



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UnASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Departamento de Medicinal Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância**  
**Turma 4**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Saúde da Criança de 0 a 72 meses no “Programa Criança Saudável” na Unidade de Saúde de Pé de Areia, Camaçari/BA**

**Pelotas, 2014**

**Walberto Herrera Medina**

**Melhoria da atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses no “Programa Criança Saudável” na Unidade de Saúde de Pé de Areia, Camaçari/BA**

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

**Orientadora: Violeta Rodrigues Aguiar**

**Pelotas, 2014**

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

M491m Medina, Walberto Herrera

Melhoria da atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses no “Programa Criança Saudável” na Unidade de Saúde de Pé de Areia, Camaçari/BA / Walberto Herrera Medina; Violeta Rodrigues Aguiar, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

94 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Aguiar, Violeta Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico às comunidades de Bela Vista  
e de Pé de Areia do município de

Camaçari

### **Agradecimentos**

Na construção deste processo foram muitas as contribuições que recebi de instituições, colegas e familiares, mas, cada um deles foi e teve momentos específicos na sua contribuição. Agradeço a UFPel, em geral, que com toda a intencionalidade de melhorar a prestação dos serviços ofereceu o presente curso e, em particular, a minhas orientadoras Naiane e Violeta que com muito cuidado e carinho facilitaram meu aprendizado, à Secretaria de Saúde de Camaçari no nome do secretário, Dr. Vital Sampaio que sem reparos nos liberou para realizar o presente curso. Aos colegas de equipe que, sem exceção toparam em desenvolver o projeto, aos meus vizinhos de condomínio que celebravam cada um dos logros e a minha família – Cleo, minha esposa; Sorel e Cindy, minhas filhas que, como sempre, em silêncio aceitaram meu isolamento nas noites, especialmente, das quintas-feiras. A todos eles meus mais sinceros agradecimentos.

## Lista de figuras

Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	62
Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	63
Figura 3 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	64
Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	65
Figura 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	66
Figura 6 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	67
Figura 7 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	67
Figura 8 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	68
Figura 9 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	69
Figura 10 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	69
Figura 11 - Proporção de crianças com suplementação de ferro, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	70
Figura 12 - Proporção de crianças com triagem auditiva no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	71
Figura 13 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	71
Figura 14 - Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	72
Figura 15 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	73
Figura 16 - Proporção de crianças com registro atualizado, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	74

Figura 17 - Proporção de crianças com avaliação de risco, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	74
Figura 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	75
Figura 19 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	76
Figura 20 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	77
Figura 21 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	78
Figura 22 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.....	79
Figura 23 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	80
Figura 24 - Proporção de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014. ....	81

## **Lista de abreviaturas/siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
Km	Quilômetros
MS	Ministério da Saúde
PCS	Programa Criança Saudável
PIB	Produto Interno Bruto
PSA	Antígeno Prostático Específico
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>10</b>
<b>1 Análise situacional.....</b>	<b>11</b>
1.1 Análise da situacional da unidade de saúde da família de Pé de Areia, abril de 2013 .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comparando o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
<b>2 Análise Estratégica .....</b>	<b>21</b>
2.1 Justificativa.....	21
1.2 Objetivos e Metas.....	22
2.2.1 Objetivo Geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos .....	22
2.3 Metas.....	22
2.4 Metodologia.....	24
2.4.1 Detalhamento das ações.....	24
2.4.2 Indicadores.....	37
2.4.3 Logística .....	45
2.4.4 Cronograma .....	49
<b>3 Relatório da Intervenção.....</b>	<b>54</b>
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	55
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	59
3.3 Dificuldades encontradas na coleta de dados e sistematização de dados .....	60
3.4 Análise de viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços .....	60
<b>4 Avaliação da Intervenção .....</b>	<b>61</b>
4.1 Resultados .....	61
4.2 Discussão.....	81
4.3 Relatório para os Gestores.....	83
4.4 Relatório às Comunidades de Pé de Areia e de Alto de Bela Vista .....	85
<b>5 Reflexão crítica sobre meu processo de aprendizagem.....</b>	<b>87</b>
<b>Referências.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>90</b>



## Resumo

MEDINA, Walberto Herrera. **Melhoria da atenção a saúde da criança de 0 a 72 meses no “Programa Criança Saudável” na Unidade de Saúde de Pé de Areia, Camaçari/BA.** 2014. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Motivado pelas dificuldades nas mudanças de hábitos e estilos de vida em adolescentes e adultos quanto ao cuidado da saúde, considerou-se estratégico, trabalhar na promoção da saúde das crianças, visando uma população jovem e adulta mais saudável e cidadã. O trabalho tem como objetivo: Melhorar a atenção à saúde das 420 crianças entre zero e 72 meses (DATASUS) moradoras da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia, Camaçari, Bahia, segundo os Manuais do Ministério da Saúde do Brasil. A intervenção foi realizada no período de 20 de setembro de 2013 a 28 de janeiro de 2014, tendo como eixos norteadores o monitoramento e avaliação, a organização e gestão do serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica. No desenvolvimento do presente trabalho é analisada a situação do Município em geral, a situação da Unidade em particular, identificando-se a falta de registros das ações e a não aplicação do sugerido no Manual da Criança, como problemas principais. Superando a abordagem da consulta passiva dentro do consultório, foram avaliadas 101 no período de quatro meses, pelas equipes de saúde da unidade, que em pequenos grupos de crianças com idades próximas, tendo como instrumentos brinquedos e dinâmicas lúdicas, eram avaliadas quanto ao desenvolvimento e crescimento junto à participação dos pais. Em cada seção foram discutidos os problemas de saúde e comportamento das crianças ao tempo que se davam as devidas orientações aos acompanhantes. Não obstante, o déficit de recursos humanos na unidade foi possível alcançar 80% da cobertura estimada para o período da intervenção, também foi possível o monitoramento do crescimento em 92% e do desenvolvimento 97,7% do total das crianças cadastradas no Programa; assim mesmo observou-se a incorporação dessa prática à rotina de trabalho da Unidade, melhora no cuidado das crianças, no processo de trabalho da equipe e uma mudança na atitude das famílias quanto à procura do atendimento, ou seja, a queixa como motivo de consulta, na maioria das vezes, foi substituído pela procura do cuidado para a criança.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

## **Apresentação**

O presente volume trata de um trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pelas Equipes de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Camaçari, Bahia, em 2014. O mesmo está composto por cinco itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item Análise da Situação contextualiza os cenários onde acontecem os fatos, identificando o problema objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada justificando-a, formulando os objetivos, metas, ações, indicadores, logística e o cronograma de atividades.

O terceiro tópico relata o acontecido durante a intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta da informação e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da unidade. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. E finaliza com relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O quinto tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do estudante e o último item traz a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho.

## 1 Análise situacional

### 1.1 Análise situacional da unidade de saúde da família de Pé de Areia, abril de 2013

Camaçari município da área metropolitana de Salvador a 37 km da capital. Com uma população de 255.238 habitantes, sendo que 51% da mesma estão na faixa etária de 20 a 49 anos, sem muita diferença entre a distribuição de sexos. Mais de 90% da população está localizada na área urbana. O município é Polo Industrial e petroquímico, com uma alta taxa de crescimento populacional pelo forte fluxo migratório em procura de melhoria de vida.

Está dividido em três distritos, o distrito Sede concentra o 70% da população e os distritos de Abrantes e Montegordo, estes últimos localizados sobre os 40 km de Orla. Apesar de ter um alto Produto Interno Bruto (PIB) per capita alto, o município concentra nas periferias da cidade área de pobreza. Segundo o Secretário de Saúde, os aportes municipais para a saúde no último ano foi 16%.

Camaçari conta com 37 UBS, com cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 52%, 01 hospital geral (130 leitos), 05 Pronto Atendimentos, um policlínico de especialidade, um CAPS 1, um centro de especialidades psicológica, 01 centro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), 01 Centro de Especialidade (mais de 22 especialidades) Odontológica, uma unidade de oncologia, uma unidade de fisioterapia e unidade para apoio aos pacientes com hemoglobinopatias. Como muitos outros municípios o fluxo dos serviços pela comunidade é centrado no hospital e nas tecnologias duras.

As principais causas de óbitos em 2012 foram **Causas externas de morbidade e mortalidade, Doenças do aparelho circulatório e Neoplasias** (SUvisa, SESAB). Os principais problemas identificados pela comunidade do município **Dificuldade de acesso, Baixa qualidade no atendimento e uso de álcool em adolescentes e jovens.**

A unidade de Saúde de Pé de Areia esta situada no Distrito de Abrantes, tendo como área de abrangência as comunidades de Pé de Areia e de Alto de Bela Vista é relativamente nova, 11 meses, inaugurada em maio de 2012. Localizada na via principal do bairro com bom acesso à população usuária.

A Equipe 1 tem uma enfermeira, um médico e dois agentes comunitários, a Equipe 2 tem apenas uma enfermeira e um médico.

Além disso, a unidade conta com o pessoal de apoio, ou seja, está atrelado (na prática) a uma determinada equipe que apoiam as atividades realizadas na unidade, sendo três técnicas de enfermagem, uma pessoa na marcação de consulta especializada e exames, uma recepcionista, duas pessoas de serviços gerais, dois vigilantes, como pessoal que oferece apoio às duas equipes.

Estrutura física muito boa. A unidade foi construída seguindo os padrões de exigência do Ministério da Saúde (MS), para comportar duas equipes (uma sala para cada profissional de ensino superior), sendo que as salas de enfermagem contam com banheiro interno e a sala de odontologia tem duas cadeiras e equipamento adequado, sala de observação com um leito, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de curativo, brinquedoteca, triagem para acolhimento, esterilização, farmácia, copa, sala de espera, banheiros para funcionários e para usuários em geral e um banheiro adaptado para deficientes físico, setor administrativo, balcão da recepção e auditório para umas 50 pessoas, com quadro branco, a maioria das salas estão climatizadas.

O processo de trabalho da unidade está baseado no conceito de cuidado da saúde, atendimento humanizado e integralidade, porém alguns programas ainda não estão implantados nessa perspectiva, pois a dinâmica de funcionamento está ainda em discussão.

Nesse sentido, nos preocupamos em manter o critério de unidade de serviço para a população, ou seja, apesar de serem duas equipes com área de abrangência diferente, o acolhimento e as atividades coletivas são em conjuntos, inclusive na prática o pessoal de apoio (técnico e administrativo) é comum para as duas áreas.

Vivencia-se a insatisfação da comunidade pelas dificuldades no acesso, longas filas e ter que madrugar para marcar consulta, mas também o sofrimento da equipe, sobre tudo das recepcionistas, no momento da marcação, nos primeiros meses de funcionamento da unidade, nos levou a refletir sobre o tipo de atendimento, passando do modelo centrado no funcionário, ao modelo centrado no

usuário. Nesse sentido, foi implementada a política de acolhimento na unidade, facilitando, assim, o acesso aos serviços e acabando com insatisfação da população, de tal maneira que todo cidadão que visita a unidade é atendido, a qualidade no atendimento melhorou e o sofrimento dos atendentes diminuiu. O usuário chega à recepção após de ser perguntado sobre sua necessidade.

A triagem funciona durante o tempo de serviço. Médicos e enfermeiras são responsáveis pela triagem. No processo o usuário é orientado segundo a sua necessidade, assim, se o caso é considerado uma urgência (socio-sanitária) pode ser atendido imediatamente pelo profissional que está em atendimento, se precisa de uma consulta, é orientado a marcar consulta, se a necessidade é menor, a mesma é resolvida pelo próprio profissional responsável nesse momento da triagem.

Os profissionais de nível superior tem uma rotina de atendimento dividida por programas, porém procura-se trabalhar em equipe nos programas implementados na lógica do cuidado, a exemplo de saúde da criança. Este programa acontece na terça-feira, as crianças da área são convidadas, segundo faixa etária – no momento dividimos em 4 grupos etários - é bom esclarecer que a divisão dos grupos é ainda um pouco arbitrária, pois, foi acomodado ao tipo de crianças que mais frequenta a unidade, a falta de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) dificulta a procura de crianças.

Pois a ideia é acompanhar o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças da área de abrangência, independente de seu estado de saúde, porém, geralmente, a demanda espontânea é de crianças doentes, sendo que nossa preocupação maior é cuidar a saúde das crianças e dessa maneira diminuir o fluxo de crianças doentes. Nossa visão considerou que toda a população em geral deve em algum momento entrar em contato com o sistema de saúde, ou o sistema com eles independente do estado de saúde.

No caso das crianças são convidadas a participar do programa, porém a falta de ACS dificulta a captação das crianças que ainda não visitou a Unidade, ou seja, aquela que ainda não adoeceu. Mesmo assim não perdemos oportunidade para divulgar na comunidade a necessidade de levar as crianças ao posto para serem acompanhadas. Nesse processo todos os membros da equipe participam, desde o vigilante, passando pelo o pessoal de limpeza, até os profissionais de nível superior, porém, alguns com dificuldade de entender a lógica do cuidado da saúde, mostrando-se apáticos a esse tipo de abordagem das atividades.

Nas quintas-feiras temos reunião da unidade nesse espaço com frequência se discutem temas de interesse da equipe, sendo que a maioria das vezes é estudo de casos sócio-sanitários. Um membro da equipe apresenta o caso, a equipe discute e define a conduta a ser tomada.

Os resultados têm sido muito bons, sendo que o entrosamento da equipe e aprendizado quanto ao papel da estratégia de saúde da família na comunidade tem sido relevante.

A integração da equipe acontece durante o processo de trabalho propriamente dito e nos momentos lúdicos. O horário de almoço tem se convertido num momento agradável e de integração para a equipe, a equipe se organiza para fazer o mercado do mês e prepara o almoço para todos.

A participação da comunidade é de dois tipos, como simples usuários, quem, geralmente reclama, quando não consegue regular um procedimento ou um atendimento especializado e o usuário liderança com os quais se iniciou o processo de elaboração do plano local de saúde, porém o mesmo ficou na etapa de levantamento de problemas, contudo persistimos na convocatória dos usuários na formação do Conselho Local de Saúde, assim aproveitando o dia de marcação (regulação) de consulta especializada e exames e procedimentos realizado na unidade, dialogamos com a comunidade sobre os problemas e respondemos as suas queixas, dessa maneira conseguimos reunir um grupo de usuários que periodicamente vem participando junto à equipe, fazendo análise da situação e levantamento de problemas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Camaçari, município da área metropolitana de Salvador há 37 km da capital. Com uma população de 255.238 habitantes, sendo que 51% da mesma está na faixa etária de 20 a 49 anos, sem muita diferença entre a distribuição de sexos. Mais de 90% da população está localizada na área urbana. O município é Polo Industrial e petroquímico, com uma alta taxa de crescimento populacional pelo forte fluxo migratório em procura de melhoria de vida.

Está dividido em três distritos, o distrito Sede concentra 70% da população e os distritos de Abrantes e Montegordo, estes últimos localizado sobre os 40 km de Orla. Apesar de ter um alto PIB per capita, o município concentra nas periferias da

cidade área de pobreza. Segundo o Secretário de Saúde os aportes municipais para a saúde no último ano foi de 16%.

Camaçari conta com 37 unidades básica de saúde (Cobertura da Estratégia de Saúde da Família - ESF de 52%), 01 hospital Geral (130 leitos), 05 Pronto Atendimentos, uma policlínica de especialidades, um Centro de Apoio Psicossocial - CAPS 1, um centro de especialidades psicológicas, 01 centro de DST/AIDS, 01 Centro de Especialidades Odontológica (mais de 22 especialidades), uma unidade de oncologia, uma unidade de fisioterapia e unidade para apoio aos pacientes com hemoglobinopatias. Como muitos outros municípios o fluxo dos serviços pela comunidade é centrado nos hospitais e nas tecnologias duras.

As principais causas de óbitos em 2012 foram **Causas externas de morbidade e mortalidade, Doenças do aparelho circulatório e Neoplasias** (SUvisa, SESABE). Os principais problemas identificados pela comunidade do município são a **dificuldade de acesso, baixa qualidade no atendimento e uso de álcool em adolescentes e jovens.**

A Comunidade de Alto de Bela Vista onde está inserida a Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia está localizada no Distrito de Vila de Abrantes tem uma população estimada em 2.950 habitantes, desses 51% são mulheres e 49% homens. Analisando a pirâmide populacional formada no Caderno de Ações Programática preparado por profissionais do curso de especialização, notamos que a mesma é mais estreita na base e larga no vértice, ou seja, os menores de um ano correspondem, apenas, a 1,8 % da população total, no entanto a proporção da população maior de 60 anos equivale a 8,6 %. Outro fato que chama a atenção é a progressiva passagem da maioria, em números, de homens para mulheres, ou seja, o sexo feminino começa a ser maioria a partir dos 25 anos de idade, isso pode estar relacionado com as manifestações de violência envolvendo quase sempre adolescentes e jovens da comunidade.

Como é de conhecimento a falta de ACS dificulta a obtenção de dados da população, contudo percebemos junto algumas lideranças do bairro que a população em sua maioria é de baixa renda, derivando o seu sustento do trabalho doméstico ou do trabalho informal, no entanto, uma minoria da população lucra com o tráfico de psicoativos ilícitos, segundo informação dos próprios moradores. Na comunidade existe apenas uma creche particular, uma escola municipal, porém muitos barzinhos

espalhados em toda a área, mas também, igrejas que representam diferentes tendências religiosas.

A comunidade conta com água encanada e coleta periódica de lixo, porém não existem redes de esgoto. O transporte público coletivo fica distante da maioria dos moradores, os quais tem que se deslocar andando até a rua principal, onde fica a Unidade de Saúde para pegar o ônibus.

Segundo informação da vigilância epidemiológica a área é endêmica para leishmaniose visceral. Outros problemas para destacar estão o uso abusivo de álcool e outras drogas, insegurança, gravidez em menores de 18 anos, erro alimentar e sedentarismo.

A participação da comunidade é de dois tipos como simples usuários, quem geralmente reclama quando não consegue regular um procedimento ou um atendimento especializado e o usuário liderança com as quais se inicia o processo de elaboração do plano local de saúde, porém o mesmo ficou na etapa de levantamento de problemas, contudo persistimos na convocatória dos usuários na formação do Conselho Local de Saúde, assim aproveitando o dia de marcação (regulação) de consulta especializada e exames e procedimentos realizado na unidade, dialogamos com a comunidade sobre os problemas e respondemos as suas queixas, dessa maneira conseguimos reunir um grupo de usuários que periodicamente vem participando junto à equipe, fazendo análise da situação e levantamento de problemas.

A unidade de Saúde de Pé de Areia comporta duas equipes de saúde da família, sendo que a Equipe I tem como cobertura a Comunidade de Pé de Areia e a Equipe II, onde estou inserido como médico é responsável pelo cuidado da saúde da Comunidade de Alto de Bela Vista. É relativamente nova, 11 meses, inaugurada em maio de 2012. Localizada na via principal do bairro permitindo bom acesso à população usuária.

A Equipe II tem apenas uma enfermeira e um médico e compartilha a equipe de saúde bucal com a equipe I. Além disso, as equipes conta com o pessoal de apoio da Unidade, o mesmo não está atrelado a uma determinada equipe; ou seja, apoiam todas as atividades realizadas na unidade independente da comunidade beneficiada. O grupo de apoio esta conformado por três técnicas de enfermagem, um regulador (marcação de consulta especializada e exames laboratoriais), uma recepcionista, duas pessoas de serviços gerais, um atendente de farmácia e dois



vigilantes. Além disso, a Unidade recebe Internos de Medicina e alunos de último semestre de enfermagem, por convênio entre o Município e duas instituições de saúde privadas.

A unidade foi construída seguindo os padrões de exigência do MS, para comportar duas equipes (uma sala para cada profissional superior) sendo que as salas de enfermagem contam com banheiro interno e a sala de odontologia tem duas cadeiras e equipamento adequado para atenção básica, sala de observação com um leito, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de curativo, uma brinquedoteca, uma sala de triagem para acolhimento, esterilização, farmácia, copa, sala de espera geral e salas de espera perto dos consultórios, banheiros para funcionários e para usuários em geral e um banheiro adaptado para deficientes físicos, setor administrativo, balcão da recepção e auditório para umas 50 pessoas, com quadro branco. A ambiência da unidade é agradável, exceto o auditório, as salas de atendimento ao público estão climatizadas.

O processo de trabalho da unidade está baseado no conceito de cuidado da saúde, atendimento humanizado e integralidade, porém, alguns programas ainda não estão implantados nessa perspectiva, pois a sua dinâmica de funcionamento está ainda em discussão.

Nesse sentido nos preocupamos em manter o critério de unidade de serviço para a população, ou seja, apesar de ter duas equipes com áreas de abrangência diferentes o acolhimento e as atividades coletivas são realizadas em conjunto. A insatisfação da comunidade pelas dificuldades no acesso, as longas filas nas madrugadas para marcar consulta, mas também o sofrimento da equipe, sobretudo das recepcionistas no momento da marcação, nos primeiros meses de funcionamento da unidade, nos levou a refletir sobre o tipo de atendimento, passando do modelo centrado no funcionário ao modelo centrado no usuário. Nesse sentido, foi implementada a política de acolhimento na unidade, facilitando, assim, o acesso aos serviços e acabando com insatisfação da população. Em consequência disso todo cidadão que visita a unidade é atendido, a qualidade no atendimento melhorou e o sofrimento dos atendentes diminuiu.

A triagem funciona durante o tempo de serviço da unidade. Todos os profissionais de nível superior dedicam um dia à escuta qualificada. No processo o usuário é orientado segundo a sua necessidade, assim, se o caso é considerado uma urgência (sócio-sanitária) pode ser atendido imediatamente pelo profissional

que está em atendimento ou se precisa de uma consulta mais aprimorada é orientado a marcar consulta com o profissional da equipe respectiva, porém se a necessidade é menor, a mesma, pode ser resolvida pelo próprio profissional responsável nesse momento da triagem.

Os profissionais de nível superior tem uma rotina de atendimento dividida por programas, porém procura-se trabalhar em equipe nos programas implementados na lógica do cuidado, a exemplo de saúde da criança. Este programa acontece na terça-feira. As crianças, menores de 10 anos, da área são convidadas segundo faixa etária – no momento dividimos em quatro grupos etários- é bom esclarecer que a divisão dos grupos é ainda um pouco arbitrária, pois foi acomodada ao tipo de crianças que mais frequenta a unidade, a falta de ACS dificulta a procura de crianças.

A ideia é acompanhar o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças da área de abrangência, independente de seu estado de saúde, porém geralmente, a demanda espontânea é de crianças doentes, sendo que nossa preocupação maior é cuidar da saúde das crianças e dessa maneira diminuir o fluxo de crianças doentes. Em nossa visão, consideramos que toda a população em geral deve em algum momento entrar em contato com o sistema de saúde, ou o sistema com eles, independente do estado de saúde.

No caso das crianças são convidadas a participar do programa, porem a falta de ACS dificulta a captação das crianças que ainda não visitou a Unidade, ou seja, aquela que ainda não adoeceu. Mesmo assim não perdemos oportunidade para divulgar na comunidade a necessidade de levar as crianças ao posto para ser acompanhadas. Nesse processo todos os membros da equipe participam desde o vigilante passando pelo o pessoal de limpeza até os profissionais de nível superior, porém, alguns com dificuldade de entender a lógica do cuidado da saúde, mostrando-se apáticos a esse tipo de abordagem com atividades.

Uma das falhas identificadas é a forma de registro, o mesmo não é sistematizado, porém pelo aprendizado no presente curso temos iniciado o cadastro das crianças atendidas e disponibilizado uma turno no mês para análise dos registros.

O atendimento à saúde da mulher, do adulto, do idoso e hipertensos e diabéticos são desenvolvidos em nível de ações, porém, sem a implantação do programa propriamente dito. Contudo, no caso de Saúde da Mulher são realizadas

atividades preventivas e coleta de amostra para controle de câncer de colo de útero, exame físico da mama e solicitação de mamografia, estas atividades em geral são realizadas pela enfermeira, aqui parece ter certa “especialização de gênero” quanto ao atendimento. Embora, o pré-natal é compartilhado entre o médico e enfermeira em uma das equipes, a falta do profissional de odontologia não permitiu incluir este profissional no cuidado da gestante.

As ações de controle dos hipertensos e diabéticos são feitas, apenas no atendimento individual e ao contrário de saúde da mulher são realizadas pelo médico, porém em nenhum dos grupos são realizadas atividades coletivas de promoção da saúde.

De rotina é solicitado o exame Antígeno prostático específico (PSA) aos homens adultos, porém a maioria das ações não é registrada, impossibilitando-se o monitoramento e a avaliação das mesmas.

Nas quintas-feiras temos reunião da unidade quando, com frequência se discutem temas de interesse da equipe, sendo que a maioria das vezes são estudos de casos sócio-sanitários. Um membro da equipe apresenta o caso, a equipe discute e define a conduta a ser tomada.

Os resultados têm sido muito bons, sendo que o entrosamento da equipe e aprendizado, quanto ao papel da ESF na comunidade tem sido relevante.

A integração da equipe acontece durante o processo de trabalho propriamente dito e nos momentos lúdicos. O horário de almoço tem se convertido num momento agradável e de integração para a equipe, a equipe se organiza para fazer o mercado do mês e prepara o almoço para todos.

As doenças que mais aparecem, segundo o registro diário de consulta, são as de tipo crônico, sendo as mais relevantes as cardiovasculares e metabólicas, seguidas de parasitose de pele e obesidade.

### **1.3 Comparando o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o texto inicial de descrição da situação de saúde e o presente obviamente este último ficou mais enriquecido e consistente. As tarefas realizadas, as leituras dos textos da Atenção Básica e o relatório da análise situacional nos permitiu identificar com clareza as fraquezas, mas também, a fortalezas que temos, contudo são as fraquezas que nos indicam os desafios que temos pela frente. Nesse sentido, pretendemos alcançar, no curto e mediano prazo, a organização e

implementação desses programas, implementar os registros necessários para a coleta de dados que nos permitam monitorar e avaliar nosso trabalho.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 Justificativa

Um dos programas, na Atenção Primária, que mais nos permite aproxima-nos a prática do cuidado é: Saúde da Criança; pois, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de este grupo etário podemos detectar de forma precoce hábitos e comportamentos prejudiciais para a saúde, ao mesmo tempo em que podemos conduzir à aprendizagem de estilos de vida saudáveis nessa população. O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social (BRASIL, 2002).

Segundo as informações registradas na análise situacional da Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia, as crianças são uns dos grupos mais vulneráveis na área, se consideramos a falta de fatores protetores tais como: creches, escolas, espaços de lazer, alimentação saudável, famílias funcionais e efetividade das ações de saúde.

Assim, as equipes de Pé de Areia no intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde vêm desenvolvendo ações, através do Projeto Criança Saudável (PCS), as quais visam promover mudanças nos comportamentos e estilos de vida das famílias em que as crianças estão inseridas. Porém a falta, tanto de registro adequado das atividades realizadas, quanto de ACS dificulta o monitoramento das ações desenvolvidas na Unidade, como o alcance de uma boa cobertura da área.

Contudo, acredita-se que a implementação de estratégias que visem à integralidade no atendimento, que convoquem outros setores para a implantação de

equipamentos sociais e motivem a participação da população, podem-se superar as dificuldades que nos impedem aumentar as coberturas no cuidado das crianças, controlar os fatores de risco e implementar fatores protetores para este grupo populacional. O fortalecimento do Programa Criança Saudável é garantia para melhora da qualidade de vida dos infantes da Comunidade de Alto de Bela Vista, de Jauá, Camaçari.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses moradoras da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Melhorar registros das informações

Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Promover a saúde.

## **2.3 Metas**

### **2.3.1 Relativas ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança:**

Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 30%

Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas.

Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 15% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 90% das crianças, de 6 a 72 meses da área, classificados como alto risco para doenças bucais.

### **2.3.2 Relativas ao objetivo 2 - Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança:**

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

Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

### **2.3.3 Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança:**

Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Concluir o tratamento odontológico em 50% das crianças, entre 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

### **2.3.4 Relativas ao Objetivo 4 - Melhorar registros das informações:**

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

### **2.3.5 Relativas ao Objetivo 5 - Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência:**

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

### **2.3.6 Relativas ao Objetivo 6 - Promover a saúde:**

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

Colocar 80% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 30% das crianças.

Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde

Fornecer orientações nutricionais para 50% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

## **2.4 Metodologia**

### **2.4.1 Detalhamento das ações**



#### **2.4.1.1 Relativas ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança**

**Meta 1** Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 30%

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Organização e Gestão dos serviços: Registrar na ficha espelho os dados referentes ao acompanhamento das crianças.

Engajamento Público: Orientar a comunidade usuária sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios

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

**Meta 2** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas.

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

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

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

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

**Meta 3** Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 15% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Monitoramento e avaliação: Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadores da creche da área de abrangência da Unidade de saúde

Organização e Gestão dos serviços: Capacitar ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade. Organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde.

Engajamento Público: Informar a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro.

**Meta 4** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

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

Organização e Gestão dos serviços: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade. Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

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

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

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade para o atendimento odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

**Meta 5** Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 90% das crianças, de 6 a 72 meses da área, classificados como alto risco para doenças bucais.

Monitoramento e avaliação: • Monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco.

Engajamento Público: esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis. • Capacitar a equipe para realizar cadastramento, e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.

#### ***2.4.1.2 Relativas ao objetivo 2 Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança:***

**Meta 6** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação: • Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

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

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

**Meta 7** Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a periodicidade das consultas. Monitorar os faltosos. Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos. Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca.

Engajamento Público: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal. Capacitar as ACS para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico.-.

#### *2.4.1.3 Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento à criança:*

**Meta 8** - Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

Organização e Gestão dos serviços: • Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

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

**Meta 9-** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Organização e Gestão dos serviços: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

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

**Meta 10** - Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Organização e Gestão dos serviços: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

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

**Meta 11** - Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

Organização e Gestão dos serviços: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Engajamento Público: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

**Meta 12** - Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas. Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Organização e Gestão dos serviços: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Realizar controle da cadeia de frio. Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina. Realizar controle da data de vencimento do estoque.

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

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

**Meta 13** - Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Organização e Gestão dos serviços: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Engajamento Público: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde

**Meta 14-** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças..

Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Organização e Gestão dos serviços: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

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

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

**Meta 15** - Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida.

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

Organização e Gestão dos serviços. 2 Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

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

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

**Meta 16** - Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 50% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança

Organização e Gestão dos serviços: Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.

Estimar o número de turnos necessários para atingir a meta para as crianças da creche da área da unidade de saúde.

Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. Elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança.

Engajamento Público: Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde. Sensibilizar cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

**Meta 17** - Concluir o tratamento odontológico em 50% das crianças, entre 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária. Capacitar os profissionais para o manejo do paciente infantil.



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

#### *2.4.1.4 Relativas ao Objetivo 4 - Melhorar registros das informações:*

**Meta 18** - Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Organização e Gestão dos serviços: Preencher SIAB/folha de acompanhamento. Implantar ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros.

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

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

#### *2.4.1.5 Relativas ao Objetivo 5 - Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência:*

**Meta 19** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Organização e Gestão dos serviços: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

Engajamento Público: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

#### **2.4.1.6 Relativas ao Objetivo 6 - Promover a saúde:**

**Meta 20** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

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

Organização e Gestão dos serviços: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

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

Qualificação da Prática Clínica: informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

**Meta 21** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Organização e Gestão dos serviços: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

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

Qualificação da Prática Clínica: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

**Meta 22** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Organizar todo material necessário para essas atividades. Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

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

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

Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.

Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

**Meta 23** Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público: Orientar familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

**Meta 24** Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público: Orientar familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

**Meta 25** Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais

Organização e Gestão dos serviços: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público: Orientar familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

**Meta 26** Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Organização e Gestão dos serviços: Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola. Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Organizar todo material necessário para essas atividades.

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

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

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

Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade.

## 2.4.2 Indicadores

### ***2.4.2.1 Relativos à Meta 1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 30%***

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

Numerador: Número de crianças 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.

### ***2.4.2.2 Relativos à Meta 2 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas.***

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

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

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

### ***2.4.2.3 Relativos à Meta 3 Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 15% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.***

Indicador 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

***2.4.2.4 Relativos à Meta 4 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 20% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.***

Indicador 4 - 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.

***2.4.2.5 Relativos à Meta 5 Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 90% das crianças, de 6 a 72 meses da área, classificados como alto risco para doenças bucais.***

Indicador 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência.

***2.4.2.6 Relativos à Meta 6 Fazer busca ativa de 5% das crianças faltosas às consultas.***

Indicador 6 - Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

***2.4.2.7 Relativos à Meta 7 Fazer busca ativa de 5% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.***

Indicador 7 - Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

#### ***2.4.2.8 Relativos à Meta 8 Monitorar o crescimento em 30% das crianças.***

Indicador 8. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa 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.

#### ***2.4.2.9 Relativos à Meta 9 Monitorar 20% das crianças com déficit de peso.***

Indicador 9 - 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 inscritas no programa com déficit de peso.

#### ***2.4.2.10 Relativos à Meta 10 Monitorar 20% das crianças com excesso de peso.***

Indicador 10 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

#### ***2.4.2.11 Relativos à Meta 11 Monitorar o desenvolvimento em 30% das crianças.***

Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.  
Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

#### ***2.4.2.12 Relativos à Meta 12 Vacinar 80% das crianças de acordo com a idade.***

Indicador 12 Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.  
Numerador: número de crianças com vacinas em dia para a idade.  
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### ***2.4.2.13 Relativos à Meta 13 Realizar suplementação de ferro em 30% das crianças.***

Indicador 13. Proporção de crianças com suplementação de ferro.  
Numerador: número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### ***2.4.2.14 Relativos à Meta 14 Realizar triagem auditiva em 30% das crianças.***

Indicador 14 Proporção de crianças com triagem auditiva.  
Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.  
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.



**2.4.2.15 Relativos à Meta 15 Realizar teste do pezinho em 80% das crianças até sete dias de vida.**

Indicador 15. Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

**2.4.2.16 Relativos à Meta 16 Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 50% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.**

Indicador 16 Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

**2.4.2.17 Relativos à Meta 17 Concluir o tratamento odontológico em 50% das crianças, entre 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.**

Indicador 17 Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

#### ***2.4.2.18 Relativos à Meta 18 Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço***

Indicador 18 Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro adequado

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

#### ***2.4.2.19 Relativos à Meta 19 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.***

Indicador 19 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.

#### ***2.4.2.20 Relativos à Meta 20 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.***

Indicador 20 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

***2.4.2.21 Relativos à Meta 21 Colocar 80% das crianças para mamar durante a primeira consulta.***

Indicador 21 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

***2.4.2.22 Relativos à Meta 22 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 30% das crianças.***

Indicador 22. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional

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

***2.4.2.23 Relativos à Meta 23 Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 50% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.***

Indicador 23 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

**2.4.2.24 Relativos à Meta 24 Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.**

Indicador 24 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

**2.4.2.25 Relativos à Meta 25 Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde**

Indicador 25 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**2.4.2.26 Relativos à Meta 26 Fornecer orientações nutricionais para 50% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.**

Indicador 26 Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

### 2.4.3 Logística

Adotaram-se como protocolos os cadernos do MS sobre saúde da criança e outros importantes para a intervenção (BRASIL, 2002; 2006; 2007; 2011; 2012).

Treinar aos ACS em captação de crianças antes de iniciar as suas atividades em campo.

A equipe de saúde bucal, junto com o resto da equipe, realizaremos uma oficina sobre saúde bucal em crianças, segundo cronograma de atividade.

Aplicar o protocolo de acolhimento pelos profissionais responsáveis dessa atividade.

A equipe de saúde bucal organizará e discutirá com o resto da equipe uma agenda de atendimento integrada ao PCS.

Aproveitar os momentos de sala de espera ou qualquer outro contato com a comunidade para divulgar o direito de atendimento prioritário das crianças.

Discutir com os acompanhantes das crianças durante o momento coletivo do PCS a importância do cuidado dos dentes decíduos.

O técnico administrativo (1) será responsável por registrar na folha de acompanhamento eletrônico a consulta de primeira vez das crianças

A equipe de saúde bucal mensalmente monitorará a primeira consulta de saúde bucal das crianças, a partir dos dados registrados no sistema.

Reservar na agenda de atendimento do dentista vagas para atendimento de imprevistos.

Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a prioridade pra as crianças de alto risco odontológico.

Determinar a quantidade de consulta e sua periodicidade para cada grupo de crianças.

Registrar na folha de registro eletrônico o número de consulta acumulada por cada criança.

Responsável do registro (profissional e técnico administrativo (1))

Os profissionais de saúde na folha de registro diário de consulta sinalizarão as crianças novas e antigas.

O técnico administrativo (1) sistematiza a informação coletada pelos profissionais

O profissional gerente do projeto monitorará mensalmente as consultas das crianças.

Treinar aos ACS em captação de crianças antes de iniciar as suas atividades em campo.

Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Os técnicos realizarão os cadastros das crianças que por primeira vez visitam a unidade e a recepcionistas agendarão segundo faixa etária a consulta das crianças.

O profissional gerente do projeto monitorará mensalmente o não comparecimento das crianças nas consultas programadas.

Através de vizinhos e lideranças se identificarão as crianças faltosas para programar as visitas.

A equipe de Saúde Bucal monitorará mensalmente as buscas das crianças da escola.

Reservar na agenda de atendimento do dentista vagas para atendimento de imprevistos.

Realizar anualmente avaliação do PCS com participação da comunidade.

Uma vez por mês será realizada práxis sobre o desenvolvimento do programa por parte das equipes da unidade.

Identificar as crianças com déficit de peso para ser monitoradas pela equipe.

Desenvolver estudo de casos em crianças com alteração do crescimento.

Realizar oficinas de padronização das medidas antropométricas, com técnicos, ACS e Enfermeiros.

Realizar uma oficina de padronização das medidas antropométricas, com técnicos, ACS e Enfermeiros.

No mento individual do acompanhamento no PCS, explicar aos pais e/ou responsáveis como ler a curva de crescimento e identificar sinais de anormalidade.

Reproduzir os protocolos em forma de cartazes e colocar em local estratégico e visível.

As técnicas de enfermagem devem preservar o bom estado dos equipamentos e solicitar a sua manutenção periódica.

O profissional gerente do projeto monitorará mensalmente avaliação da curva de crescimento.

Treinar aos ACS em captação de crianças antes de iniciar as suas atividades em campo.

Identificar as crianças com excesso de peso para ser monitoradas pela equipe.

O técnico administrativo (1) será responsável por registrar na folha de acompanhamento eletrônico as crianças com alteração neuro-cognitiva.

A equipe de saúde bucal mensalmente monitorará as crianças com alteração neuro-cognitiva.

Elaborar lista das instituições que fazem parte da rede de saúde local incluindo telefone, endereço e nome dos responsáveis.

Colocar em local acessível a lista das instituições da rede municipal de saúde.

No momento da abordagem coletiva no PCS, explicar aos pais e/ou responsáveis sobre o desenvolvimento esperado pelas crianças segundo a idade.

O responsável do projeto com o apoio de técnicos e alunos desenvolverá ao longo do projeto (nas quintas feiras) exposições dialogadas sobre o monitoramento do desenvolvimento da criança.

Realizar uma oficina de treinamento sobre o preenchimento da ficha de desenvolvimento da criança, pelo responsável do projeto.

A técnica apresentará uma relação das crianças com vacinação incompleta no mês.

A técnica apresentará uma relação das crianças com vacinação atrasada no mês.

A farmacêutica deve fazer a solicitação com antecedência do sulfato ferroso em proporção às crianças acompanhadas.

Aproveitar o momento da atividade coletiva do PCS para discutir sobre a importância do apoio das crianças na alimentação e suplemento de ferro.

O técnico administrativo (1) será responsável por registrar na folha de acompanhamento eletrônico as crianças que recebem suplementação de ferro.

A equipe de saúde mensalmente monitorará as crianças que recebem suplemento de ferro.

Cada profissional registrará em prontuários as orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Realizar oficinas específicas com participação das equipes.

Agente comunitário preencherá a ficha espelho da caderneta da criança.

Aproveitar o momento da atividade coletiva do PCS para informar aos pais sobre a sua responsabilidade em manter os registros de saúde, a exemplo da caderneta da criança.

Realizar treinamento do preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento das crianças.

Avaliar mensalmente os registros de crianças de alto risco, com responsabilidade de um membro da equipe.

Divulgar na comunidade através de diferentes formas possíveis sobre os fatores de risco presentes no território.

Divulgar entre os membros da equipe e os usuários a proporção da duração do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos.

Em reunião de equipe será definido o papel que cada membro terá na promoção do aleitamento materno.

Aproveitar o momento de sala de espera e outras atividades coletivas para incentivar o aleitamento materno nas crianças.

Realizar oficinas de treinamento sobre aleitamento materno, sob a condução dos enfermeiros.

Os agentes comunitários identificarão as mães com lideranças na culinária para participar de oficinas de alimentação saudável.

Realizar oficinas de treinamento sobre alimentação saudável com foco na comunidade.

Adaptar as orientações do manual da criança do MS.

Discutir com a equipe a aplicação das orientações nutricionais.

Visitar a creche e discutir com os responsáveis sobre alimentação saudável nas crianças.

Os estagiários através da exposição dialogada discutirão com a equipe sobre a promoção da saúde das crianças.

Convidar aos cuidadores das creches para discutir sobre os cuidados das crianças.











Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.	■																	
Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades			■															
Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.												■						
Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola												■						
Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas											■							
Organizar todo material necessário para essas atividades											■							
Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.					■													
Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.										■								
Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças												■						

### **3 Relatório da Intervenção**

O Relatório final da etapa de intervenção do Projeto Criança Saudável terá como ponto de partida a situação inicial do programa e será desenvolvido seguindo a mesma ordem dos indicadores de avaliação, porém para avaliar os avanços terá como referência os valores acumulados durante o total do período da intervenção. Será analisado o cumprimento dos objetivos e metas propostos, considerando as dificuldades e facilidades apresentadas no processo. Mas também serão descritas as ações previstas no projeto, diferenciando as desenvolvidas das não desenvolvidas, as dificuldades apresentadas na coleta de dados sem deixar de analisar a viabilidade de introduzir na rotina da unidade as ações novas.

O processo de intervenção proposto pelo projeto teve como cenário a Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia do município de Camaçari, Bahia e como público alvo as 420 crianças de zero a 72 meses de idade moradoras das comunidades de Pé de Areia e Alto de Bela Vista, o objetivo da intervenção foi desenvolver o plano de ação proposto pelo Projeto de Intervenção no período de 16 semanas correspondente aos meses de outubro, novembro, dezembro e janeiro.

Antes de início da etapa de intervenção proposta no curso de especialização, as equipes de saúde da família da Unidade de Saúde de Pé de Areia, Camaçari lançaram uma proposta, de cuidado da saúde das crianças da área de abrangência da Unidade. As atividades aconteciam na terça-feira e tinham como foco as crianças menores de 10 anos. Divididas em quatro grupos etários eram monitoradas e avaliadas pela equipe num ambiente lúdico.

Assim, as equipes no intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde através do Projeto Criança Saudável, visavam promover mudanças nos comportamentos e estilos de vida das famílias, em que as crianças estão inseridas. Porém a falta de registro adequado das atividades realizadas e a falta de ACS dificultaram monitorar as ações desenvolvidas, mas também, alcançar uma boa

cobertura na área. Segundo as informações registradas na análise situacional da unidade de Pé de Areia, as crianças eram um dos grupos mais vulneráveis da comunidade, se consideramos a falta de fatores protetores tais como: creches, escolas, espaços de lazer, alimentação saudável, famílias funcionais e ações de saúde efetivas.

Com a proposta de intervenção foram formulado seis objetivos que visavam ampliar a cobertura de atendimento, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento, mapear as crianças da área, promover saúde e melhorar os registros da informação. Também foram estimadas metas baseadas na capacidade e potencial da equipe de saúde. Mas também, foi delimitada a população alvo, crianças entre zero e 72 meses.

### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas na sua maioria, devido a um conjunto de fatores que favoreceram sua realização. Contudo, algumas outras foram realizadas parcialmente devido à deficiência de fatores estruturais e de processo. Neste item estaremos relatando tanto as ações realizadas quanto as não realizadas, incluindo as realizadas parcialmente, destacando os fatores que facilitaram ou dificultaram a sua realização. Para não ser repetitivo ao descrever individualmente as dificuldades ou facilidades de cada ação, comentaremos de forma geral as facilidades e dificuldades encontradas durante a intervenção.

Seguindo essa ordem de ideia, podemos afirmar que a disponibilidade da equipe para apoiar o desenvolvimento do projeto foi o principal fator facilitador do processo de intervenção. Isso ficou materializado no compromisso da maioria dos membros da equipe, na vontade e no desejo de fazer acontecer. Mas também, favoreceu o desenvolvimento das ações, as mudanças no processo de trabalho que já vinham acontecendo na unidade, como é o caso do acolhimento, o compartilhamento das agendas entre os profissionais das diferentes categorias e a educação permanente.

A estrutura física da unidade foi, também, um elemento de muito valor para a realização da intervenção, sendo que a mesma dispõe de um auditório, além da sala de saúde bucal que, devido a sua amplitude, com frequência era disponibilizada para realizar algumas atividades coletivas.

A atitude da equipe permitiu monitorar o número de crianças cadastradas no programa; registrar na ficha espelho os dados referentes ao acompanhamento das crianças; cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área de influência da equipe, que espontaneamente entraram em contato com a unidade de saúde. Permitiu também a tomar as medidas antropométricas às crianças em cada seção do programa e monitorar o percentual de lactentes que foi observado mamando na primeira consulta.

Com a implantação do acolhimento foi possível assumir como política da unidade a priorização do atendimento das crianças; capacitar a equipe nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS. Com a prática do acolhimento o acesso das crianças com alteração do estado de saúde era permanente, dessa forma as crianças que compareciam para avaliação do crescimento e desenvolvimento, quase sempre, apresentavam bom estado de saúde.

A educação permanente como rotina das equipes permitiu capacitar as equipes sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas às mães e à comunidade em geral sobre o Programa; capacitar aos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança; capacitar os ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 0 a 72 meses de idade; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Através das salas de espera foi possível informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, mas também, esclarecer à comunidade em geral sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

A própria dinâmica das seções do Programa permitiu utilizar os encontros com os acompanhantes e responsáveis das crianças para discutir sobre o cuidado dos dentes decíduos; o compartilhamento das agendas entre os profissionais garantiu o monitoramento da saúde bucal das crianças, de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência na sua primeira consulta odontológica; identificação das crianças que consultaram por primeira vez através do registro



diário de atendimento do dentista e lançar na folha de acompanhamento eletrônico a primeira consulta odontológica das crianças.

Graças ao compromisso da equipe e do excelente estrutura da unidade como foi descrito, através da triagem no acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal classificava o risco odontológico das crianças usuárias do serviço, sendo possível o monitoramento das crianças com alto risco bucal e que realizaram a primeira consulta odontológica.

Os fatores numerados acima facilitaram o monitorar a proporção de crianças com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta; identificar as crianças com déficit ponderal ou com obesidade. Monitorar as atividades de educação em saúde sobre amamentação exclusiva.

A pesar da falta de pessoal foi possível elaborar as listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança e monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho.

Com o apoio do gestor e a disponibilidade da equipe de enfermagem foi fácil garantir a disponibilizado as vacinas e materiais necessários para aplicação, o atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); realizar controle da cadeia de frio; fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacinas; realizar controle da data de vencimento do estoque; garantir a dispensação do medicamento (suplemento) e conseguiu-se verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estavam aptos para realizar o teste do pezinho. Também foi possível planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades.

As salas de espera e os encontros com os acompanhantes das crianças facilitou informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança; orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento. Em cada sessão se orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, os hábitos alimentares e sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Uma das ações com muito sucesso foi o engajamento como o público. Assim em diferentes momentos foi discutido com a comunidade sobre estratégias

de melhoria do acesso; foi colocada a caixa de sugestões acessíveis à comunidade sendo discutidas em reunião as queixas e elogios recebidos, ao tempo que a comunidade era orientada sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas, é claro que este direito sempre foi respeitado ao fazer entrega da caderneta de vacina.

O preenchimento da ficha espelho foi possível graças ao envolvimento do pessoal técnico e internos de medicina que junto com os profissionais de nível superior formavam equipe, permitindo, a sua vez, monitorar o estado do projeto em seus diversos momentos.

Mesmo com uma equipe comprometida, a rotatividade de funcionários, sobretudo na recepção, a falta de ACS e de pessoal administrativo, a pouca disponibilidade de transporte e a irregularidade no fornecimento de material odontológico comprometeu o desenvolvimento de algumas ações.

Assim, o cadastro das crianças foi prejudicado quantitativamente pela falta de ACS, pois a maioria dos cadastros realizados foi das crianças que, cujas mães solicitavam, espontaneamente, atendimento. Mas também a população das crianças frequentadoras das creches foi atendida parcialmente quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devido a dificuldades com o transporte e à falta de ACS.

Não foi possível treinar a toda a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança devido as poucas horas estimadas para tal fim em relação a demandas por treinamento existente no início do processo de intervenção.

Apesar de terem pactuado com a equipe o registro das informações e definido o responsável pelo monitoramento dos registros, a falta de pessoal dificultou o desenvolvimento da mesma pela sobre carga de trabalho dos responsáveis. E mesmo os dados ter sido lançados na matriz eletrônica, o lançamento dos mesmos não foi tranquilo, devendo ocupar tempo extra para seu lançamento.

Apenas uma proporção da equipe foi capacitada no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Igual aconteceu com as orientações sobre a amamentação adequada, foram apenas beneficiadas as mães deixando descoberta a sua rede de apoio.

Os responsáveis das atividades educativas devem preparar o material na véspera. Organizar todo material e listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Por outro lado, a visita domiciliar das crianças na sua primeira semana de vida e a realização do teste do pezinho entre o terceiro e sétimo dia de vida foram realizadas parcialmente pela dificuldade de transportes e de suficientes agentes comunitários. Entretanto, a conduta de solicitar as mães de amamentar a sua criança na primeira consulta foi realizada, porém registrar as crianças que mamaram durante a primeira consulta não foi possível devido a maioria das crianças cadastradas serem maiores de seis meses de idade. O preenchimento inadequado da caderneta da criança no momento do nascimento dificultou monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Apesar de que a comunidade fosse ouvida sobre as estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento, as reuniões periódica de avaliação do programa com a comunidade não foi realizada em sua plenitude, pois a mesma não foi de forma sistemática e organizada.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

Fatores como a falta de ACS e conseqüentemente a no territorialização da área de influência, a insuficiente quantidade de dentistas, apenas uma profissional de saúde bucal para duas equipes, a rotatividade do pessoal administrativo, a pouca disponibilidade de transporte e a irregularidade no fornecimento de material odontológico comprometeu o desenvolvimento de algumas ações como a busca ativa de crianças na área de influência da unidade para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a busca ativa de faltosos à consulta odontológica e os faltosos aos encontros para avaliação do crescimento e desenvolvimento.

Os fatores acima sinalizados contribuíram, também, no não monitoramento das crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e que tinham o tratamento odontológico concluído.

Apesar de rotineiramente terem sido realizadas atividades de educação na unidade, nem sempre as mesmas foram registradas em livro de ocorrência. E devido à própria dinâmica da equipe não foi definido o papel específico para todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

### **3.3 Dificuldades entradas na coleta de dados e sistematização de dados**

Falta de suficientes recursos humanos com disponibilidade para a transcrição dos dados. Existência de variáveis na planilha de coleta não compatíveis com a dinâmica do programa.

Assim, as ações coletivas, na planilhas, eram apenas consideradas as realizadas na creche, ignorando as ações coletivas realizadas na unidade. Além da ausência da variável sexo na ficha espelho.

### **3.4 Análise de viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços**

Observando o processo de trabalho desenvolvido na equipe durante o tempo da intervenção percebe-se a capacidade da mesma na incorporação das ações previstas realizadas na rotina do serviço. Contudo, algumas das ações previstas e realizadas durante a intervenção serão difíceis de manter dentro da rotina da equipe pela falta de suficientes recursos humanos.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O presente item se refere aos resultados obtidos no processo de intervenção do Projeto Criança Saudável (PCS). A execução do Projeto foi realizada pelas equipes um e dois da Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia do município de Camaçari, Bahia, no período compreendido entre 20 de setembro de 2013 e o 28 de janeiro de 2014. Tendo como foco a melhoria na qualidade do atendimento das crianças, entre zero e 72 meses, moradoras da área de influência da Unidade.

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

Meta 1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 30%

Um dos resultados procurados foi a ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças da área. Este resultado, tal vez como muitos outros, não terá ponto de referência prévio devido à falta de registro ou de cadastro das crianças. No entanto, foi estimada uma meta de 30%, ou seja, 126 de 420 crianças entre zero e 72 meses, consideradas, como moradoras da área de influência. Nas 16 semanas de intervenção do projeto foram cadastradas 101 crianças, o que equivale a 24%, sendo que no primeiro mês foram 32 crianças (7,6%), no segundo 58 (13,8%); no terceiro 68 crianças (20,5%) e no quarto mês 101 crianças (24%).

O que contribuiu para o comportamento observado foi a falta de ACS na unidade, contudo, perante a falta dos ACS, dispositivos como a brinquedoteca, instalada na unidade, serviu de estratégia para atrair as crianças a participarem do programa.

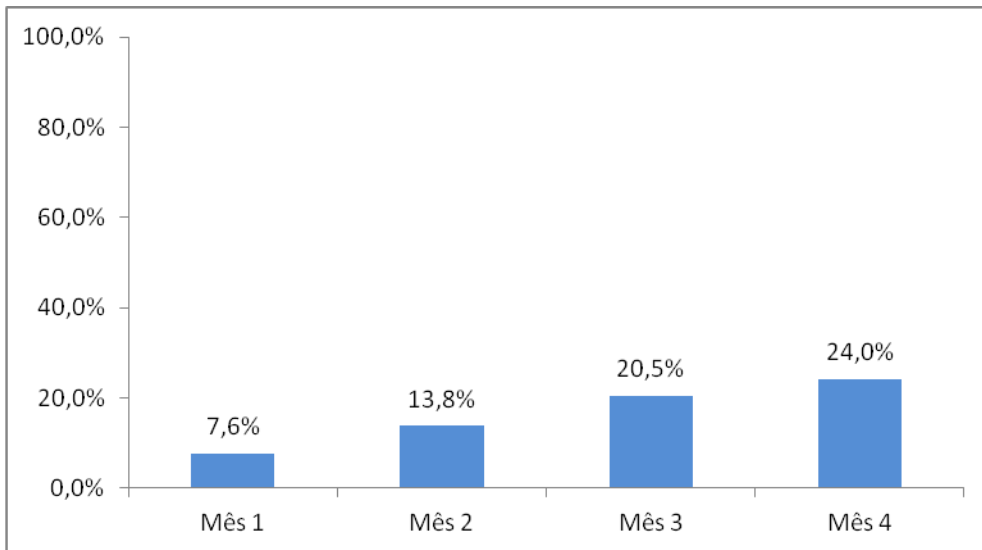


Figura 1 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% dos recém-nascidos, filhos das gestantes acompanhadas pela equipe.

Seguindo com o propósito de melhoria da qualidade do atendimento foi estabelecida a meta de realizar a primeira consulta na primeira semana de vida em 80% do total de crianças cadastradas no período, nesse sentido a proporção de primeira consulta realizada na primeira semana de vida foram para cada um dos quatro meses da intervenção de 6,3% (02 visitas), 6,9% (04 visitas) 4,7% (04 visitas) e 5,0% (05 visitas) respectivamente, para um total de 5% em todo o período. Vale esclarecer que no momento de estimar a meta, por engano, se considerou como denominador o número de nascidos vivos no período de intervenção, em vez do total da população cadastrada no período como estabelecido na planilha de coleta.

Os fatores que contribuíram para os resultados achados foram a falta de transporte oportuno e a falta de ACS, porém o vínculo estabelecido com a gestante facilitou a adesão em parte.

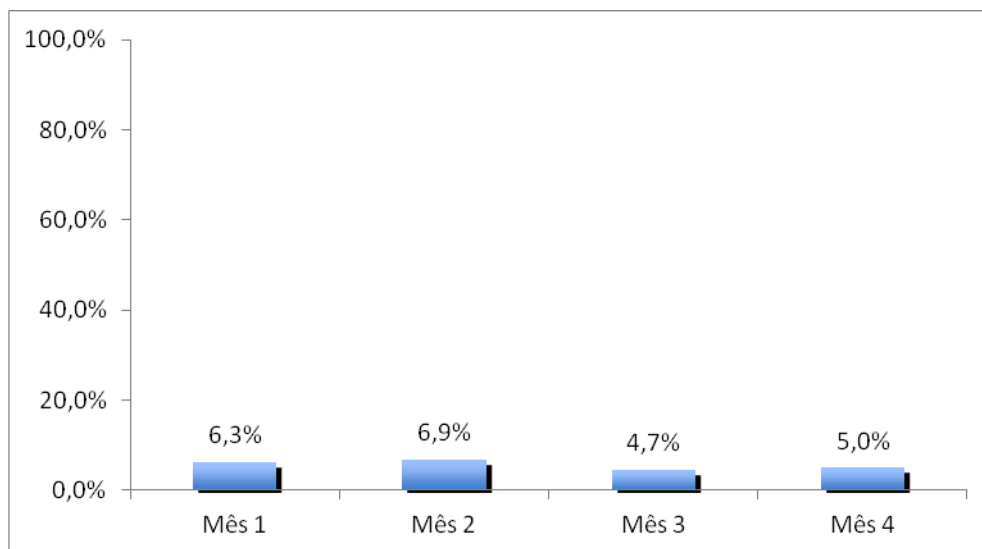


Figura 2 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 15% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Também visando à ampliação da cobertura de atenção foi estabelecida uma meta de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 15% das crianças de 6 a 72 meses de idade das creches focos da intervenção da área de abrangência. Os resultados obtidos foram incertos. Sendo que no primeiro mês de intervenção a cobertura foi de 100%, ou seja, 02 crianças, no segundo mês baixaram para 15,4%, ou seja, 02 crianças, no terceiro mês foram 03 crianças (21,4%) e no quarto mês de intervenção foram 02 crianças (16,7%). Pois apesar de existir duas creches na área não foram visitadas pela equipe de saúde bucal, apenas foram atendidas as crianças, frequentadoras das creches, que visitaram a Unidade de Saúde.

Aqui a falta de profissionais de saúde bucal dificultou a cobertura da população de crianças que frequenta as creches.

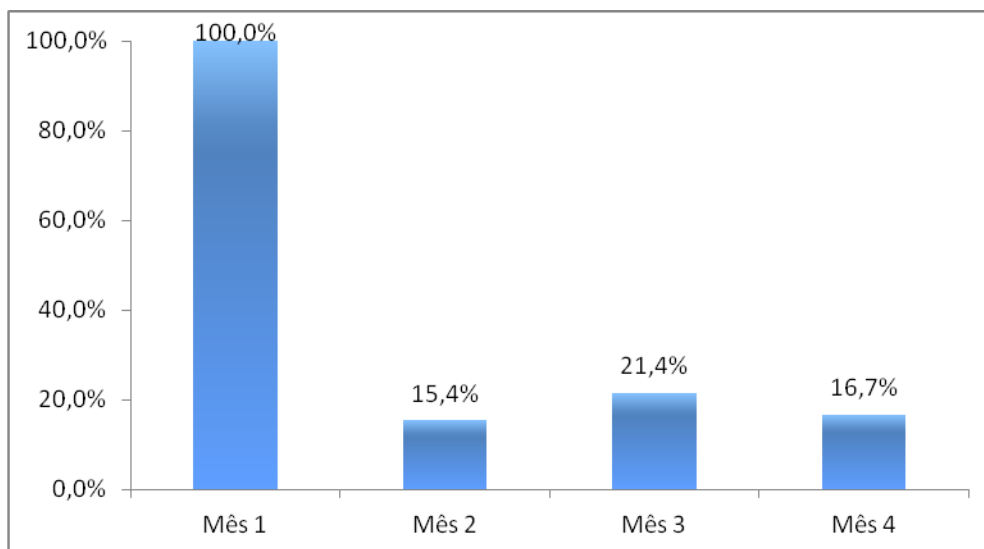


Figura 3 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 20% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Outra das metas trabalhadas para a ampliação da cobertura de atendimento das crianças foi, justamente, a ampliação da cobertura da primeira consulta odontológica para as crianças alvos da intervenção. Esta foi satisfatória, sendo que no primeiro mês foi de 22 crianças, ou seja, 73,3%; no segundo mês foram 37 crianças (68,5%); no terceiro mês foram 48 crianças para (57,8%) e no quarto mês foram 52 crianças para (53,4%). Em geral a meta estabelecida para o período de intervenção foi de 50%, alcançando 53,4% do total cadastrado. Sendo o compartilhamento das agendas entre as diferentes categorias de profissionais uns dos fatores facilitadores no alcance da meta.



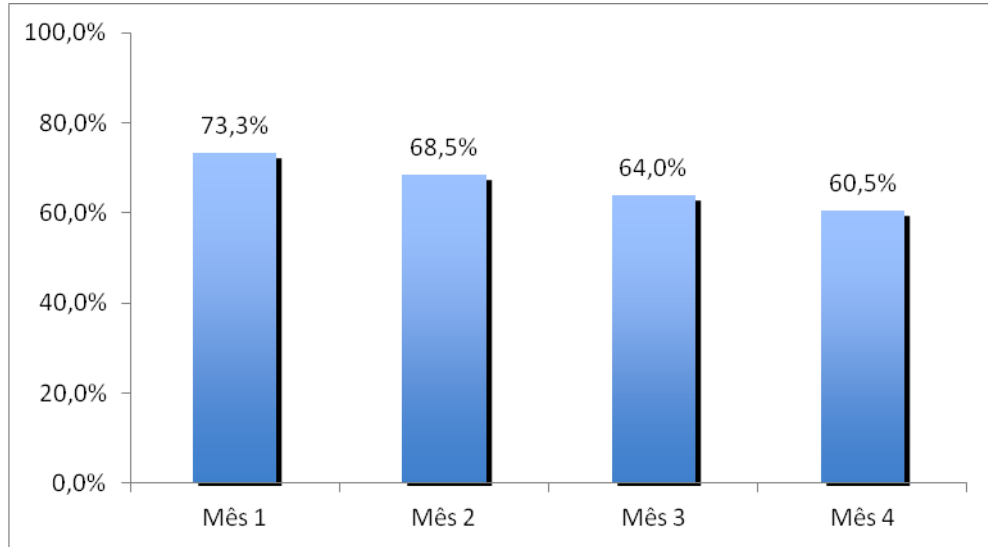


Figura 4 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 90% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

A última meta proposta para alcançar a ampliação da cobertura de atendimento às crianças foi cobrir 90% das crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência que foram classificadas como de alto risco para doenças bucais, sendo que no primeiro mês 14,3% (03 crianças) foram cobertas, 11,4% (04 crianças) no segundo mês, 8,9% (04 crianças) no terceiro mês e 10,2% (05 crianças) no quarto mês. Contudo todas as crianças classificadas como de alto risco (cinco crianças) foram atendidas.

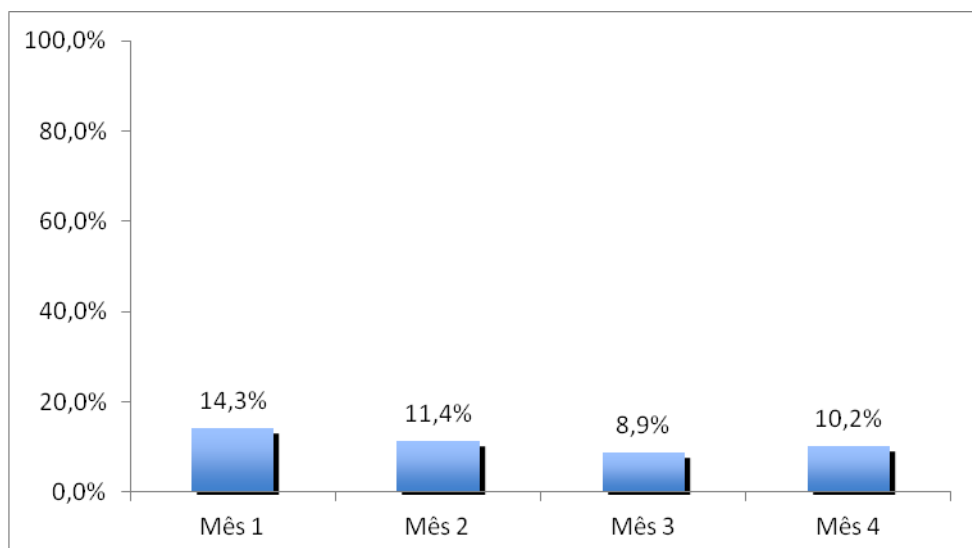


Figura 5 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 6: Fazer busca ativa de 5% das crianças faltosas às consultas.

O segundo objetivo da intervenção faz referência a melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, para tanto era necessário a busca ativa das crianças faltosas às consultas programadas. Não foi possível cumprir com a meta de 5% estabelecida por falta de recursos humanos, ACS.

Meta 7: Fazer busca ativa de 5% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Na mesma situação ficou os resultados em relação à busca ativa das crianças de 6 a 72 meses da área, faltosas, com primeira consulta odontológicas. Sendo o resultado de 0%. Sendo a meta estabelecida em 5%. O objetivo que contribuía com uma melhor adesão ao programa, não foi possível de desenvolver pela falta de ACS, recurso fundamental para o contato com a população geral.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 8: Monitorar o crescimento em 30% das crianças.

Em relação ao objetivo sobre a melhoria da qualidade do atendimento à criança se estabeleceram dez metas: Uma das metas foi o monitoramento do crescimento até 30% das crianças cadastradas no programa, sendo que no primeiro mês foram monitoradas 29 crianças, ou seja, 90,6% do total cadastradas; no segundo mês 94,8% (55 crianças); no terceiro mês a proporção de crianças com monitoramento do crescimento foi de 94,2% (81 crianças) e no quarto mês foi monitorado 92,1% (93 crianças) do total de crianças cadastradas mostrando uma sensível tendência de variação no monitoramento.

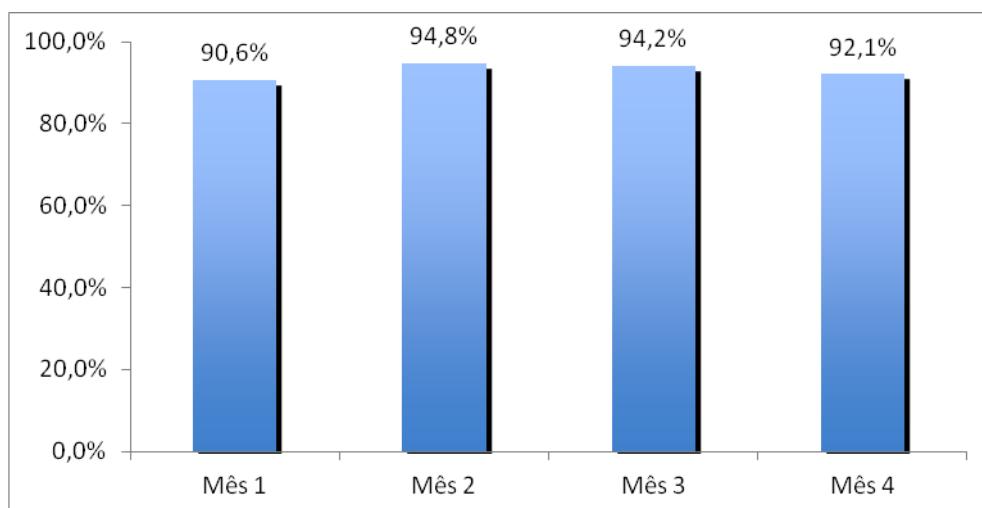


Figura 6 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 9: Monitorar 50% das crianças com déficit de peso.**

Outra das metas que visava a melhoria do atendimento foi monitorar 50% das crianças com déficit de peso. Sendo que no primeiro mês não foram detectadas crianças com déficit de peso, portanto o monitoramento foi de 0%, no segundo mês foi uma criança, o que equivale a 100%, no terceiro mês foi monitorada uma criança (50%) e no quarto mês monitoradas duas crianças (66%).

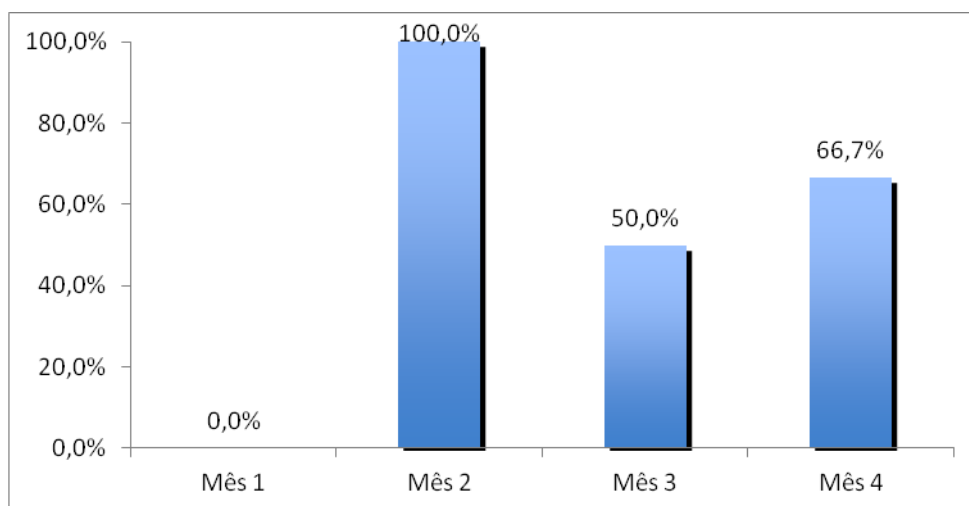


Figura 7 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 10: Monitorar 20% das crianças com excesso de peso**

Monitorar 20% das crianças com excesso de peso foi a terceira meta proposta. Chama a atenção que apesar do sobrepeso ser frequente nos moradores

das comunidades de Alto de Bela Vista e Pé de Areia são poucas as crianças com sobrepeso que visitam a Unidade. Assim, nos quatro meses de intervenção foram registradas três crianças com sobrepeso, sendo que no primeiro, segundo e terceiro mês nenhuma criança foi monitorada (0%). No quarto mês a situação foi monitorada com apenas uma criança (33,3%). A falta de recursos humanos dificultou a busca ativa e acompanhamento das crianças com excesso de peso.

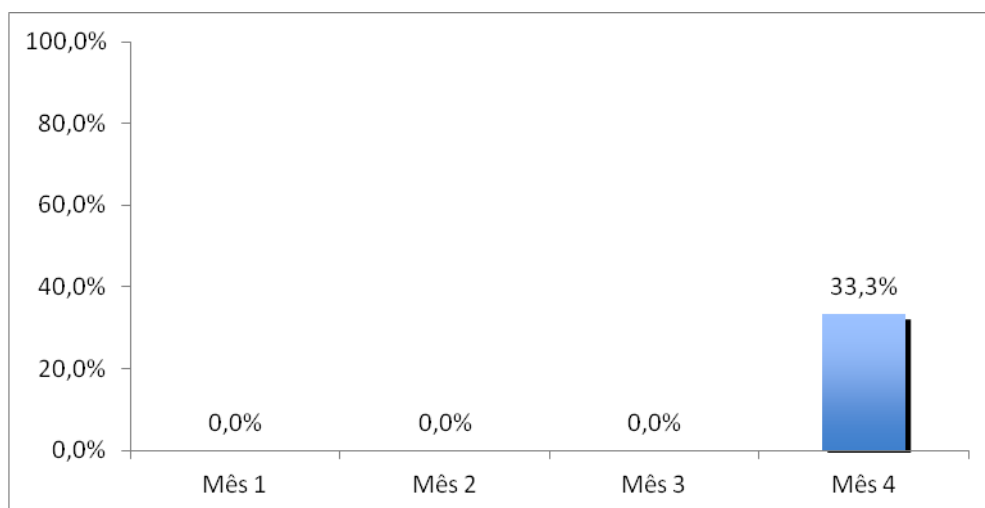


Figura 8 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 11: Monitorar o desenvolvimento em 30% das crianças.**

A quarta meta para melhoria da qualidade do atendimento foi monitorar o desenvolvimento em 30% das crianças. O monitoramento do desenvolvimento das crianças no primeiro e segundo mês foi de 100% (32 e 58 respectivamente) das crianças cadastradas; no terceiro mês a proporção de crianças com monitoramento do crescimento foi de 97,7% (84); e no quarto mês foram monitorado 95% (96) das crianças que ingressaram ao PCS.

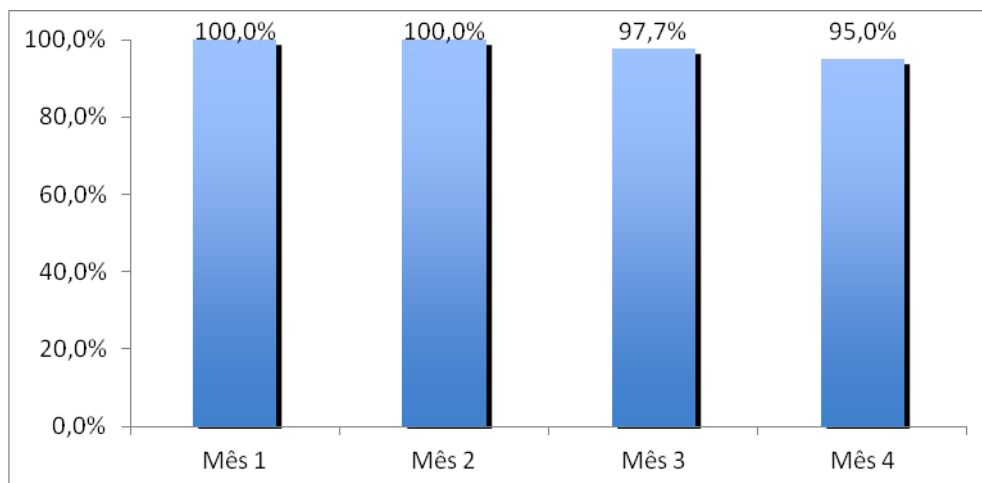


Figura 9 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 12: Vacinar 80% das crianças de acordo com a idade.**

Visando a melhoria da qualidade do atendimento se estabeleceu também, a meta, para todo o período, de vacinar 80% das crianças segundo idade, sendo que durante a intervenção 96% das crianças registradas estavam com vacinas em dia. À vacinação das crianças, se encontrou que no primeiro mês 100% (32) das crianças registradas, estavam com a vacinação em dia, no segundo mês 94,8% (55), no terceiro mês 93% (80) e no quarto mês 87% (88). Um dos fatores que contribuiu para cumprimento do indicador foi o bom desempenho do pessoal técnico.

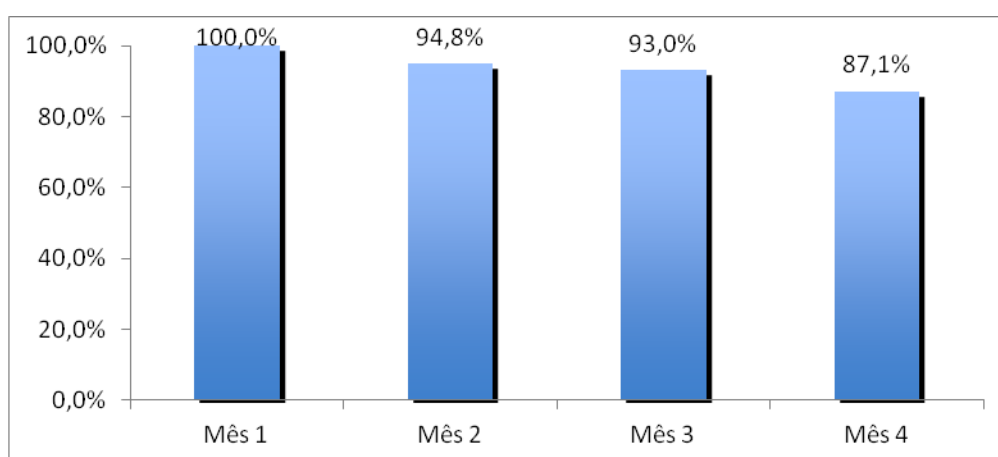


Figura 10 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 13: Realizar suplementação de ferro em 30% das crianças.**

Realizar suplementação de ferro em 30% das crianças foi a sexta meta prevista para alcançar contribuir com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento das crianças cadastradas no Programa. A suplementação do ferro nas crianças foi uns dos resultados importantes no monitoramento da qualidade do atendimento entre seis e 18 meses, pois esta prática era pouco comum na unidade. Assim temos que no primeiro mês de intervenção a proporção de crianças com suplementação de ferro foi de 16,7%, ou seja, uma criança, no segundo mês 42,9%, ou seja, 06 crianças; no terceiro mês diminuiu para 61,9% (13 crianças), sendo que no quarto mês, período de férias do autor e recesso de final de ano a proporção de crianças com suplementação de ferro foi apenas de 34,6%%, ou seja, 09 crianças.

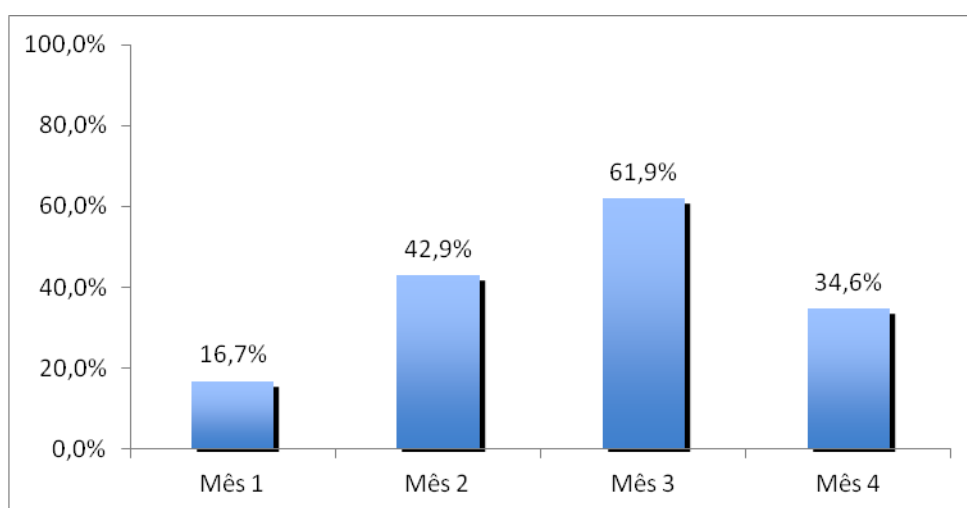


Figura 11 - Proporção de crianças com suplementação de ferro, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 14: Realizar triagem auditiva em 30% das crianças.**

Sendo a triagem auditiva um dos exames preventivos importantes no cuidado das crianças e, por as limitações conhecidas na equipe, foi proposto monitorar 30% das crianças, alcançando em todo o período monitorar 33,7% das crianças. Sendo que no primeiro mês o resultado obtido foi de 56,3% (18) das crianças cadastradas no período, no segundo mês foi de 58,6% (34 crianças), no terceiro mês foi monitorado o 59,3% (51 crianças) e no quarto mês 51,5% (52 crianças) das crianças com triagem auditiva realizada. Esta meta se insere no grupo de ações que ajudariam a melhorar a qualidade de atendimento das crianças.

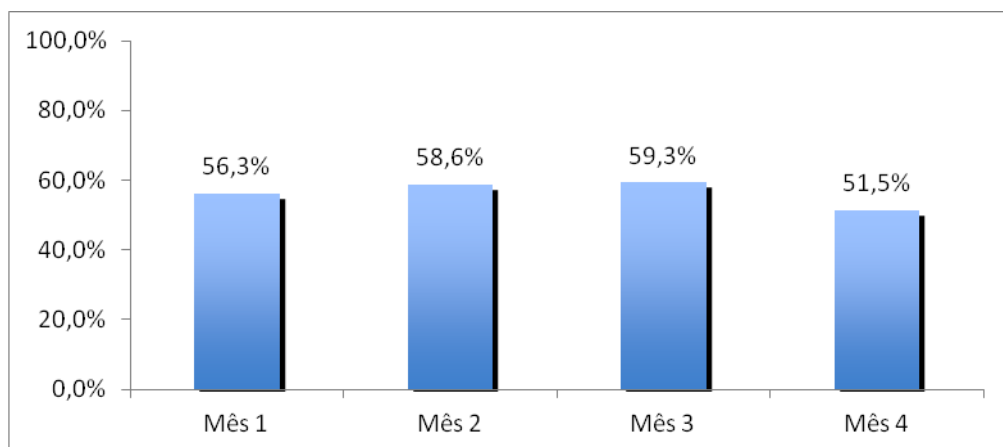


Figura 12 - Proporção de crianças com triagem auditiva no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

#### Meta 15: Realizar teste do pezinho em 80% das crianças até 7 dias de vida

Realizar teste do pezinho em 80% das crianças até sete dias de vida foi a oitava meta considerada útil para a melhoria da qualidade do atendimento. Para cumprir a meta de realizar 80% de teste do pezinho em crianças até sete dias de vida, foram feitos grandes esforços, contudo a percentagem máxima alcançada foi 7,9%, sendo que no primeiro mês foi apenas de 9,4% (3 crianças), no segundo mês 8,6% (5 crianças), no terceiro mês 5,8% (3 crianças) e no quarto mês 7,9% (8 crianças). Foram vários os fatores que dificultaram o cumprimento da meta, entre outros: limitação nos dias de coleta da amostra e deficiência no transporte da amostra, pois só se dispunha de um único dia na semana para transportar as mesmas.

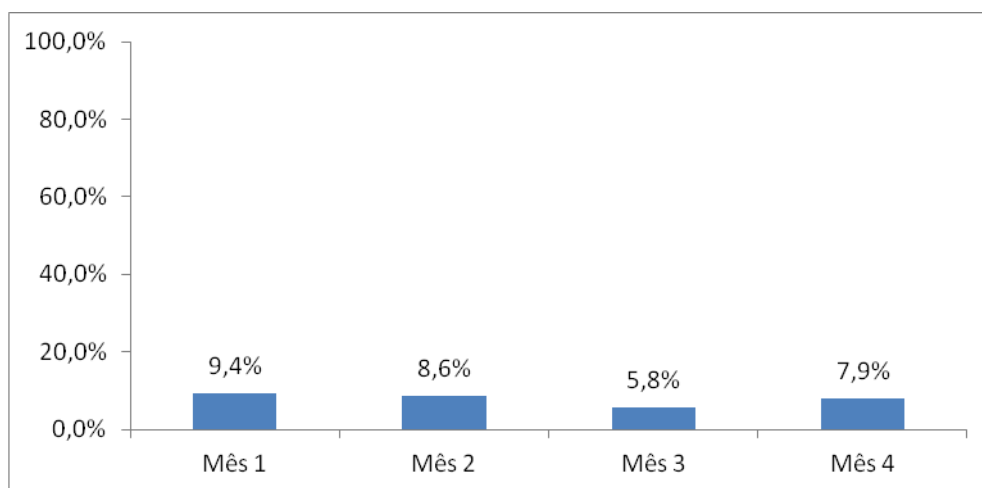


Figura 13 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 16: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 50% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

A realização da escovação supervisionada com creme dental em 50% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores das creches focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde foi também uma meta superestimada no intuito de melhorar a qualidade do atendimento, pois a falta de suficientes profissionais na equipe de saúde bucal foi um grande obstáculo para o cumprimento da meta, sendo os resultados alcançados de 0% no primeiro mês, no segundo mês, 02 crianças foram supervisionadas (18,2%), no terceiro mês o resultado foi mantido e no quarto mês houve um descenso, apenas, uma criança foi supervisionada (10%). A cobertura realmente ficou comprometida, porque, ademais da falta de profissionais nos outros meses, faltou material e transporte para a realização da atividade.

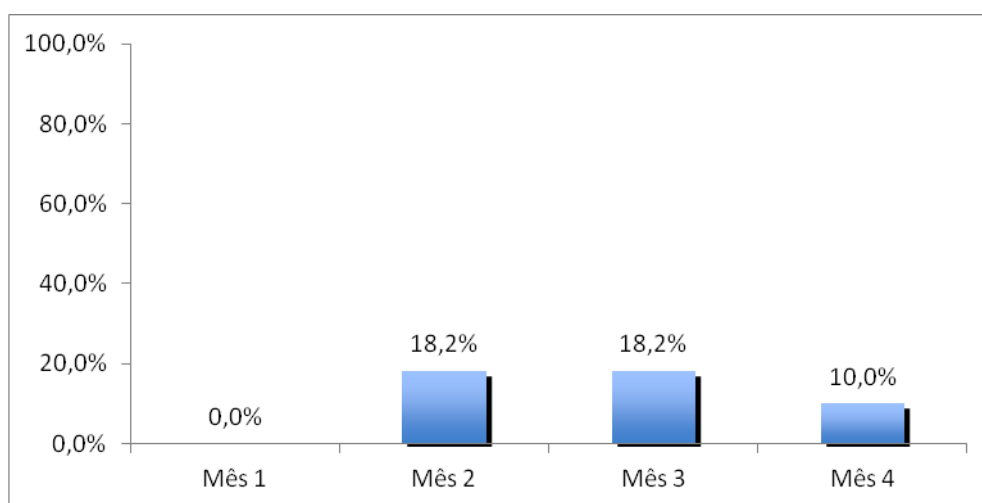


Figura 14 - Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 17: Concluir o tratamento odontológico em 50% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

O cuidado da saúde oral foi a décima e última meta tendente à melhoria da qualidade do atendimento. Os resultados obtidos com a maioria das crianças no cuidado da saúde oral foram satisfatórios quanto a conclusão do tratamento



odontológico. De uma meta esperada de 50% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática se obteve, no primeiro mês 90,5 % (19 crianças), no segundo mês 94,3% (33 crianças), no terceiro mês 95,6% (43 crianças), sendo que no quarto mês, pelas razões já expostas, foi apenas de 91,8% (45 crianças) no final do período.

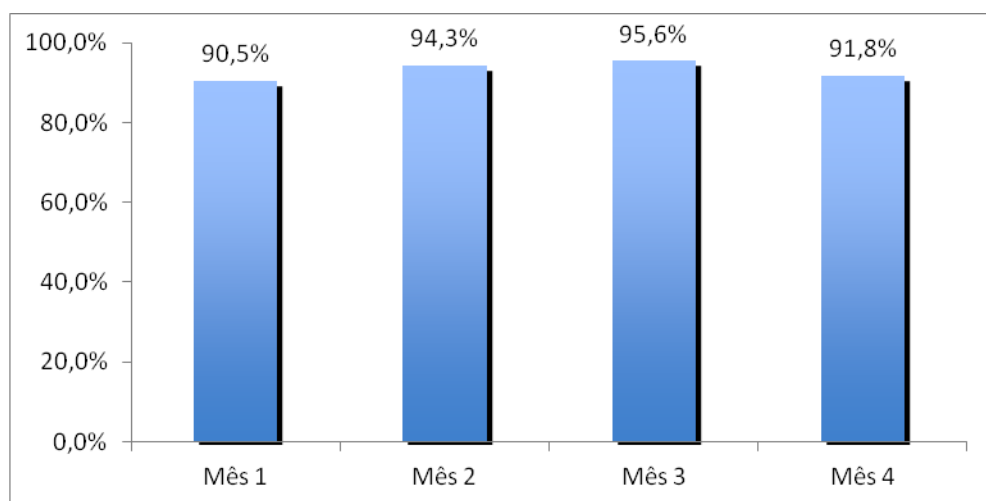


Figura 15 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Melhorar registros das informações foi uns dos objetivos proposto pela equipe de saúde. Manter o registro, na ficha espelho de saúde da criança, atualizado, mesmo, com déficit de pessoal foi um dos grandes desafios durante o processo de intervenção para alcançar a meta de 100%. Conseguindo apenas 40,6% de registros (13 crianças), 41,4% (24 crianças), 36,% (31 crianças) e 35,6% (36 crianças) no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês respectivamente.

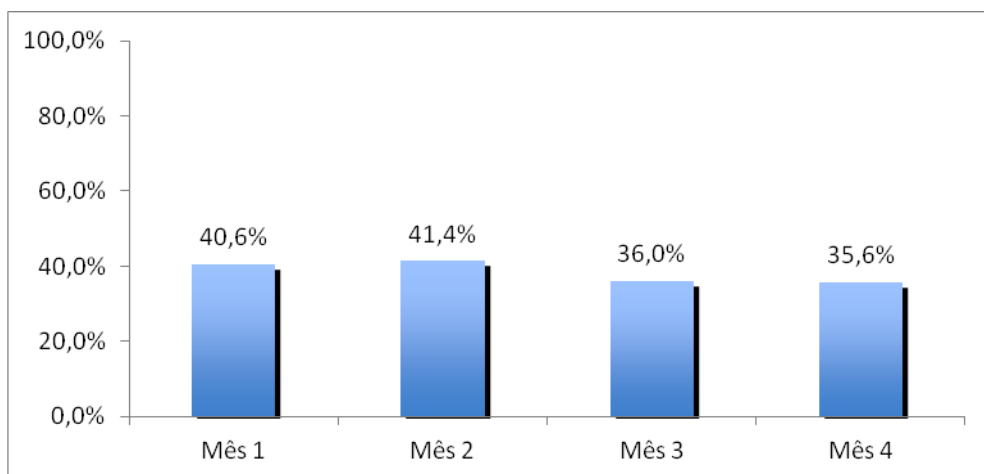


Figura 16 - Proporção de crianças com registro atualizado, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

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

**Meta 19:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência foi uns dos objetivos propostos. A avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa foi também uma das metas importante à alcançar neste objetivo, assim no primeiro mês 100% (32 crianças), no segundo 86,2% (50 crianças), no terceiro 89,5% (77 crianças) e 90,1% (91 crianças) no quarto. Os fatores que influíram nos resultados deste indicador foram as agendas compartilhadas e a modalidade de abordagem coletiva das crianças.

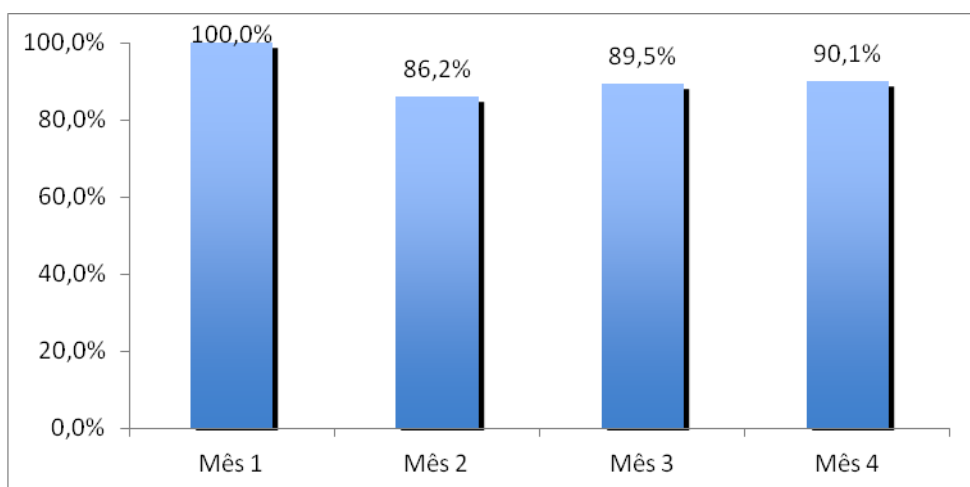


Figura 17 - Proporção de crianças com avaliação de risco, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

### Objetivo 6: Promover a saúde

Meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Promover a saúde, objetivo fundamental na Atenção Primária em Saúde, foi e será uma constante na unidade de saúde de Pé de Areia, as seguintes setes metas que a se descrever forma proposta no intuito de promover a saúde das crianças.

Uma das atividades realizadas com frequência no PCS foram as orientações voltadas à prevenção acidentes na infância, que se bem não conseguimos discutir esse tema com 100% das mães, se obteve resultados importantes. Assim no primeiro mês da intervenção de um total de 32 mães, 78% delas receberam orientação sobre prevenção de acidentes, no segundo mês diminuiu para 75,9% de um total 44 acompanhantes que passaram nesse mês, já no terceiro mês foi 80,2% de 69 mães e no quarto mês teve um descenso para 79,2% das assistentes no período, ou seja, 80 mães de um total de 101).

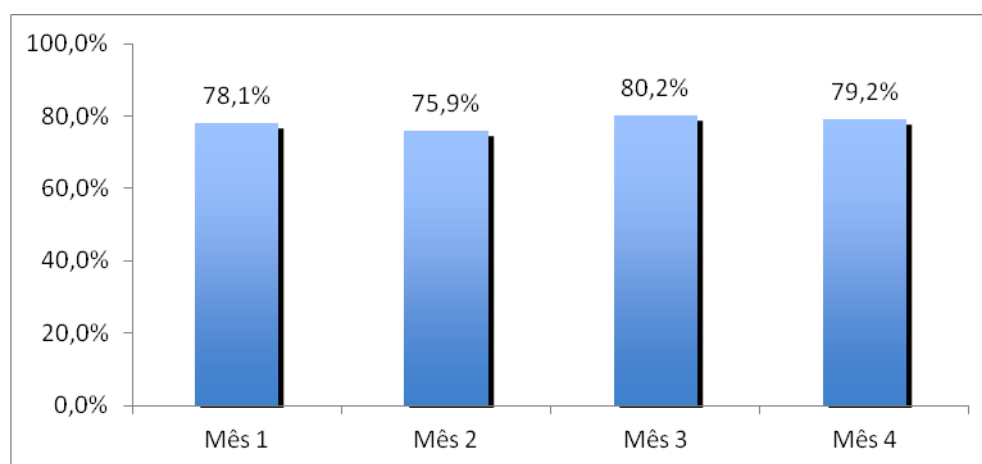


Figura 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 21: Colocar 80% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta foi uma das ações interessantes, dentro da promoção da saúde, para a equipe. Contudo, quantitativamente o indicador não reflete tais ganhos, já que a base de cálculo é o total das crianças e não, apenas, os recém-nascidos. Desse modo, que no primeiro mês da intervenção, o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta foi cinco crianças no primeiro mês, duas crianças no segundo mês, uma

criança no terceiro mês e seis crianças no quarto mês, o que representou 15,6%; 12,1%; 12,8% e 13,9% respectivamente. Sendo que a meta prevista para todo o período foi de 80%, alcançando-se apenas 14%. Este resultado se deve que a maioria dos cadastrados era de crianças com idades superiores a uma semana de vida.

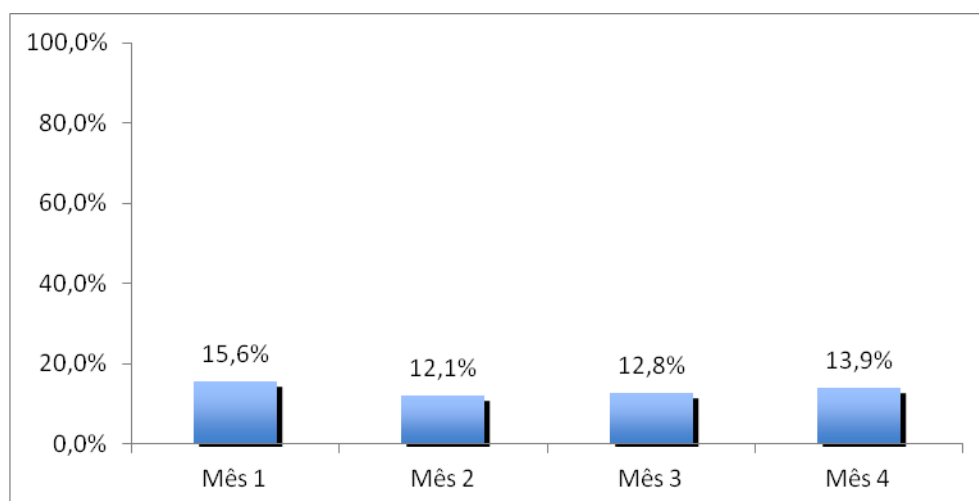


Figura 19 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

**Meta 22:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças que forem atendidas

Igual as atividades sobre prevenção de acidentes, as orientações nutricionais foram realizadas com frequência no PCS, as orientações voltadas a uma alimentação saudável, no intuito de promover a saúde nas crianças. Atingindo um número importante de famílias. Assim: no primeiro mês da intervenção de um total de 32 mães, 81,3% delas recebeu orientação, no segundo mês diminuiu para 77,6% de um total de 45 acompanhantes que passaram nesse mês, já no terceiro mês foi 82,6% de 71 mães e no quarto mês passou a 84,2% das crianças cujas mães receberam orientação nutricional no período, ou seja, 85 mães de um total de 101 crianças cadastradas no período. A meta proposta para os quatro meses de intervenção foi de 30% alcançando 84,2% das mães das crianças cadastradas nesse período. Contribui muito no sucesso da atividade ter assumido como tema permanente a discutir nas seções coletivas.

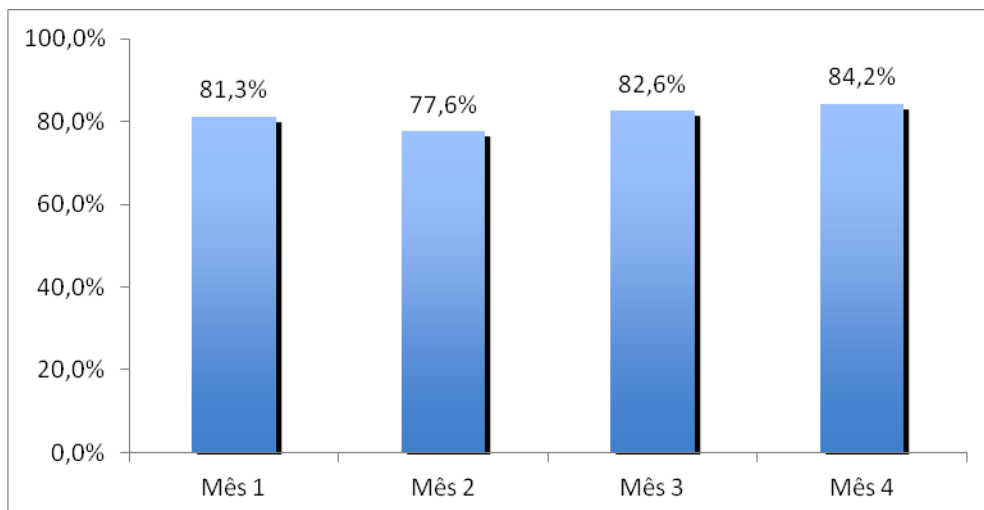


Figura 20 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 50% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Fornecimento de orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para as crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, foi uns dos resultados mais baixos, pois a falta de suficientes profissionais de saúde bucal não permitiu a abordagem dessa população, sendo que no período de intervenção apenas no primeiro mês foram contatadas duas crianças (100%), sendo que no resto do período foi de 15,4%; 14,3 e 16,7%, ou seja, 02 crianças frequentadoras da creche a cada mês. A meta prevista para todo o período de intervenção foi de 50%.

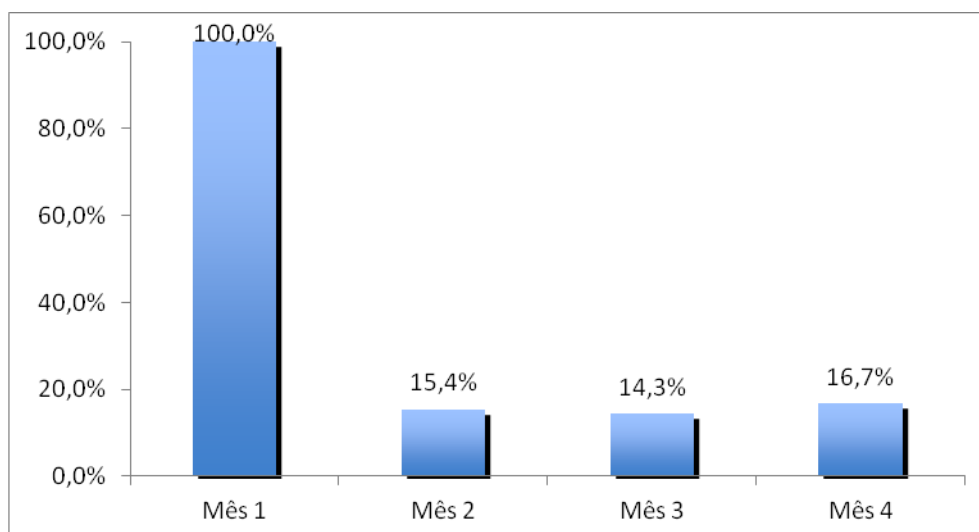


Figura 21 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Entretanto, as orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, teve um melhor resultado, se comparamos com a anterior, ou seja, de uma meta, prevista, de 100% se chegou a orientar sobre saúde bucal a 49,5% do total das mães das crianças cadastradas. Assim: no primeiro mês de intervenção 71,9% de 32 crianças cadastradas, no segundo mês foi 67,2% de 39 crianças, no terceiro mês foi 57% de 49 e no quarto mês teve uma queda para 49,5%, ou seja, 50 de 101 crianças cadastradas no período.

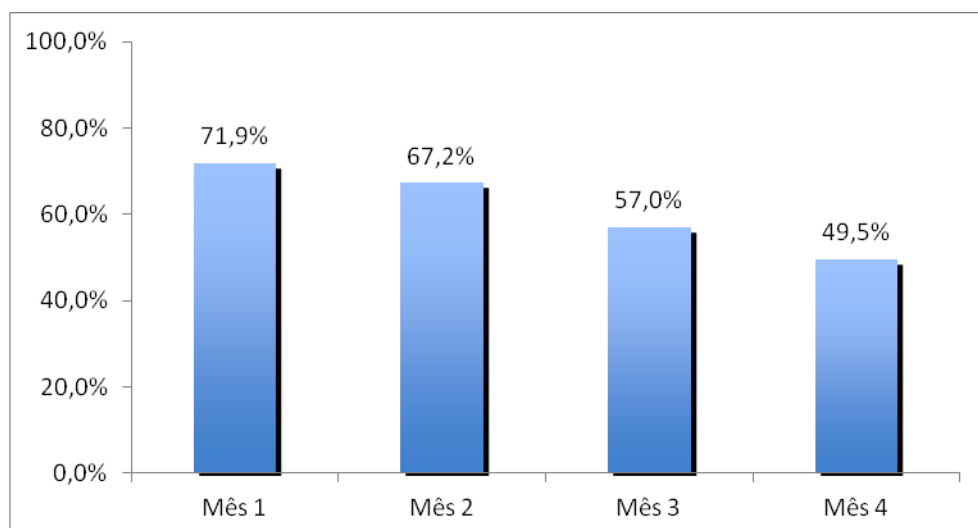


Figura 22 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

As orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para os responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, tiveram os seguintes resultados: no primeiro mês da intervenção foram 78% de um total de 32 responsáveis, no segundo mês 75,9%, ou seja, 44 mães de um total de 58; no terceiro mês foi passado para 65% de um total de 86 acompanhantes e no quarto mês da intervenção baixou para 57,4%, ou seja, 58 de um total de 101 acompanhantes. As orientações sobre o assunto atingiram aproximadamente 76% dos responsáveis das crianças de 100% previsto como meta.

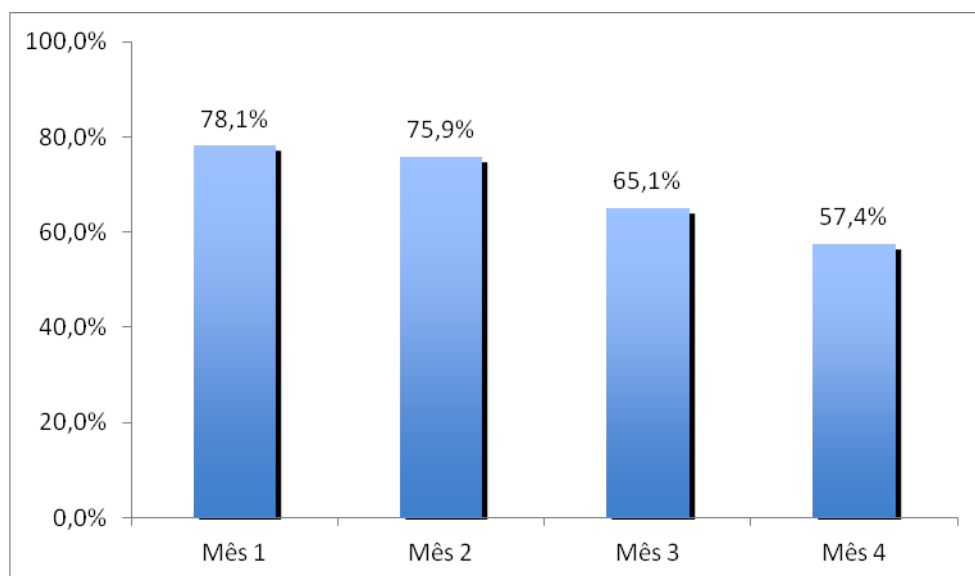


Figura 23 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

Meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 50% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

A orientação nutricional para as crianças frequentadores das creches e seus responsáveis foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde foi muito baixa, 0,0% no primeiro mês, sendo que no segundo mês foi de 30,8%; no terceiro mês 28,6% e no quarto mês da intervenção 33,3%, ou seja, 04 crianças em cada mês. A meta proposta para o período de intervenção foi de 50%, sendo alcançado, apenas, 33,3%.

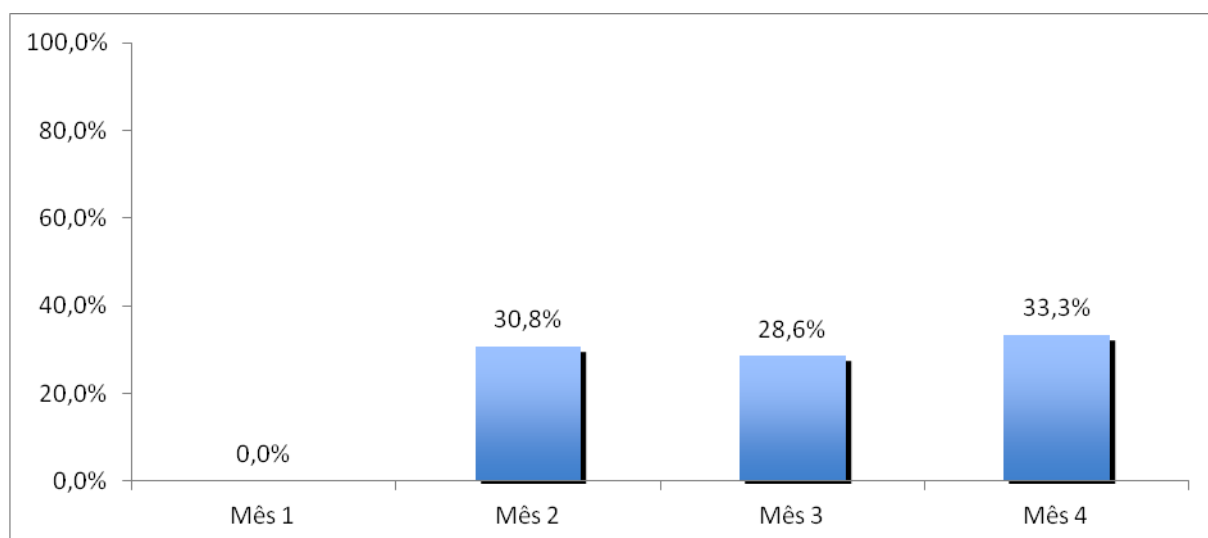




Figura 24 - Proporção de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais, no programa saúde da criança da unidade de saúde família de Pé de Areia, Camaçari-Ba, 2014.

## 4.2 Discussão

Neste capítulo pretendo discutir os resultados mais relevantes alcançados no período da intervenção. Ou seja, analisaremos o que pode significar tais resultados para a população usuária, para os gestores e para as equipes executoras. Para tanto tomarei como fonte o relatado no capítulo de resultados, como também, o descrito nos diários da intervenção.

Uns dos principais resultados alcançados foram os relacionados com a cobertura, sendo que o aspecto quantitativo dos resultados não será destacado tanto quanto os aspectos qualitativos, já que a ausência de registros prévios à intervenção, não permite comparar os resultados. Entretanto, atualmente, podemos medir a proporção de crianças cadastradas, em relação ao total de crianças estimadas na área, podemos diferenciar o cuidado da saúde, do tratamento da doença, estes últimos aspectos tem um significado importante para a equipe, para a comunidade e para a gestão em geral.

Para a população este resultado significa, também, facilidade do acesso aos serviços. Embora que falar apenas de facilidade de acesso é muito pouco, a facilidade de acesso das crianças, evidentemente, foi quantitativa! Sendo que a forma do acesso e a maneira como foram atendidas tem um significado maior. Se, antigamente, o dia da criança representava, para as equipes, um conjunto de práticas em que o cuidado à saúde era substituído pelo tratamento das doenças, de maneira que as crianças tinham que programar o dia em que deveriam adoecer, ou seja, para serem atendidas oportunamente, as mesmas, tinham que adoecer na véspera do dia programado para atendimento; hoje, quando o dia da criança é reservado, principalmente, para crianças “sadias” o atendimento da criança doente não tem dia específico, quer dizer, o acesso das crianças enferma é permanente. É através do acolhimento. Nesse sentido, pode-se afirmar que avançamos muito quanto ao cuidado da saúde das crianças.

Outro resultado de grande significado para a comunidade foi o cuidado da saúde bucal das crianças e da família através das agendas compartilhadas entre as diferentes categorias que interagem no acompanhamento das crianças. Contudo,

tivemos dificuldades para cobrir a população frequentadora das creches, devido à falta de quantidades suficientes de profissionais de saúde bucal.

A participação dos cuidadores (pais e mães) no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento dos seus filhos constitui um fato de muito significado para a família. A discussão entre pares tem sido uma estratégia pedagógica de muita importância. Trata-se de uma relação horizontal de aprendizagem entre os próprios participantes, na qual os técnicos somos, apenas, facilitadores do processo educativo.

O registro de dados de cobertura da população alvo é significativo para as equipes de saúde e para a gestão. Atualmente podemos monitorar as atividades de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças da área. Podemos saber a proporção de crianças visitadas pela equipe na primeira semana de vida, conhecer a relação de crianças que fazem oportunamente o teste do pezinho, que proporção realizou a triagem auditiva e, saber, se as crianças entre seis e 24 meses recebem suplementação de ferro, mas também quantas crianças estão com sobrepeso ou com déficit ponderal. Com os registros destes dados, as equipes conseguem ter um conhecimento mais preciso do estado de saúde da população, que habita na área de influência da Unidade de Saúde.

A educação alimentar recebida pelas famílias acompanhantes das crianças constitui uns dos benefícios de maior importância na perspectiva da promoção da saúde. É através da discussão da alimentação dos menores de seis anos, inclusive dos lactentes que conseguimos orientar às famílias sobre as mudanças de hábito alimentar e a técnica adequada para amamentação.

Em geral, os benefícios obtidos com o projeto permitiram avanços na promoção da saúde, o monitoramento das atividades e subsidiar a avaliação do processo de intervenção. Contudo, os resultados poderiam ser melhores se os gestores tivessem mais presença, quer dizer, se neste momento estivera iniciando o processo de intervenção do projeto, uma das estratégias a acrescentar, seria vender bem o peixe ao gestor.

Um dos ganhos durante o processo da intervenção foi a incorporação do Programa na Unidade. O conjunto de atividades realizadas entorno do cuidado das crianças ficou, totalmente, inserido na rotina das equipes. As manhãs das quintas-feiras as equipes ficam totalmente voltadas para o atendimento das crianças e de seus acompanhantes. Enquanto, uns se encarregam em arrumar a sala com os

tapetes e brinquedos, outro grupo faz o cadastro, outra pega as medidas antropométricas e outro resto conversam com os acompanhantes e avalia as crianças enquanto estas últimas, as crianças brincam animadamente.

### **4.3 Relatório para os Gestores**

O presente texto tem o objetivo de relatar, aos gestores do setor saúde do município de Camaçari, os resultados alcançados pelo “Programa Criança Saudável” (PCS), desenvolvido na Unidade de Saúde da Família de Pé de Areia, no período de quatro meses em, 2013 – 2014, como produto do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de educação à distância, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Prezado Secretário, após cumprimentar vossa senhoria, gostaria de agradecer seu apoio perante UFPel para realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família, mas também agradecer à Diretoria de Atenção Básica e a sua equipe pela confiança depositada às equipes de nossa Unidade. Temos certeza que sem vossa contribuição não tivéssemos alcançado os resultados que hoje nos fazem sentir orgulhoso de fazer parte da Rede de Serviços de Saúde de Camaçari.

Baseado nos dados facilitados pela coordenação de atenção básica foi possível estimar a população de crianças moradoras nas áreas de influência da Unidade, tal estimativa foi o ponto de partida para calcular os indicadores previstos para o monitoramento e avaliação das ações propostas.

Antes de falar sobre os resultados, gostaria de comentar que, apesar de que as equipes sempre registraram os atendimentos relativos ao cuidado das crianças, tais registros referiam-se, apenas, aos rendimentos dos profissionais e técnicos, ou seja, os dados referentes à qualidade do atendimento não eram registrados, sendo impossível, por exemplo, saber a proporção de crianças que se encontravam com sobrepeso ou com déficit ponderal na área. Dessa maneira, a equipe não podia monitorar, nem avaliar o estado de saúde da população alvo do programa.

Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou. Hoje podemos afirmar que a cobertura de crianças atendidas pelo Programa durante o período de intervenção foi de 24,3% (101) de 30% (126) da meta estimada, sendo que no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção a proporção de cobertura foi de 7,6% (32); 13,8% (58); 20,5% (86) e

24% (101) respectivamente, refletindo certa estabilidade na frequência dos usuários ao programa.

Apesar de ter realizado ações coletivas de exame bucal na maioria das crianças na unidade, no âmbito da Creche do bairro, a ação coletiva de exame bucal foi muito baixa no segundo, terceiro e quarto mês 15% (02), 21,4% (3) e 0,0% respectivamente; porém, tal indicador poderia melhorar se dispusesse de mais um profissional de odontologia e se contássemos com maior tempo de disponibilidade do transporte.

Contudo a proporção de crianças com primeira consulta odontológica durante o período de intervenção foi de 60,5% (60) superando a meta estimada em 50%. Sendo que a proporção de crianças classificada com alto risco bucal em relação ao total das cadastradas no PCS foi de 100% (05), é muito provável que pelo estado de vulnerabilidade da população, a proporção de alto risco bucal deva ser maior.

Um resultado, negativo, esperado, devido à quase ausência de Agentes Comunitários de Saúde, foi a busca de faltosos à consulta odontológica, sendo o resultado de 0%. Contrário a esse resultado a proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento foi de 97% (98).

A proporção de crianças com triagem auditiva foi de 51% (52), entretanto, a proporção de crianças, entre zero e 72 meses inscritas no programa, com tratamento odontológico concluído no último mês foi de 93,8% (45).

É importante destacar que 95% (96) das crianças inscritas no programa tiveram avaliação do risco geral.

A proporção de crianças cujas mães receberam orientação de prevenção de acidentes na infância foi de 85% (86) em todo o período de intervenção. Um dado para analisar é o relacionado à vigilância da técnica de amamentação da criança em seus primeiros dias de vida, assim percebemos que menos de 14% (14) das crianças foram colocadas para mamar na sua primeira consulta de puericultura, porém, 89% (90) das mães das crianças inscritas no programa receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária das crianças.

Consideramos que os resultados, apesar de não ser quantitativamente relevante, o fato de, hoje, poder ter dados que permitam fazer tais inferências nos coloca numa posição privilegiada, comparado com o período antes da intervenção.

#### **4.4 Relatório às Comunidades de Pé de Areia e de Alto de Bela Vista**

Gente, bom dia! Todo mundo se lembra de como funcionava o atendimento das crianças nas terças-feiras? Lá nos primeiros meses de funcionamento da Unidade?

Esse dia era conhecido como o dia da pediatria! Lembro-me que nesse tempo, nos corredores da unidade, as mães passeavam de um lado para o outro com as suas crianças no colo, muitas dessas crianças tossindo, com febre ou com caroços na pele, e um pequeno grupo correndo ou brincando dentro e fora da Unidade. E após de aproximadamente duas horas de esperas cansativas, essas mesmas crianças, incomodadas pelo calor, começavam a cantar a sinfonia do choro. Vocês se lembram? Para cada um dos profissionais (médicos e enfermeiros) esses momentos eram angustiantes, porque não conseguíamos avaliar o desenvolvimento da criança devido a que a mesma, quase sempre, estava doente, mas também, nos desesperávamos porque, no corredor, eram muitas crianças chorando e aguardando atendimento. Nesse sentido, não tinha jeito! Tínhamos que dar prioridade ao tratamento da doença, em detrimento do cuidado.

Nessa época, as crianças estavam obrigadas a adoecer nas vésperas das terças-feiras para poderem ser atendidas oportunamente na Unidade, ou seja, qualquer criança que adoecesse qualquer outro dia da semana, teria que esperar até a próxima terça para ter seu problema de saúde atendido. Em outras palavras as crianças tinham que “programar” o dia de adoecer para serem atendidas na Unidade, sob pena de ser encaminhada para o pronto atendimento mais próximo.

Bom, graças a Deus esses tempos passaram! Hoje, apesar de continuarmos com o programa num turno só, esse panorama mudou. As crianças, ao invés de virem em busca de um atendimento médico, para cura de suas doenças, vem à Unidade, na maioria das vezes, alegres, contentes, sem temor, relativamente saudáveis. As mães ou pais trazem seus filhos com a intenção de melhorar sua qualidade de vida e evitar a ocorrência daquelas doenças potencialmente evitáveis, sem, contudo, deixar de ter a segurança de que, em caso de adoecimento inevitável, serão prontamente acolhidas e atendidas por um profissional da Unidade. Dessa

forma, além de acompanharmos o crescimento e desenvolvimento das nossas crianças, transformamos este dia tão especial, o dia da criança, num momento de descontração, diversão, tranquilidade e informação. Contribuindo, assim, na formação de um novo cidadão.

Bom! E porque desse relato à comunidade de Bela Vista e de Pé de Areia?

Caros usuários, nós, profissionais desta Unidade de Saúde, sentimos a obrigação de alertar a cada um de vocês com relação às mudanças acontecidas em nosso atendimento. Percebam que antes de início do “Programa Criança Saudável” o cuidado da saúde da criança era substituído pelo atendimento da doença. Hoje, mesmo que continuamos atendendo às crianças doentes, temos um espaço reservado para cuidar a saúde desse pequeno cidadão. Ultimamente o nosso serviço está mais organizado, graças aos ensinamentos facilitados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas.

Contudo, consideramos, ainda, que com a chegada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o programa beneficiará a uma quantidade maior de crianças, podendo formar grupos de mães, que junto às equipes acompanhem o crescimento e desenvolvimento das crianças até a vida adulta. Com a cobertura de Agentes Comunitários em toda a área, podemos convidar grupos de crianças da mesma faixa etária por ruas ou por microáreas por semana, até avaliar todas as crianças do bairro. Realizar atividades lúdicas por ruas, tendo como centro as crianças.

Por fim gostaríamos de agradecer a toda a comunidade a confiança depositada às equipes de Pé de Areia e de Bela Vista no cuidado de seus filhos, Muito Obrigado.

## **5 Reflexão crítica sobre meu processo de aprendizagem**

Aprendi que é possível sim! Desenvolver verdadeiros processos de aprendizagem a distância.

É uma realidade que todos temos em comum experiências e conhecimentos acumulados em distintas áreas do saber. E mesmo, tendo conhecimento nas mesmas áreas os mesmos se encontram em níveis distintos de conhecimento. Seguindo esse raciocínio no curso de especialização o meu aprendizado não foi apenas sobre os conteúdos propostos pelo curso, meu aprendizado foi além desses objetivos.

Eu aprendi, também, a valorar mais, ainda, a importância dos currículos no contexto acadêmico, aprendi que quando a grade curricular é coesa com os objetivos do curso e os facilitadores estão em sintonia, a aprendizagem se faz muito mais fácil. Contudo, considero, ainda, que um dos fatores não superados pelos cursos, em que tenho participado, bem como discente ou como docente, é flexibilizar pedagogicamente o tempo individual de aprendizado do aluno.

Uma das estratégias de aprendizagem que gostei muito foram os estudos de prática clínica, achei muito práticos e efetivos para a revisão de assuntos em que tínhamos dificuldades, porém o tempo que disponha para desenvolver a revisão e fazer o resumo sempre foi pouco e em consequência disso ficaram muitos estudos de práticas sem realizar.

Pelo contrário, a estratégia que me pareceu pouco efetiva foi o fórum, nele, o diálogo ou debate não fluía. Cada participante do fórum ficava escondido em seu cantinho. As provocações feita para o debate não motivou suficientemente aos participantes. Então, eu acabei na rotina de fazer a minhas colocações para mim mesmo, porque sabia que não teria resposta dos colegas.

Quando conheci a proposta do curso, percebi, logo, que o processo de aprendizagem seria facilitado. O fato de ir construindo, aos poucos, o projeto de

intervenção permitiu, não apenas, conhecer os temas contidos, como também entender a lógica de construir um processo de intervenção. Para mim o processo de aprendizado foi dando-se de forma gradual e na medida em que o discutido se aplicava à prática cotidiana. Foi uma experiência muito válida que ajudou a melhorar minha prática profissional. Meu aprendizado foi além dos objetivos propostos pelos organizadores. Muito obrigado!



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. Collor. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

**ANEXOS**



### Anexo B- Planilha de Coleta de Dados

**Recortar** **Colar** **Área de transferência**

**Calibri** 11 A A N I S Pincel de Formatação

Fonte: N I S Pincel de Formatação

Alinhamento: Centralizar

Estilo: Tabela - Célula

Células: Inserir Excluir Formatar

Edição: Autôsooma, Preencher, Limpar, Classificar e Filtrar, Localizar e Selecionar

	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1</b>																		
1	Dados para coleta	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança fez a primeira consulta no local onde mora na primeira semana de vida?	A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança falou à consulta agendada?	Foi realizada busca ativa para a criança falosa à consulta?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas às crianças falosas às consultas odontológicas	A criança está com o excesso de peso monitorado em dia?	A criança está com o excesso de peso monitorado em dia?	A criança está com o excesso de peso monitorado em dia?	A criança está com o excesso de peso monitorado em dia?	A criança está com o excesso de peso monitorado em dia?
2	Orientação de saúde	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Nenhuma 1 - Sim	0 - Nenhuma 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
3	Quantidade de crianças cadastradas																	
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

