e maior confiança e vínculo com a equipe. Com essa forma de organização, também foi possível aumentar a cobertura de crianças beneficiadas pela intervenção, apesar de ainda devemos trabalhar para aumentar ainda mais essa cobertura.

As atividades educativas coletivas também trouxeram impacto na percepção da comunidade sobre a intervenção. Mesmo assim, ainda tivemos menor adesão do que o esperado a essas atividades.

Uma visão também voltada para a saúde bucal foi bem visto pela comunidade, que agora tem a possibilidade de levar seus filhos para realizar

avaliação a tratamento odontológico precocemente, antes que patologias mais graves se desenvolvam.

Trabalhos como esse que foi desenvolvido na unidade exige interesse, esforço e conhecimento por parte de toda a equipe. Claro, que agora mais experiente na implantação de estratégia e conhecendo melhor as vantagens e limitações do nosso serviço, se fosse iniciar hoje o projeto, faria algumas coisas de diferente. Primeiramente descentralizaria mais o trabalho de revisão das fichas espelho, deixando este trabalho para alguém que tem contato maior com os agentes comunitários de saúde, permitindo assim maior facilidade ao se transmitir informações sobre faltosos. Me articularia mais com a equipe de saúde bucal, buscando organizar a agenda do dentista junto a minha, o que facilitaria as consultas para a equipe e para o usuário. Também organizaria melhor as visitas domiciliares e as atividades educativas coletivas, procurando sempre maior divulgação dessa última. Trabalharia de forma mais integrada com a enfermeira da unidade para que ocorresse divisão maior das responsabilidades para ambas as partes.

Tendo em vista a importância da organização do serviço para se trazer melhorias, teria tido maior atenção com o agendamento desde o início e realizaria mais reuniões de equipe para discutir as possibilidades que temos para resolver os problemas da unidade. É claro que essa são as coisas que eu faria de diferente hoje, mas mesmo se tivesse feito tudo isso há 3 meses e me fizessem a mesma pergunta hoje, ainda teria respostas, pois sempre há coisas que podem ser melhoradas.

A intervenção está bem incorporada a rotina do serviço. Porém, para melhorar ainda mais é preciso que nós aumentemos a cobertura de crianças atendidas em puericultura, buscando crianças que nunca foram atendidas e mantendo a vigilância sobre aquelas que precisam de acompanhamento constante. Especialmente a saúde bucal precisa ser melhorada, pois a cobertura ainda está aquém do desejado. Portanto algo que pretendo é buscar formar de aumentar a busca de crianças para atendimento odontológico programático, discutindo com o dentista a possibilidade de abrir mais espaços na agenda de atendimento.

Outra coisa que pretendo melhorar é a relação da equipe com a gestão. Uma forma será justamente a apresentação do relatório de intervenção para a

secretaria municipal de saúde, mostrando quais as nossas conquistas e o que depende da gestão para podermos melhorar ainda mais.

Pretendo também capacitar mais a equipe e trabalhar de forma mais integrada a com a enfermeira, que agora já teve tempo de se adaptar com a nossa realidade e, conseqüentemente, agora terá mais tempo para trabalhar em outros eixos programáticos, como à saúde da criança.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Prezado Senhor Gestor

Durante 12 semanas de intervenção do dia 12 de agosto ao dia 30 de outubro realizamos uma intervenção voltada para área de saúde da criança na UBS Cícero Batista. As atividades fazem parte do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas e foram desenvolvidas graças ao apoio de toda equipe, comunidade e secretaria municipal de saúde.

O nosso foco foram as crianças entre 0 e 72 meses. Nesse período conseguimos fazer atividades voltados para atendimento de puericultura, vacinação, teste do pezinho no domicílio, acompanhamento de crianças com distúrbios nutricionais, suplementação de ferro, visitas domiciliares, avaliação da saúde bucal de crianças e atividades educativas coletivas para comunidade, sempre dando foco para promoção à saúde. Com isso conseguimos atingir uma cobertura de mais de 50% de atendimento às crianças nesse período, sendo que praticamente todas estão com a vacina em dia e muitas delas, que antes não tinham realizado avaliação em relação a saúde bucal, com a intervenção passaram a fazer. Também passamos a realizar agendamento de consultas e acompanhamento da periodicidade das consultas, que foi facilitado com a introdução de ficha espelho específica, onde os dados das crianças estão atualizados.

Este trabalho foi importante para toda a equipe, especialmente para as crianças da comunidade, que agora estão sendo acompanhadas conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Com o apoio da gestão conseguimos ampliar o acesso da vacina, que antes estava restrito há apenas dois dias na semana. Estamos conseguindo realizar as visitas domiciliares graças ao fornecimento de transporte e combustível. Realizamos o teste do pezinho sempre que necessário, pois sempre temos materiais e começamos a realizar suplementação de ferro com a medicação fornecida no início da intervenção. Com

essa intervenção conseguimos melhorias em alguns dos indicadores do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como por exemplo: médias de atendimentos de puericultura, proporção de crianças menores de 1 ano com vacinas em dia, média de consultas médicas para menores de 1 ano e 5 anos, proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio, proporção de crianças menores de 2 anos com peso aferido e cobertura de primeira consulta odontológica programática. Esses são indicadores de qualidade da assistência em relação a saúde da criança que, se melhorados, podem servir como meios de arrecadação de recursos por meio do Piso de Atenção Básica variável fornecido pelo Ministério da Saúde, conforme a portaria 1654, de julho de 2011.

Podemos melhorar ainda mais nossas ações em saúde da criança e para isso precisamos melhorar a parceria entre a equipe e a gestão. Necessitamos de materiais adequados para aferir o peso e o comprimento de crianças menores de 2 anos, como balança porta bebê e antropômetro. Precisamos também de materiais odontológicos adequados, conforme solicitação da equipe de saúde bucal, para continuarmos as avaliações e os tratamentos não apenas das crianças, mas de todos os usuários. Para continuarmos a suplementação de sulfato ferroso, necessitamos do fornecimento dessa medicação em forma de solução oral e com prazo de validade longo, de forma a melhorar o acesso e diminuir a incidência de anemia na infância. A vacina deve continuar sendo enviada todos os dias da semana, sem falhas e o transporte deve continuar sendo enviado em horário adequado, sempre que possível com combustível além do necessário para ir e voltar da unidade, pois podemos necessitar fazer visitas domiciliares em locais distantes. Assim que possível, a unidade também deve ser reformada para garantir maior qualidade e conforto no atendimento ao usuário.

Por fim, me coloco a disposição da secretaria municipal de saúde para explicar sobre o processo de trabalho na unidade, sobre a utilização do protocolo do Ministério da Saúde a respeito de saúde da criança e puericultura, bem como esclarecimentos que a gestão achar pertinente tratar, pois se trata de uma ação importante e que pode ser implantada em outras unidades.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

O que é a intervenção e porque fazê-la

Durante os meses de agosto, setembro e outubro o Posto de Saúde passou por mudanças na organização na busca de melhorar a saúde da criança. Durante os meses antes da intervenção foi observado que as crianças não estavam sendo adequadamente acompanhadas pela equipe e nós da UBS Cícero Batista buscamos fazer algo para melhorar essa realidade, organizando o atendimento à criança de forma a torna-lo próximo ao ideal.

Como era e o que mudamos na Unidade de Saúde em relação a saúde da criança

Quem trouxe a criança antes desse período de intervenção pode se recordar como acontecia. A mãe trazia a criança por estar doente. Chegava ao posto de saúde e tinha que disputar vaga por uma ficha naquele dia. Caso não conseguisse, deveria retornar outro dia para conseguir a ficha e quando conseguia o atendimento, este era voltado apenas para a doença da criança, sem ter uma visão que buscasse a prevenção das doenças e o acompanhamento da criança como deve ser.

A partir do mês de agosto nós buscamos fazer uma mudança nesse panorama. O primeiro passo foi organizar e priorizar o atendimento à criança. Agora é possível agendar a consulta ao invés de apenas buscar por uma vaga no dia que vierem ao posto. As crianças têm prioridade no agendamento também. Crianças mais jovens, especialmente aquelas que estão em algum risco ou aquelas recém nascidas são atendidas em casa quando necessário e a equipe leva materiais para realizar o teste do pezinho e vacinação quando é necessário.

Quando a criança é atendida, estamos buscando uma visão mais abrangente de todos os problemas da criança, não apenas focado na doença que ela apresenta durante a consulta. Todos os aspectos do crescimento e do desenvolvimento estão sendo avaliados, na busca de identificar quais crianças estão crescendo de forma saudável e quais não. Esses aspectos também são explicados aos acompanhantes que trazem a criança e utilizamos o cartão da criança (mesmo cartão de vacina) para fazer as devidas explicações. Além disso, durante as consultas buscamos promover um estilo de vida saudável para a criança e orientamos sobre alimentação saudável, prevenção de acidentes e higiene bucal.

A vacina antes estava vindo apenas na segunda e na quarta feira, e isso prejudicava as mães e as crianças que necessitavam. Agora mudamos essa

realidade, trazendo as vacinas todos os dias da semana. Começamos também a fazer palestras e cafés da manhã buscando orientar a comunidade sobre temas voltados para a saúde da criança.

A grande maioria das crianças nunca havia sido avaliada pelo dentista antes. Agora estamos fazendo buscas para que esse atendimento aconteça. Caso a criança necessite de tratamento, este é feito conforme as possibilidades da unidade. Caso não, a equipe de saúde bucal faz um trabalho de orientação para evitar o adoecimento da criança.

O que precisamos melhorar ainda mais em relação a saúde da criança

Durante esse tempo de atividade, conseguimos atender mais da metade das crianças da comunidade. Porém precisamos aumentar isso ainda mais, se possível atender todas as crianças, garantindo a qualidade no atendimento e o acompanhamento em todas elas. Também precisamos de maior adesão da comunidade em todas as palestras realizadas na unidade, pois são muito importantes para orientar a comunidade a para tirar as dúvidas sobre vários temas de saúde.

Iniciamos também um trabalho de reposição de ferro, com a prescrição de sulfato ferroso para todas as crianças entre 6 meses e 2 anos de idade. Porém estamos sem a medicação na nossa unidade no momento e precisamos do apoio da comunidade para buscar essa e outras medicações para a nossa unidade, trazendo maior comodidade para todos nós.

A situação da saúde bucal é ainda mais delicada. Existe uma falta constante de materiais para serem usados para o tratamento de todas as pessoas da unidade. Não temos materiais adequados para atender crianças, por terem o tamanho maior do que o ideal. Mais uma vez precisamos de todos para buscar a compra e o fornecimento regular desses materiais, pois não dá para fazer um tratamento completo e adequada se não tivermos esses materiais disponíveis.

O que significou esse trabalho para a equipe e para a comunidade

Este trabalho foi feito com o mérito de toda a equipe. Todos trabalharam para trazer qualidade no atendimento a todas as crianças e famílias do nosso ramal. Isso mostra que temos a possibilidade de trazer qualidade e melhorias no posto de saúde, como trabalho e vontade. Para a comunidade isso mostra que a equipe está buscando melhorar a Unidade, apesar de todas as dificuldades encontradas. Precisamos sempre do apoio e participação da comunidade para nós possamos

melhorar a qualidade de todos, não apenas as crianças, pois todos merecem um atendimento adequado, com tudo o necessário para se ter uma saúde de qualidade.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Durante este ano de curso de especialização em saúde da família o curso excedeu as minhas expectativas iniciais. Isso ocorreu porque inicialmente imaginava que fosse um curso voltado para melhoria do meu trabalho médico na UBS. Com o tempo percebi que era um curso voltado para melhoria no processo de trabalho de toda a equipe, voltado para organização do serviço e capacitação de todos, ou seja, um projeto que visa melhorias em todo o funcionamento da atenção básica que em uma visão global, pensando em toda a abrangência que o curso tem no Brasil, é evidente que busca fortalecer toda a Estratégia Saúde da Família e do SUS.

Pensando agora por todas as unidades que passamos, cada uma desses trouxeram também surpresas em relação a minha visão inicial e mudanças em relação a abordagem durante o curso. Na análise situacional minha expectativa era de que fossemos fazer apenas uma análise crítica e objetiva. Inicialmente achava que seria um unidade voltado para observar as qualidades e defeitos do serviço. Com o tempo, logo percebi que também já era uma prévia do nosso projeto de intervenção e um momento onde já se iniciava nossa escolha por qual tema abordar, tendo em vista que além de analisar, por meio de questionários, nós também temos que pensar em meios de melhorar aquilo que achamos estar inadequado em relação ao que nós aprendíamos sobre como deve ser a forma ideal.

Na análise estratégica, mais uma vez tive surpresas. Imaginava inicialmente que a fase mais difícil seria a intervenção em si, porém o mais difícil é a análise estratégica. Trata-se de etapa fundamental e foi nessa unidade em que observei a parceria e a preocupação que o curso tem com a qualidade dos projetos de intervenção ao nos propor as nossas metas de qualidade, sempre visando a integralidade da assistência ao usuário do SUS. Somente com as observações das metas de qualidade já é possível aprender e adequar a nossa prática de trabalho. Além disso, esperava que a intervenção fosse, mais uma vez, algo a envolver

apenas o especializando. Durante a unidade 03 observei mais uma vez a abrangência que teria, pois os quatro eixos que abordamos (monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da equipe) torna mais uma vez a intervenção um processo que envolve equipe, comunidade e gestão na melhoria da atenção primária.

O período em que desenvolvemos a intervenção acabou sendo mais simples do que o esperado, pois desde a análise situacional, quando aprendemos o ideal em cada eixo programático, já começamos a trazer mudanças e durante a análise estratégica o planejamento para esta fase é minucioso.

Por fim chegamos na nossa análise dos resultados. Aqui observei o quanto o projeto foi vantajoso em alguns aspectos e aquilo que tivemos dificuldade também se refletiram nos resultados. Ter essa oportunidade, de analisar aquilo que fizemos e pensar no que deu certo e no que não foi como esperada é, talvez, a parte mais importante curso, pois a partir desse momento podemos voltar e ajustar o processo de trabalho, de modo a garantir sua continuidade após o término da intervenção.

Não foi apenas um projeto e um curso voltado para melhoria da unidade ou um projeto de um ano que logo depois esquecerei. Aprender sobre os princípios da atenção básica, especialmente a integralidade, é algo que usarei pela vida toda. Independente da especialidade do médico, entender que estamos tratando um ser humano e não uma doença é algo de importância fundamental, que traz conforto as pessoas. Jamais esquecerei as palavras do meu orientador local ao dizer:

“...Imaginem um anestesista antes de uma cirurgia que, ao invés de ver aquele senhor com um olhar assustado como apenas mais uma anestesia do dia, o vê como um ser humano que necessita de conforto. Vendo isto ele pega na sua mão e diz que ele pode ficar tranquilo, pois se acontecer qualquer coisa ele vai tá lá para ajudá-lo. Às vezes só com essa atitude o médico já evita que o paciente tenha um pico hipertensivo e que a cirurgia seja suspensa...”

Este é apenas um dos vários exemplos da importância no entendimento sobre o ser humano pelo profissional de saúde e esse será a principal lição que levarei comigo no meu caminho como médico.

Além dessa importante lição sobre entender o ser humano, durante o curso aprendi também como deve ser o serviço de atenção básica ideal, como analisar as peças que faltam para que o serviço funcione e me ajudou a entender também por que em alguns lugares os serviços funcionam melhor que outros. Entender isso é

muito relevante, pois independente de qual caminho o médico seguirá, é importante conhecer como a porta de entrada do sistema de saúde funciona para poder articular suas ações com os pacientes, não importando se o trabalho é em serviços de média ou de alta complexidade.

Outro aprendizado importante foi sobre como planejar intervenções, sempre pensando em formas de monitorar o que está sendo feito e organizar o serviço. Este conhecimento é algo que pode ser extrapolado para outros serviços, não apenas de atenção básica, pois na verdade o esqueleto do projeto e sua forma de estruturação são os principais meios para se intervir nos serviços que não estejam adequados.

Por fim, uma das lições mais importantes que o curso nos proporciona é a visão de sempre buscar a participação popular. Nosso sistema de saúde está em constante evolução e é heterogêneo nas várias regiões. Antes eu entendia que isso só acontecia pela falta de interesse de gestores. Hoje tenho uma visão mais abrangente. Em muitos locais, onde o serviço é de baixa qualidade, a população não sabe como deve ser o serviço ideal e, portanto, não tem meios de cobrar dos gestores melhorias no sistema de saúde. Trazer a população para o lado da equipe, orientando e mostrando como é o sistema de saúde ideal é dar meios para que a população cobre e se empenhe mais para melhorar, pois o SUS não é apenas um meio de fazer política ou um meio de profissionais de saúde receberem seus salários sem se preocupar com a saúde da população, e sim um sistema universal de atendimento à população, que é beneficiada pelo sistema, mas que também tem a função de zelar por ele.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192p.

_____. _____. _____. _____. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92p.

_____. _____. Rede Integracional de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde do Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008a. 349p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 52p.

_____. _____. Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 jun. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 56p.

_____. _____. _____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 318p.

_____. _____. _____. _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272p.

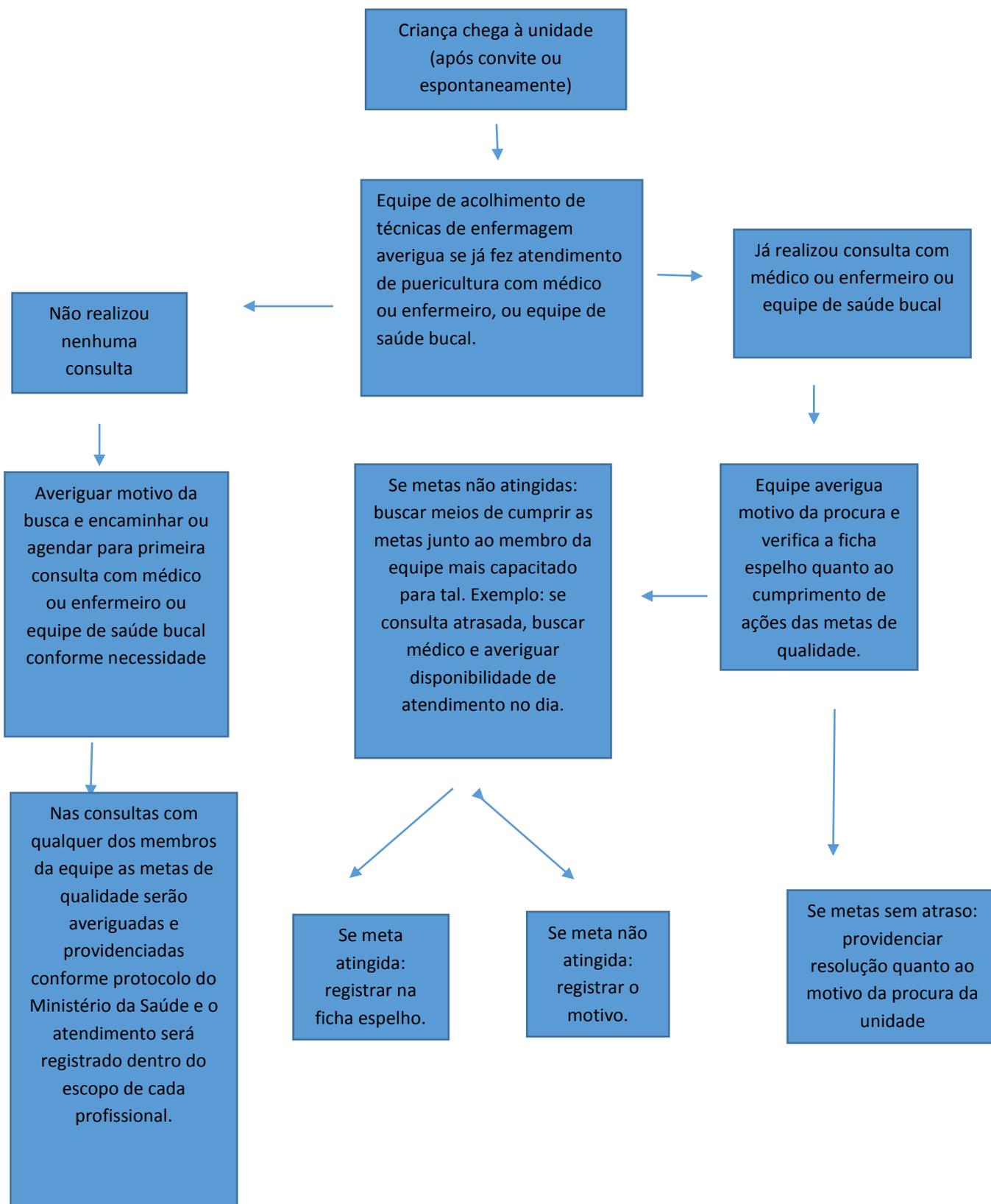
_____. _____. _____. _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília, Ministério da Saúde, 2013. 124p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente:** Manual de orientação. 2009. 112p

_____. **Manual de orientação para a alimentação saudável do lactente, pré-escolar, do escolar, do adolescente na escola.** Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. 3ª Ed. 148p.
SIQUEIRA, F. C. V. *et al.* Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva (online)**, v.14, n.1, 9. 39-44. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Fluxograma de acolhimento e atendimento da criança



APÊNDICE B - Ficha de retorno- UBS Cícero Batista

Informativo: O retorno nas consultas tem o objetivo de garantir que as pessoas tenham uma nova avaliação sempre que o médico, enfermeiro ou dentista achar necessário. Essa ficha servirá para que você saiba o dia que deverá retornar a unidade para nova avaliação, seja por consulta de rotina ou mostrar exames. Caso venha na data prevista, traga essa ficha e seu nome já estará na agendado para consulta. Não terá problema se retornar antes caso sintá-se mal e necessita de avaliação com algum profissional de saúde da UBS, mas pedimos que tentem retornar na data prevista.

Nome do usuário:

PROFISSIONAL	DATA DO RETORNO							
Médico								
Enfermeiro								
Dentista								

APÊNDICE C – Solicitação de materiais e de transporte para o desenvolvimento de atividades na UBS Cícero Batista

O PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) determina que o médico que estiver inserido no programa deve participar de especialização na área de saúde da família através da universidade aberta UNA-SUS. Nesse programa de especialização, o médico faz uma avaliação global da unidade, principalmente nos seguintes aspectos:

- Estrutura física
- Organização do trabalho e atribuições da equipe
- Saúde da criança
- Pré-natal e puerpério
- Prevenção do câncer de colo do útero e câncer de mama
- Saúde do idoso
- Programa hiperdia
- Saúde bucal

Também na especialização, o médico deve fazer uma intervenção em algum desses eixos citados acima. Após 4 meses de trabalho foi verificado que existe necessidade de se trazer melhorias em relação ao eixo SAÚDE DA CRIANÇA. A justificativa é que com medidas simples na organização e fornecimento de matérias é possível trazer boas mudanças no cuidado com as crianças da área de abrangência da UBS. Para que isso ocorra e que o projeto se desenvolva sem dificuldades, peço apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Acrelândia nos seguintes aspectos:

- **TRANSPORTE:** É muito importante que exista transporte disponível durante todos os dias de atendimento na unidade, em horário regular, preferencialmente que saia para o ramal **antes das 7:30** e com quantidade de combustível suficiente para a realização de visitas domiciliares e atendimento em locais fora da unidade. A área de abrangência da UBS Cícero Batista tem uma grande extensão territorial e existem pacientes com dificuldade de locomoção e com dificuldade de chegar a unidade para buscar atendimento. Para atender ao princípio da EQUIDADE, que diz que todos devem ser tratados de forma igualitária, sem privilégios e sem barreiras e da UNIVERSALIDADE, que se refere a melhoria no acesso, é preciso que a equipe se desloque para aumentar a cobertura das ações e tratar com maior atenção aos mais necessitados.
- **MATERIAIS PARA PESAR E MEDIR CRIANÇAS:** Dentro do eixo SAÚDE DA CRIANÇA, é importante acompanhar como está o crescimento da criança. Para fazer isso de forma adequada, a unidade precisa de: RÉGUA ANTROPOMÉTRICA, BALANÇA PESA BEBÊ ELETRÔNICA OU MECÂNICA e BALANÇA PORTÁTIL para uso pelos agentes comunitários de saúde. Todos esses materiais ajudarão no acompanhamento de crianças com

alteração no peso ou na estatura, permitindo atendimento INTEGRAL das crianças.

- **VACINAÇÃO:** Novamente na busca por INTEGRALIDADE das ações, é necessário a disponibilidade vacinas todos os dias em que a UBS tiver vacinadora disponível, tornando mais fácil o acesso das famílias às estratégias de imunoprevenção e permitindo aumentar o número de crianças com a vacinação em dia conforme calendário vacinal do Ministério da Saúde.
- **SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:** Existe recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria que todas as crianças com idade entre 6 meses e 24 meses façam uso de sulfato ferroso para prevenção de anemias durante a infância, com poucas exceções. Para que isso seja feito, é importante que exista fornecimento regular de SULFATO FERROSO SOLUÇÃO ORAL em todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Acrelândia. Lembrando que anemia é um dos problemas mais comuns na infância e traz consequências danosas aos desenvolvimentos físico e cognitivo das crianças.
- **TESTE DO PEZINHO:** As doenças detectadas pelo teste do pezinho podem trazer consequências graves às crianças se não forem detectadas precocemente. Para realização do exame, é importante o fornecimento de TODOS OS MATERIAIS necessários regularmente, de modo a garantir que seja possível a realização do teste em todas as crianças nascidas até os 7 dias de vida, preferencialmente entre 3 e 5 dias de vida.
- **TESTE DA ORELHINHA:** A triagem auditiva neonatal, mais conhecida como teste da orelhinha, tem por objetivo detectar precocemente alterações auditivas congênitas ou adquiridas no período neonatal (entre 0 e 28 dias). Segundo lei federal de número 12.303, de 2 de agosto de 2010, é obrigatória a realização gratuita do exame de emissão otoacústicas evocadas por todos os hospitais e maternidades para crianças nascidas em suas dependências. Este exame deve ser realizado inicialmente no primeiro mês de vida, depois com 4 ou 5 meses de vida. Com a detecção precoce de alterações na audição da criança, é possível iniciar reabilitação precoce, evitando danos no desenvolvimento neurológico. É de conhecimento da equipe que esse exame não é facilmente disponível e estamos à disposição na busca, junto a gestão municipal de saúde, de formas de se conseguir a realização deste teste nas crianças do município.
- **SAÚDE BUCAL:** Para o atendimento INTEGRAL, não basta apenas a avaliação médica e de enfermagem. É preconizado que toda criança entre 6 meses e 6 anos faça avaliação da saúde bucal, por meio de pelo menos uma consulta de rotina. Após essa avaliação, será determinado se há ou não necessidade de tratamento odontológico. Para realização dos procedimentos em saúde bucal, são necessários MATERIAIS ADEQUADOS para o manejo da criança. Tais materiais devem ser fornecidos pela gestão municipal de saúde após discutir com a equipe de saúde bucal da unidade sobre quais são mais necessários. Além disso, para realização de atividades educativas coletivas e de escovação assistida, é importante que a gestão forneça

ESCOVÓDROMO e ESCOVAS com CREME DENTAL, de modo a permitir o desenvolvimento dessas atividades com qualidade.

Por fim, deixo claro que à ação voltada para SAÚDE DA CRIANÇA é de suma importância em atenção básica, pois são seres vulneráveis, que necessitam de todo cuidado. Esses materiais serão de grande ajuda no desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento e acompanhamento das crianças. Ações voltadas para promoção à saúde também serão realizadas no intuito de se aumentar a qualidade do atendimento. Também informo que existem necessidades de melhorias em outros eixos programáticos e que isso deve ser discutido com as equipes de Saúde da Família, na busca por melhorias no atendimento das unidades.

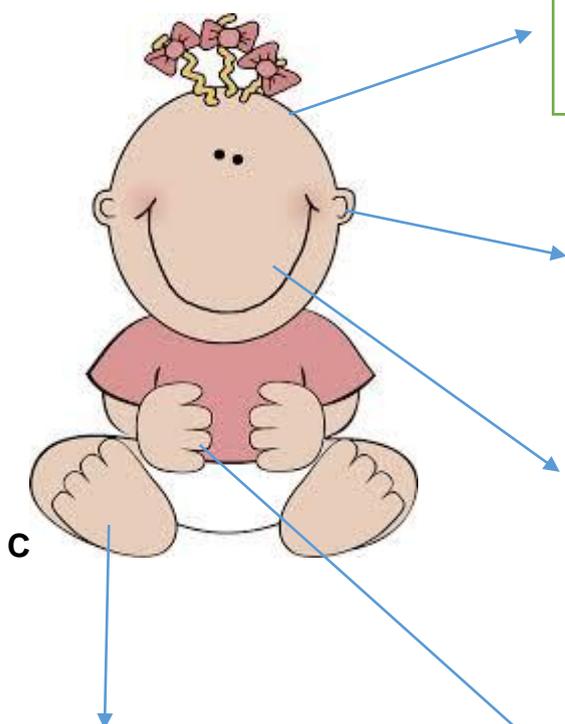
Agradeço desde já a atenção e a compreensão de todos que trabalham na secretaria de saúde do município

Atenciosamente:

Recebido por:

APÊNDICE D – Carta convite para as crianças

Você sabe o que é puericultura? Puericultura é a consulta que é feita com a criança para avaliação frequentemente seu crescimento, seu desenvolvimento e saúde de modo geral da criança. É um meio que permite aos profissionais de saúde prevenir doenças na infância e detectar e corrigir precocemente as doenças. É uma forma de cuidar da criança da cabeça aos pés! Se você já sabe o que é, então responda:



Você sabia que a criança com 7 meses de vida já deve ser capaz de se sentar sem apoio e que esse é um dos marcos do desenvolvimento que deve ser avaliado durante uma consulta?

Você sabia que existe um exame chamado teste da orelhinha que descobre como está a audição da criança, permitindo o tratamento precoce em caso de alteração e que desde 2010 existe uma lei que garante a realização gratuita desse exame pelas maternidades em todas as crianças nascidas em seu estabelecimento?

Você sabia que toda criança com menos de 6 anos deve fazer consulta com o dentista? Sabia que o uso de mamadeiras e bicos pode prejudicar a dentição da criança, causando problemas em relação a mordida e até na respiração? Sabia que alimentar a criança com leite materno previne várias doenças, até mesmo contra o diabetes na vida adulta e que esse aleitamento deve durar até pelo menos 2 anos de vida?

Você sabia que toda criança recém-nascida deve fazer o teste do pezinho entre 3 e 7 dias de vida, para detectar e tratar precocemente algumas doenças metabólicas e que causam anemias?

Você sabia que a alimentação saudável da criança também ajuda a prevenir muitas doenças e que orientações sobre a alimentação podem ser passadas durante as consultas na unidade de saúde? Sabia que crianças entre 6 meses e 2 anos devem fazer uso de ferro para prevenir anemias? Sabia que o peso e o tamanho da criança devem ser avaliados sempre que ela for a unidade de saúde e que esses dados devem ser anotados no cartão da criança?

Sabia também que a criança deve fazer consultas de rotina periodicamente, mesmo que não sinta nada, para acompanhar sempre seu crescimento e desenvolvimento da cabeça aos pés?

Portanto, se você tem criança com menos de 6 anos de idade, traga para avaliação com médico, enfermeiro ou dentista da sua Unidade de Saúde, estamos aguardando sua visita. A nossa missão no posto de saúde Cícero Batista é trazer informações para todas as famílias, ajudando assim a prevenir doenças. Nós podemos ajudar você a cuidar da sua criança da cabeça aos pés!

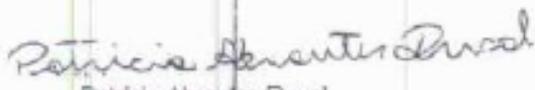
ANEXOS

ANEXO D – Ficha Espelho (Saúde Bucal da Criança)

FRENTE

  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: _____		Endereço: _____		Data de nascimento ___/___/___			
Nome da mãe: _____		Nome do pai: _____		Telefones de contato: _____/_____			
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 malocclusão (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 E - Folha de Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 03 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	