

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – EAD**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS de Novo Horizonte, da zona rural do município de São Miguel do Gostoso/RN

Clara dos Santos Leal Costa

Pelotas, 2015

Clara dos Santos Leal Costa

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS de Novo Horizonte, da zona rural do município de São Miguel do Gostoso/RN

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Danyella da Silva Barreto

Pelotas, 2015

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

C837m Costa, Clara dos Santos Leal

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS de Novo Horizonte, da zona rural do município de São Miguel do Gostoso/RN. / Clara dos Santos Leal Costa; Danyella Da Silva Barreto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

132 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Barreto, Danyella Da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram deste grande ano de 2014, e que construíram comigo uma nova visão de mundo para minha vida.

Agradecimentos

Ao Martim, meu companheiro de vida e meu grande amor, por ter embarcado de corpo e alma comigo na aventura de viver em São Miguel do Gostoso, por acompanhar e amparar cada passo meu, e por fazer cada dia da minha vida mais feliz.

Aos meus pais Tita e Zeca, fonte eterna de inspiração, amor incondicional, que me ensinaram a caminhar sozinha na vida e no mundo, e que estão sempre próximos apesar de toda e qualquer distância.

Aos meus irmãos Maria e Lucas, meus dois queridos e amados amigos, que compartilharam comigo grandes marcos da minha vida com fraterno amor.

À minha avó Vera, minha querida, que sempre acreditou em mim e esteve ao meu lado.

À Elizangela, que mais que minha enfermeira tornou-se minha amiga, e por quem nutro eterna gratidão pelo acolhimento, apoio e carinho.

À Equipe Serra Verde - Elizangela, Junior, Izabel, Andrielly, Canindé, Graça, Chico, Adriano, Maninho, Dalva e Rozinha -, por crescerem comigo, por mudarem minha vida e minha visão de mundo, pelo acolhimento, paciência e apoio. Construimos muito juntos, e admiro muito cada um de vocês.

Aos meus padrinhos, Tia Paulinha e Tio Fera, pela inspiração na medicina e pelo apoio sempre presente.

À minha orientadora Danyella da Silva Barreto, por todo apoio e dedicação, pelo acolhimento e pelo carinho, que apesar de ter sido apenas em ambiente "virtual" tem lugar especial em minha vida.

À Letícia Becker, minha primeira orientadora no curso, por sua crença e luta por um sistema de saúde justo, e pelo carinho.

À UFPel, pela oportunidade da especialização em Saúde da Família, pela didática e organização.

À secretária de saúde de São Miguel do Gostoso, pela hospitalidade e pelo apoio na intervenção.

Aos meus amigos queridos que vieram me visitar em São Miguel do Gostoso durante o ano de 2014, encurtando as distâncias e tornando meus dias mais alegres e coloridos.

Aos amigos, também queridos, que não puderam fazer uma visita, mas que

estiveram presentes em meus pensamentos.

Aos amigos que fiz em São Miguel do Gostoso, por terem feito deste ano de 2014 tão especial.

*"Se recordo quem fui, outrem me vejo,
E o passado é o presente na lembrança.
Quem fui é alguém que amo
Porém somente em sonho.
E a saudade que me aflige a mente
Não é de mim nem do passado visto,
Senão de quem habito
Por trás dos olhos cegos.
Nada, senão o instante, me conhece.
Minha mesma lembrança é nada, e sinto
Que quem sou e quem fui
São sonhos diferentes."*

Fernando Pessoa

Lista de Figuras

Figura 1:	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na UBS	88
Figura 2:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	90
Figura 3:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do crescimento	91
Figura 4:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento	92
Figura 5:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	93
Figura 6:	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 24 meses recebendo suplementação de ferro	94
Figura 7:	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 59 meses recebendo megadose de vitamina A	95
Figura 8:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva	96
Figura 9:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida	97
Figura 10:	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses que receberam avaliação de NAO	98
Figura 11:	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira COP	98
Figura 12:	Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança	99
Figura 13:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado	100
Figura 14:	Gráfico indicativo da proporção de crianças com	101

avaliação de risco

- Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes 102
- Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de vida 103
- Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária 104
- Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie 105
- Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência entre 6 e 72 meses com COP 106
- Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído 107

Resumo

COSTA, Clara dos Santos Leal. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS de Novo Horizonte, da zona rural do município de São Miguel do Gostoso/RN.** 2015. 132f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A saúde da criança é uma das ações programáticas típicas da atenção primária à saúde (APS), sendo a puericultura uma importante ferramenta para a redução da morbimortalidade infantil e para o desenvolvimento de ações longitudinais e integrais na infância. Este trabalho é resultado de uma intervenção, realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Novo Horizonte, na zona rural de São Miguel do Gostoso (SMG)/Rio Grande do Norte (RN), no ano de 2014. Após uma análise situacional da área, observou-se graves problemas na atenção à saúde da criança de zero a 72 meses (0-72m) com uma cobertura estimada de 53,6% na puericultura e de cerca de 20,0% na odontologia. O objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde da criança na área, através de objetivos específicos, a saber: ampliação da cobertura do programa de saúde da criança; melhorar a qualidade do atendimento; melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança; melhorar o registro das informações; mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência; promover a saúde das crianças; ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança; melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares; melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal; melhorar o registro das informações; promover a saúde bucal das crianças. Cada objetivo específico apresentava uma série de metas relacionadas e pré estabelecidas, que nortearam ações desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos do curso (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), visando contemplar as diretrizes do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Foi criada uma ficha espelho individual para sumarizar as informações de saúde (inclusive odontologia) das crianças com as curvas de crescimento e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, cujas informações alimentaram planilhas de coleta de dados, a partir das quais foram gerados indicadores para cada ação desenvolvida, que foram comparados ao final com as metas. Ao final da intervenção, verificou-se aumento da cobertura da puericultura para 90,0%, superando a meta proposta. As metas de qualidade da assistência não foram alcançadas, mas a maioria apresentou padrão ascendente; observou-se que 2,8% das crianças tiveram a primeira consulta na primeira semana de vida; 66,7% das crianças (incluindo todas as com déficit e excesso de peso) estavam com monitoramento do crescimento, valor também observado para o monitoramento do desenvolvimento; 83,3% das crianças estavam com vacinação em dia, 100,0% recebendo suplementação de ferro, 29,6% recebendo suplementação de vitamina A, 36,1% haviam realizado a triagem auditiva, e 8,3% fizeram o teste do pezinho na primeira semana de vida; 46,9% das crianças de 6-72m tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (NAO) e realizaram primeira consulta odontológica programática (COP). Quanto à adesão, houve busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas de puericultura. Quanto aos registros e à avaliação de risco, o padrão foi ascendente, com 66,7% das crianças apresentando os registros atualizados e avaliação de risco em dia. As metas de promoção à saúde não foram alcançadas, mas mostraram padrão ascendente, com 66,7% das crianças com orientações sobre

prevenção de acidentes e nutrição, 52,8% colocadas para mamar na primeira consulta, e 83,3% recebendo orientações sobre higiene bucal e cárie dentária. Quanto às metas de avaliação de risco, a cobertura de COP para crianças de 6-72 foi de 46,9%, superando a meta proposta. 100,0% das crianças avaliadas tinham NAO, das quais todas realizaram COP, porém apenas 60,0% concluíram o tratamento. 100,0% das crianças faltosas às COP foram buscadas; não houve tratamento continuado porque o consultório estava em manutenção. 100,0% das crianças estavam com os registros atualizados, receberam orientações sobre higiene bucal, dieta, e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Embora a maior parte das metas não tenha sido atingida, o padrão ascendente foi a regra, mostrando grande potencial de incremento dos indicadores com a continuidade da intervenção. Além disso, o principal objetivo do trabalho, de melhorar a assistência à saúde da criança de 0-72m, foi alcançado. A conclusão do trabalho é de que a APS apresenta grande potencial de modificar o panorama de saúde da população através da implementação de ações simples, de baixa densidade tecnológica. Além disso, é fundamental haver planejamento e monitoramento periódico das ações desenvolvidas, para adaptá-las às diferentes circunstâncias.

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

Lista de abreviaturas/siglas

Agente comunitária de saúde - ACS
Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B - HBsAg
Antígeno prostático específico - PSA
Atenção primária à saúde - APS
Bacillus Calmette-Guérin - BCG
Caderno de ações programáticas - CAP
Centro de especialidades odontológicas - CEO
Consulta odontológica programática - COP
Crescimento e Desenvolvimento - CD
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS
Diabetes mellitus - DM
Elementos anormais e sedimentos urinários - EAS
Ensino à distância - EAD
Equipe de saúde da família - eSF
Estratégia de saúde da família - ESF
Exame parasitológico de fezes - EPF
High Density Lipoprotein - HDL
Hipertensão arterial sistêmica - HAS
Hipertensão e Diabetes - HiperDia
Human Immunodeficiency Virus - HIV
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Instituto Nacional do Câncer - INCA
Miligramas - mg
Ministério da Saúde - MS
Necessidade de atendimento odontológico - NAO
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF
Planilha de coleta de dados de saúde bucal - PCDSB
Planilha de coleta de dados de saúde da criança - PCDSC
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB
Programa Nacional de Imunização - PNI
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -

PMAQ

Programa Saúde na Escola - PSE

Recém nato - RNt

Rio de Janeiro - RJ

Rio Grande do Norte - RN

Rio Grande do Sul - RS

São Miguel do Gostoso - SMG

Sistema de Informações em Atenção Básica - SIAB

Sistema de Regulação - SISREG

Sistema Único de Saúde - SUS

Trabalho de conclusão de curso - TCC

Transaminase glutâmico oxalacética - TGO

Transaminase glutâmico pirúvica - TGP

Unidade Básica de Saúde - UBS

Unidade de Saúde Mista - USM

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Venereal Disease Research Laboratory - VDRL

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	16
1 Análise Situacional	17
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	17
1.2 Relatório da Análise Situacional	20
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	36
2 Análise Estratégica	38
2.1 Justificativa	38
2.2 Objetivos e metas	41
2.3 Metodologia	43
2.3.1 Detalhamento das ações	43
2.3.2 Indicadores	59
2.3.3 Logística	65
2.3.4 Cronograma	73
3 Relatório da Intervenção	74
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	74
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	81
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	84
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	85
4 Avaliação da intervenção	88
4.1 Resultados	88
4.2 Discussão	108
4.3 Relatório da intervenção para gestores	112
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	115

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	119
Bibliografia	122
Anexos	123
Anexo 1 - Ficha espelho	124
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	126
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	128
Apêndices	129
Apêndice 1 - Ficha espelho modificada	130
Apêndice 2 - Tabelas dos marcos do desenvolvimento	131
Apêndice 3 - Planilha de coleta de dados de puericultura modificada (com vitamina A)	132

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade Ensino à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança de zero a 72 meses, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Novo Horizonte, do município de São Miguel do Gostoso (SMG), no Rio Grande do Norte (RN). O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês abril de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise Situacional

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

Estou trabalhando no município de SMG, no RN. Integro a equipe de saúde da família (eSF) Serra Verde, que atende cerca de 10 distritos da zona rural, afastados da área urbana e, por tanto, dos (poucos) serviços em saúde existentes.

Apesar de existir, para o Ministério da Saúde (MS), somente o registro de um único estabelecimento como UBS do nosso território, localizado no distrito de Cruzamento (atualmente em obras), a população dos distritos vizinhos a este reclamou atendimento descentralizado, devido às dificuldades para locomoção entre os povoados, distantes uns dos outros. Sendo assim, cada dia da semana minha eSF - junto com os materiais e insumos básicos - é transportada para atender a população de um distrito diferente. Há os que dispõem de infraestrutura mínima para o trabalho, com consultórios individuais, sala de espera, consultório odontológico, copa, sala de medicação, banheiros para funcionários e para os pacientes. Mas há também os distritos que sequer dispõem de postos de saúde, nos quais em geral atendemos em escolas. Há dois distritos em especial em que não há posto de saúde ou escola disponíveis, sendo o atendimento feito na casa de usuários que eventualmente as cedem para uso da eSF, ou exclusivamente através de visitas domiciliares.

Por ser de um estado onde a APS vem recebendo grandes investimentos – Rio de Janeiro (RJ) –, já experimentei realidades bastantes diferentes em se tratando de unidades básicas de saúde. O modelo da Clínica da Família está longe de representar a realidade dos interiores do Brasil, especialmente do Nordeste, onde me encontro atualmente. De certo que é possível atender a população com dignidade sem muitos requintes, mas a vivência deste outro panorama da saúde pública brasileira tem sido algo particular, enriquecedor e ao mesmo tempo árduo.

Cada distrito apresenta uma realidade situacional distinta. Nossa UBS sede localiza-se no distrito de Cruzamento, mas por estar em reforma, foi temporariamente substituída pela UBS de Novo Horizonte, a qual foi recentemente submetida à avaliação pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Lá, temos disponíveis consultório médico com mesa, cadeiras e uma maca simples, com colchão e lençol (papel ou pano). Na sala da enfermeira, há mesa ginecológica e armário de ferro e vidro também. Nesta

UBS dispomos também de consultório odontológico, equipado com equipo odontológico, cadeira odontológica - em manutenção -, materiais de saúde bucal, uma mesa, cadeiras básicas para atendimento e paciente, e armário de ferro.

Como atuamos nos distritos da zona rural, nosso horário de trabalho é corrido, sem divisão em turnos. Meu processo de trabalho nos distritos baseia-se no atendimento de usuários agendados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos que chegam em caráter de demanda livre, além de cerca de duas visitas domiciliares por dia. Tenho enfatizado, durante as reuniões da eSF, a necessidade de atendermos os estratos populacionais específicos que requerem maior cuidado – usuários do programa de hipertensão/diabetes (HiperDia), Puericultura, Saúde da Mulher, Idosos, Saúde Mental - de modo periódico, e não apenas nas agudizações dos casos, como ocorre. Tento fazer um trabalho, especialmente com os ACS, estimulando a ideia e a prática da promoção de saúde e prevenção de agravos, em substituição ao modelo assistencialista no qual o paciente procura a eSF quando se sente doente – vigente em meu território e, creio, na maior parte do Brasil.

Além de mim, representando a médica, integram a eSF uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário e seis ACS. Somos todos bastante diferentes, com atribuições distintas mas ao mesmo tempo complementares, o que caracteriza a atenção multidisciplinar da ESF. Já vivemos situações um pouco delicadas entre nós, mas que se resolveram com esclarecimentos e conversas. Percebo que o fato de sermos uma eSF itinerante acarreta uma convivência muito mais intensa, com uma maior união, companheirismo e noção de coletividade. Compartilhamos as situações mais difíceis, como a falta de estrutura física para o atendimento, mas buscamos encontrar sempre uma solução que seja conveniente e justa para todos. Nos ajudamos muito, de maneira mútua; nesses primeiros meses de contato com a comunidade, constato que é fundamental a coesão da eSF para que o trabalho ocorra com maior resolutividade, eficiência e harmonia. Os ACS, nosso elo com a comunidade, não convivem diariamente conosco; há cerca de um ACS para cada dois distritos, e por isso os encontros com a eSF completa limitam-se às reuniões mensais.

Essa frequência de reuniões tão baixa é algo que muito me incomoda, especialmente no caso da minha eSF em que a comunicação com os ACS e consequentemente com a comunidade é mais distante, espaçada por longos

períodos de tempo. É difícil acompanhar, por exemplo, crianças de baixo peso sem ao menos conversar com os ACS sobre estes casos semanalmente; também fica prejudicada a passagem de situações particulares de cada distrito para a eSF, já que em nossa reunião mensal há tanto a ser discutido/solucionado. Já conversei com os membros da minha eSF a esse respeito, e todos concordam que as reuniões deveriam ser ao menos quinzenais, havendo inclusive relatos positivos de interação entre os profissionais da eSF quando eram semanais. A discussão deste tema com a gestão e com a coordenação da atenção básica já ocorreu algumas vezes, mas a postura dos superiores é irredutível, com supervalorização do assistencialismo em detrimento das atividades de planejamento e diálogo, representadas também pelas reuniões de eSF.

Os usuários do território são pessoas extremamente humildes. Há uma parcela significativa de analfabetos, o que impõe limitações tanto ao autocuidado quanto ao entendimento das orientações feitas pelos profissionais da eSF. Os recursos são limitados dos dois lados: não há disponibilidade, por parte do serviço, de muitos exames complementares nem de medicamentos básicos; por parte dos usuários, o reflexo da pobreza e falta de informação reside nos hábitos de vida precários – alimentação, higiene, vestimenta. Apesar de, e até devido à escassez de recursos a serem oferecidos, os usuários apresentam uma postura extremamente dependente de nós, profissionais de saúde, e mais que isso, dos exames complementares. Aqui, é forte a cultura dos “exames de rotina”; há muitos usuários que se sentam e começam a consulta falando: “Doutora, quero que a senhora peça para mim uma endoscopia, pois eu tenho gastrite”, mesmo que não tenham diagnóstico confirmado de síndrome dispéptica, tampouco indicação de investigação complementar. É um processo trabalhoso convencê-los de que os exames complementam, porém nunca substituirão a anamnese e o exame físico, mas tenho procurado me empenhar para ganhar sua confiança, partilhando a decisão da conduta com cada um dos usuários que atendo.

Apesar de todas estas dificuldades, me senti e me sinto muito bem acolhida por todos os membros da minha eSF, e bem recebida pelos usuários, que apesar de terem uma formação educacional formal precária, sabem valorizar um atendimento personalizado e a atenção despendida. Em um dos primeiros dias de trabalho, uma paciente virou-se para mim: “Mas já é outra doutora? Gostei muito da senhora, pena que vai embora logo. *É tão ruim para a gente estarem sempre trocando de médico...*”

Temos que contar nossos problemas todos de novo...". Esta usuária tem plena noção de um dos princípios fundamentais da ESF: a longitudinalidade da atenção e do cuidado, fundamentais para a adesão da população às condutas propostas tratamento e para a concretização de um modelo que promova a saúde.

Posso concluir que, apesar das muitas dificuldades que encontro diariamente na minha vivência na ESF de SMG/RN, esta tem sido uma experiência gratificante, cujo retorno é positivo para mim como profissional da área da saúde e como ser humano. Tenho aprendido, com meus colegas de trabalho, e com os usuários, lições profissionais e de vida. Não tenho dúvidas de que esta será uma experiência única em minha vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Desde o dia seis de março de 2014 venho trabalhando como médica de família no município de SMG, a 120 km ao norte de Natal, no estado do RN. A população é de 9333 habitantes (IBGE, 2014), a maioria deles residindo na Zona Rural. No município a atenção básica, através da ESF, constitui o principal componente do sistema de saúde local. No total, são quatro eSF, duas na área urbana (UBS dos Dourados e UBS do Maceió), e duas na área rural (UBS de Morros dos Martins e UBS de Serra Verde). A atenção básica de SMG conta também com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que oferece suporte a todas as eSF; os profissionais que o compõem são um educador físico, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma psicóloga.

Existe uma Unidade de Saúde Mista (USM), localizada na área urbana do município, na qual funciona o pronto atendimento local. Em caso de incapacidade de resolução, há referenciamento do usuário para o município vizinho, Touros, onde funciona um hospital municipal de maior porte; dali, os pacientes que necessitarem de atendimento de maior complexidade devem ser referenciados para hospitais em Natal.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contratou um Cardiologista, um Psiquiatra e um Ginecologista-Obstetra (que realiza também pequenas cirurgias) para atendimento no município, através de agendamento de consultas via referenciamento na atenção básica. Não há disponibilidade, entretanto, de serviços de outras especialidades clínicas ou hospitalares, nem de centros de especialidades odontológicas (CEO).

Os exames complementares disponíveis pela SMS são extremamente escassos. A investigação laboratorial, cuja marcação é feita pelo técnico de enfermagem ou enfermeira na própria UBS (não há disponibilidade para exames em caráter de urgência) e cuja coleta é feita na USM na cidade, inclui hemograma completo, tipagem sanguínea/fator Rh, glicemia sérica, colesterol total, triglicérides, uréia, creatinina, TGO, TGP, ácido úrico, PSA (total e livre), sorologias (toxoplasmose, citomegalovírus, HIV, rubéola, dengue, hepatite C), HbsAg, VDRL, EPF e EAS. Não há disponibilidade de HDL colesterol, coagulograma, hemoglobina glicada, ionograma, relação creatinina/albumina urinária, dentre outros exames muito importantes e, em determinadas situações, essenciais para o acompanhamento de determinadas moléstias e do efeito de certas medicações. O teste do pezinho é realizado na UBS do Maceió, na zona urbana, de modo centralizado, somente às segundas feiras e em horário restrito.

A SMS disponibiliza no município eletrocardiograma (com laudo feito à distância), em caráter eletivo. Outros exames, incluindo os de imagem, assim como o parecer de especialistas, são feitos em outros municípios através de pactuações, com agendamento centralizado na SMS, na zona urbana, através do Sistema de Regulação (SISREG). A grande maioria dos exames mais complexos e das consultas especializadas são difíceis de serem marcadas, e dependem da oferta principalmente em Natal, polo de saúde referência para todo o estado, e de pactuações intermunicipais.

Minha eSF cobre um território da zona rural, composto por 12 distritos diferentes. Por pressão popular, o atendimento é feito de modo descentralizado/distrital, apesar de existir, para o MS, apenas uma UBS, a de Serra Verde, situada no distrito de Cruzamento e que atualmente está em processo de reformas, sendo a população de lá atendida no distrito vizinho, Novo Horizonte. O atendimento aos demais distritos se dá em outras UBS, quando elas existem, ou em locais improvisados, como escolas, ou através de visitas domiciliares.

A UBS é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mas não a instituições de ensino, recebendo financiamento tripartite, e o modelo de atenção é a ESF. Há apenas uma eSF atuante em nossa UBS, composta pelos seguintes profissionais: uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário e seis ACS.

Ao expor a situação do atendimento descentralizado que experimento à

coordenação pedagógica da especialização em Saúde da Família Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/UFPEl, fui orientada a realizar a análise situacional, projeto de intervenção e análise dos resultados na UBS de Serra Verde, a principal. Porém, como ela está em processo de reforma, fui orientada a utilizar como modelo a UBS do distrito de Novo Horizonte, para onde a eSF vai semanalmente, sempre às quartas feiras, e que cobre também, temporariamente, o distrito de Cruzamento.

A estrutura física da UBS de Novo Horizonte foi adaptada numa edificação que a princípio servia como escola municipal. Talvez, pelo fato do espaço não ter sido idealizado para abrigar uma UBS, haja algumas falhas estruturais, não pelo espaço ser insuficiente, mas por ser não ser aproveitado da melhor maneira possível, sem seguir guias ou protocolos adequados para a lógica de uma UBS.

Há uma sala da ACS, que funciona também como arquivo dos prontuários (organizados por núcleo familiar), uma sala para o primeiro atendimento do técnico de enfermagem (onde ele realiza pesagem, medição da estatura, aferição da pressão arterial, dispensação de medicações, aplicação de vacinas - transportadas em uma caixa térmica); uma sala de procedimentos e curativos, onde colocamos os usuários em observação se necessário, que atualmente é compartilhada com a sala do técnico de enfermagem; uma sala para a enfermeira, atualmente na antiga sala de curativos (pois em sua sala original o forro do teto caiu), com mesa ginecológica, armário, balança infantil, mesa e cadeiras suficientes; uma sala para o médico, com uma mesa, cadeiras, uma maca e negatoscópio; um consultório odontológico, com um equipo específico, cadeira odontológica e um armário; uma copa sem geladeira; um banheiro para pacientes e outro para funcionários, nenhum deles adaptado para deficientes físicos. Quando realizamos atividades em grupo, utilizamos a sala do técnico de enfermagem, que é bastante ampla e ventilada.

É evidente a quantidade de falhas que existem na estrutura física da minha UBS. Faltam salas para muitas funções específicas, adequação do sistema de armazenamento e recolhimento do lixo hospitalar e de resíduos contaminados, garantia da acessibilidade a deficientes físicos etc. Na realidade, alguns aspectos não são viáveis de serem implementados, nem fazem tanto sentido, se considerarmos o modelo de atenção descentralizada que praticamos. Não compensa que tenhamos uma sala de vacinas em cada UBS, nem uma farmácia, por exemplo, se estamos na UBS de Novo Horizonte uma vez por semana.

Todas as vacinas são aplicadas nos distritos, transportadas em uma caixa

térmica, exceto a BCG, que exige pessoal capacitado para sua aplicação, e geralmente é aplicada na própria maternidade, ou nas UBS da zona urbana.

Na UBS sede dispomos de insumos como medicações injetáveis, soro fisiológico e jelco, agulhas etc, que permitem um primeiro atendimento básico às urgências, ao passo que em muitos distritos não possuímos estrutura que permita isso. Muitos casos de urgências clínicas poderiam receber um primeiro atendimento de melhor qualidade/resolutividade caso houvesse uma estrutura adequada ou até mesmo um sistema de comunicação articulado entre os distritos e a cidade.

A questão da acessibilidade é importante de ser discutida. Apesar de não termos em nosso território muitos pacientes com limitações funcionais, e para os que vivem este tipo de situação realizarmos visitas domiciliares, é prioritário adequar o espaço da UBS ao atendimento deste grupo. Talvez, caso houvesse garantia de acessibilidade, estes pacientes seriam mais presentes, o que representa um ganho de autonomia e qualidade de vida muito importante. Não há piso antiderrapante, nem banheiros adequados; as portas são pequenas e não permitem a passagem de cadeiras de rodas; não há corrimãos nem rampas de acesso. Todos esses aspectos acabam por isolar ainda mais estes usuários que, pela sua condição, já se encontram excluídos, em muitos aspectos, na sociedade. Creio que, ao se adequar o espaço da UBS, derrubam-se barreiras físicas e simbólicas importantes.

Sobre barreiras simbólicas, algo que percebi em minha UBS sede foi a questão do acolhimento e da utilidade pública do espaço. Acredito que uma UBS deva cumprir um papel que transcende o cuidado de doenças. Com as diretrizes de promoção à saúde e prevenção de agravos, a eSF deve trazer a população para dentro da UBS, não somente para as consultas agendadas e de demanda espontânea, mas para a criação de um espaço conjunto de construção de um modelo de saúde que respeite a individualidade de cada ser humano e a singularidade local, daquela população. Nesse sentido, tenho refletido bastante acerca de maneiras possíveis para aproximar a comunidade da UBS, espaço de cuidado, crescimento contínuo e aprendizado mútuo, pois os usuários tem uma imagem muito assistencial da UBS e da eSF, meramente curativa e paliativa. Isso é justificado, de certo modo, pela postura das eSF, que acabam praticando, no município, uma abordagem basicamente de queixa-conduta. É fundamental que mecanismos sejam criados no sentido de modificar a postura dos profissionais e o entendimento que os usuários tem da própria condição de saúde, para que seja

possível uma abordagem longitudinal e integral dos usuários pautada na prevenção de agravos e promoção da saúde.

Os equipamentos que temos, em sua maioria, estão em quantidade insuficiente ou em estado insatisfatório, e não existe um sistema de reposição e manutenção regular. Como realizamos um atendimento descentralizado e itinerante, não há possibilidade de transportar muitos destes equipamentos. Por exemplo, balanças de adultos e infantil apropriadas só existem na UBS sede, sendo substituídas por uma muito menos precisa e confiável em outros distritos, prejudicando em muito a qualidade do atendimento destes usuários.

A coleta de materiais para exames laboratoriais é feita somente na USM, na zona urbana, distante dos distritos, com a prefeitura custeando o transporte de apenas alguns pacientes (os que possuem limitações físicas, idosos). É também centralizada a marcação de exames complementares (exceto os laboratoriais, agendados na UBS pela enfermeira ou técnico de enfermagem) e encaminhamentos, feita na cidade, exigindo que o usuário se desloque de seu distrito e leve xerocados alguns documentos.

Nossa UBS sede localiza-se em um distrito onde o sinal para celular e internet é praticamente nulo. Este é um fator que sem dúvida impõe um maior distanciamento entre nosso território e a área urbana, e em maior escala com o mundo, além de acarretar limitações não só na efetividade e agilidade do atendimento/registros, como na capacidade de promover a inclusão social e digital dos usuários. Um prontuário eletrônico, que contenha dados cadastrados e salvos de cada usuário sobre sua saúde e histórico familiar, e conectado com um SISREG eletrônico, permite que se poupe tempo de consulta despendido no preenchimento de solicitações de exames, cabeçalhos nos prontuários, encaminhamentos, tempo este que poderia ser utilizado para uma anamnese mais aprofundada que sem dúvidas contribui para uma boa relação profissional-usuário e para efetividade da assistência.

A disponibilidade de dados populacionais e de indicadores de saúde é bastante limitada no município de SMG. A grande maioria se refere à produtividade dos profissionais, e destinados ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Mesmo o relatório territorial dos ACS não contém informações muito detalhadas, como a distribuição etária e por sexo da população (geral e dos "programas"). Nesse sentido, antecipo que esse fato limitou bastante o preenchimento do Caderno de

Ações Programáticas (CAP) e, conseqüentemente, a formulação dos indicadores de cobertura e de qualidade. Recentemente, aconteceu uma capacitação no município para incorporação das fichas para alimentação do sistema de informações eSUS, o que deve modificar o perfil de dados levantados, centralizando-os e permitindo consultas e acessos mais fáceis aos mesmos.

A população total, residente nos 12 distritos cobertos pela minha eSF, é de 576 famílias, aproximadamente 2304 habitantes, um quantitativo adequado, com base no que é preconizado pelo MS. Especificamente nos distritos de Novo Horizonte e de Cruzamento residem 130 famílias, cerca de 520 usuários. Apesar disso, estruturalmente há uma inadequação generalizada, sendo pouquíssimos os distritos realmente aptos a ofertar um atendimento digno e integral a seus usuários. Os distritos que não dispõem de estrutura tem sua população transportada para distritos “referência”, nos quais prestamos atendimento com maior conforto e adequabilidade.

A demanda espontânea é expressiva, muito em função do atendimento itinerante entre os distritos, com os menores sendo visitados cerca de uma vez ao mês e acumulando assim demanda. Porém, até mesmo nos distritos que nos recebem quinzenalmente, sempre existe uma demanda espontânea acumulada, com muitos usuários buscando a renovação de suas receitas de medicação controlada, usuários assíduos da UBS poliqueixosos que invariavelmente necessitam de atendimento (com clínica desproporcional às suas queixas), crianças com problemas agudos, como diarreia/infecções cutâneas/febre.

O acolhimento é feito pelos ACS, sem um local específico ou um horário determinado. Na realidade, enquanto a eSF está nas diferentes UBS/espacos improvisados de atendimento, o acolhimento é feito. Em geral, os ACS são gentis e realizam a escuta de modo educado com os usuários de demanda espontânea, porém essa escuta nem sempre é qualificada no sentido de permitir uma máxima resolutividade, no que tange as atribuições dos ACS.

A solução que criamos foi que todos os usuários que chegam à UBS como demanda espontânea devem passar por uma consulta de triagem com a enfermeira, na qual é realizada a escuta qualificada com classificação de risco. Não há formalmente nenhum protocolo de atenção à demanda espontânea, nem houve algum tipo de capacitação da eSF em relação a esta abordagem, o que faz com que ela seja feita basicamente pela enfermeira e por mim, sem que haja uma primeira

escuta qualificada pelos ACS de saúde capaz de ao menos estratificar o risco do usuário.

Os ACS ainda não se habituaram a este modelo de acolhimento, e alguns ainda têm uma postura defensiva ao lidar com a população, o que acarreta situações de estresse e desconfortáveis para os usuários e para nós, da eSF.

É muito raro haver excesso de demanda a ponto de necessitarmos do referenciamento de usuários com problemas agudos antes mesmo do primeiro atendimento de enfermagem. Quando o problema de saúde do usuário necessita de um atendimento em estabelecimento de saúde de maior complexidade, o encaminhamos à USM da cidade, com o transporte custeado pela secretaria de saúde, e lá é feita a avaliação da necessidade de encaminhamento para uma cidade com maior infraestrutura em saúde.

Acredito que minha eSF já mostrou grande melhora em relação ao acolhimento e ao manejo da demanda espontânea, o que pode ser potencializado com a criação ou utilização de protocolos gerenciados, que sejam do conhecimento e domínio não só do médico e enfermeira, mas de todos os membros da eSF, inclusive ACS, e se possível da população também.

A saúde da criança é um programa com cobertura ruim, e qualidade e organização que deixam bastante a desejar, em meu território. Nos distritos de Novo Horizonte e Cruzamento, existem 28 crianças entre zero a 72 meses, sendo 15 cadastradas no programa de puericultura do MS (cobertura de 53,6%), segundo registros próprios da ACS. O percentual de consultas em dia, segundo o protocolo do MS (na 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) é baixo, estimado pela enfermeira da eSF e pela ACS em cerca de 50,0%, o que tem relação direta com um elevado percentual estimado de situações de atraso superior a sete dias nas consultas agendadas. Isso reflete uma grande vulnerabilidade de minha área, pois sem as consultas de puericultura não há acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, perfil nutricional e comorbidades, além de dificultar a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde e hábitos saudáveis. O que observo é um excesso de demanda espontânea de crianças, especialmente as menores de dois anos, apresentando infecções respiratórias de repetição, diarreia aguda em surtos recorrentes, baixo peso para idade persistente etc. Além disso programas preventivos, como a suplementação de ferro e vitamina A, são executados de forma errada sem monitoramento, implicando em prejuízos à saúde

da criança e do futuro adolescente.

Apesar de recentemente a UBS ter recebido materiais impressos de apoio, da coleção de Cadernos da Atenção Básica/MS, inclusive de puericultura (2012), não há conhecimento nem capacitação de todos os membros da eSF para tal, e por isso sua utilidade é limitada. O monitoramento deste material, assim como do programa de atenção à criança, não é realizado.

O programa de saúde bucal na puericultura não tem cobertura satisfatória, situando-se em torno de 20,0 a 30,0% das crianças, conforme estimativa feita empiricamente pela equipe de saúde bucal; nos distritos de Novo Horizonte/Cruzamento, deve estar em torno de 10,0 a 20,0%, também conforme dados estimados pela equipe de saúde bucal. Em triagens nas escolas, quase 100,0% das crianças foram encaminhadas para consulta com a dentista com necessidade de intervenção (muitas com indicação de extração dentária, devido à carência de opções terapêuticas e, primordialmente, preventivas). Consultas odontológicas programáticas (COP) em geral são agendadas quando existem problemas dentários instalados e de tratamento bastante difícil na APS, o que limita a resolutividade na assistência prestada. Quando são realizadas, as consultas de puericultura em geral incluem o monitoramento de parâmetros de crescimento (dados antropométricos e alocação nas curvas) e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, através da anamnese em geral com a mãe da criança. No entanto, este monitoramento depende da disponibilidade de materiais para a avaliação antropométrica e das curvas de crescimento e tabelas dos marcos de desenvolvimento, que não constituem a gama de impressos oficiais do município, Há regularmente, nas consultas individuais e em atividades educativas coletivas, ações de promoção do aleitamento materno exclusivo e de prevenção de acidentes, além da revisão do cartão vacinal com orientações a respeito da importância da imunização na infância. Não há formulário específico para o registro dos atendimentos de puericultura, como fichas espelho, sendo o registro feito exclusivamente nos prontuários e de modo geral incompleto.

A primeira consulta do recém-nato (RNt) é geralmente em domicílio, junto com a avaliação puerperal da mãe, feita o mais precocemente possível, porém dificilmente nos primeiros sete dias de vida, em virtude ao modelo itinerante de assistência combinado com a imprevisibilidade do momento da alta hospitalar da maternidade. Embora não seja feita no momento ideal, a visita domiciliar

puerperal/pediátrica é fundamental para o acolhimento do binômio mãe-bebê, sua vinculação à eSF, para orientações quanto aos cuidados com o RN e promoção do aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes, esclarecimentos e apresentação dos sinais de alarme no RNt. É fundamental que haja este primeiro contato também para a observação do ambiente familiar que recebe a criança neste momento de extrema vulnerabilidade e fragilidade, orientação aos familiares e estímulo ao vínculo/afeto (BRASIL, 2012).

A proximidade com as escolas é fundamental para a atenção integral à saúde do pré escolar e do escolar, pois é neste ambiente que se dá grande parte do desenvolvimento da criança, sendo portanto imperativo que profissionais da educação entendam seu papel nesse sentido, tanto em ações de educação em saúde quanto em identificação de agravos e situações de vulnerabilidade/risco entre os alunos. A eSF deve, portanto, criar vínculo com as escolas, agindo de modo sinérgico para ampliar a cobertura e a qualidade das medidas de impacto, através do Programa de Saúde da Escola (PSE). Em minha área, existe um esboço deste tipo de ação, representada majoritariamente por atividades da equipe de saúde bucal. Esta já visitou cerca de 80,0% das escolas do território, conforme dados referidos e estimados pela odontóloga, realizando escovação supervisionada, aplicação de flúor e outras ações de promoção à saúde.. Entretanto, não existe uma regularidade nem longitudinalidade nas ações desenvolvidas pelo PSE, tampouco uma abordagem multidisciplinar, que envolva todos os membros da eSF e os educadores.

Não existem atividades para educação em saúde regulares, como grupos de pais, espaços que constituem um mecanismo eficiente e dinâmico para orientações sobre cuidados com as crianças, alimentação saudável, prevenção de acidentes, dentre outras ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Este tipo de atividade poderia ser realizado em distritos com grande quantidade de crianças, ou através do agrupamento de populações de alguns distritos menores, e certamente impactaria de modo positivo nos indicadores de saúde da criança do nosso território.

Em meu território há atualmente 22 gestantes, com base nos registros da enfermagem, sendo que apenas seis são acompanhadas na UBS de Serra Verde, sendo as demais residentes em outros distritos cobertos pela minha eSF. Recentemente, houve a disponibilização do protocolo de assistência ao pré natal de baixo risco (BRASIL, 2012), porém não houve na prática uma real incorporação das rotinas propostas, nem a capacitação dos membros da eSF, ou monitoramento

destas ações.

O número de consultas preconizado pelo MS e sua distribuição (mensais até 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais, no termo até o nascimento), durante o pré natal, não são cumpridos, parcialmente em função de algumas gestações serem identificadas tardiamente, mas principalmente em decorrência do atendimento descentralizado e itinerante, com alguns distritos sendo visitados apenas uma vez ao mês. Uma possível solução é a distribuição dos distritos entre grupos com “distritos referência” (o que de certa forma já ocorre, em relação à demanda espontânea), sendo as gestantes assistidas sempre que a eSF estiver nestes núcleos, independentemente de ser ou não o distrito de residência da gestante.

Esta é também uma possível solução para a assistência odontológica à gestante, que ocorre atualmente em apenas 18,0% dos casos em meu território (com base nos registros de atendimento da equipe de saúde bucal), e para o fato do exame ginecológico não ser realizado durante a gravidez; há consultório odontológico apenas em quatro, e estrutura mínima para realização de exame ginecológico em cinco, dentre os 12 distritos cobertos, o que torna inviável que este tipo de procedimento ocorra de modo descentralizado/distrital. No entanto, a falta de estrutura não justifica que a triagem odontológica não seja realizada em todas as gestantes, nem que não haja sequer um exame ginecológico durante a gravidez (mesmo nos distritos que dispõem de estrutura), o que impõe uma importante discussão sobre a atenção pré natal na eSF, para que este estrato populacional seja tido como prioritário.

A solicitação dos exames laboratoriais preconizados (cuja maioria é disponibilizada pela SMS), vacinação antitetânica e para hepatite B conforme protocolo, prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme preconizado e orientação quanto à importância do aleitamento materno, são feitos em 100,0% das gestantes acompanhadas, conforme dados empíricos da enfermagem, o que demonstra eficiência da eSF em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para a gestante/puérpera e para o neonato.

Em relação aos exames complementares, é importante listar aqueles que são oferecidos gratuitamente pela SMS no pré natal: testes rápidos para gravidez (urina) e triagem de HIV (sangue) - ambos realizados no âmbito da UBS -, VDRL, anti HIV, HbsAg, sorologias para rubéola/toxoplasmose/citomegalovírus, hemograma

completo, grupo sanguíneo/fator Rh, glicemia de jejum, EAS, EPF e colpocitologia oncótica. Demais exames preconizados e muito importantes, como ultrassonografia obstétrica, pesquisa de proteinúria, teste de Coombs, TOTG 75g, urinocultura com antibiograma, bacterioscopia do conteúdo vaginal, eletroforese de hemoglobina, além de outros como teste duplo/triplo, translucência nucal, ultrassonografia morfológica, perfil biofísico fetal, dopplervelocimetria do fluxo materno fetal e fetoplacentário, não são oferecidos, e quando necessários devem ser solicitados e então regulados conforme a disponibilidade no sistema, com sua marcação geralmente ultrapassando o período oportuno para a realização. A consequência disso é a assistência pré natal um tanto incompleta e limitada, especialmente para as gestantes de risco intermediário a alto. Considero que a assistência pré natal deva ser prioridade, não só pela peculiaridade e vulnerabilidade deste momento para a gestante e sua rede familiar, mas também pelo enorme potencial de impacto na morbimortalidade materno-infantil que tais ações produzem, contribuindo para o fortalecimento de um sistema de saúde pautado na prevenção e recuperação de agravos e promoção à saúde.

Os dados em relação dos programas de prevenção do câncer de colo de útero de mama são extremamente escassos; nem mesmo a quantificação das mulheres na faixa etária alvo foi possível de ser estimada. Recentemente, foi disponibilizado na UBS o manual do MS/Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o rastreio destas duas neoplasias, porém como todos os outros protocolos, ainda não foi incorporado.

Em relação ao câncer de colo de útero, foi possível apenas levantar o número de exames de colpocitologia oncótica colhidos em 2014 (55), com base em registros próprios da enfermagem e de informações do SIAB. Segundo informações colhidas com a eSF e com a gestão, há um programa de rastreio minimamente organizado, com a convocação e a busca ativa de mulheres para a realização da colpocitologia oncótica, que é colhida de modo descentralizado nos distritos que dispõem de consultório com mesa ginecológica, foco de luz e material; nos demais distritos, há transporte das mulheres para distritos “referência” que dispõem da infra estrutura necessária.

Apesar de haver a convocação e busca ativa das mulheres, a marcação oportunística dos exames preventivos é muito frequente. Observo mulheres que o realizam anualmente, e outras que com mais de 70 anos de idade nunca colheram

um sequer. Uma prática comum, que foge ao preconizado pelo protocolo do MS/INCA, é o início da coleta da colpocitologia oncótica após a sexarca, independentemente da idade da mulher, o que comprovadamente não mostrou benefícios em relação ao início da coleta após os 25 anos entre as mulheres sexualmente ativas, e representa um custo excessivo ao sistema de saúde. Os resultados dos exames preventivos são, de um modo geral, rapidamente disponibilizados, e é muito raro que demorem mais de seis meses para ficarem prontos, com base em dados empíricos.

Com relação ao câncer de mama, os dados são ainda mais deficitários. Não há nenhum dado sobre este programa de rastreamento, nem há cadernos específicos, uma vez que seu rastreio não é rotina em minha UBS.

O exame clínico das mamas só é feito de modo oportunístico, quando a paciente relata queixa referente às mamas ou quando eu as atendo por outro motivo e elas estão na faixa etária alvo (40 anos ou mais – BRASIL, 2012). O mesmo ocorre com a solicitação de mamografias (50-69 anos – BRASIL, 2012).

Diferente do que ocorre com o programa de rastreio do câncer de colo uterino, não existe nenhuma ação voltada para o controle do câncer de mama, nem para a sua avaliação de risco, apesar de sua maior prevalência e mortalidade. Não ocorre convocação nem busca ativa para consulta médica em mulheres entre 50 e 69 anos; o que frequentemente acontece é que, ao atender diabéticas e/ou hipertensas (muitas das quais se encontram nessa faixa etária), acabo realizando o exame clínico das mamas e a solicitação da mamografia de modo oportunístico.

Apesar da carência de dados, observo em minha vivência que a marcação das mamografias solicitadas é relativamente rápida, e raramente esse tempo excede três meses. Orientações quanto à prevenção não são rotineiramente feitas. Existem muitas pacientes com sobrepeso/obesidade, sedentárias, com péssimos hábitos alimentares, que nunca foram alertadas que estas condições estão associadas ao aumento do risco para câncer de mama. Isso é também um reflexo da ausência de atividades de grupos com as mulheres, que devem ser estruturadas e implementadas também.

Os dados referentes à população de hipertensos e diabéticos em meu território foram os mais acessíveis, possivelmente pelo fato do programa de subsídio dos medicamentos requerer o cadastramento dos usuários com tais desordens por cada eSF. Como os demais programas, há disponibilidade do manual de HiperDia do

MS, mas que não foram devidamente incorporados como protocolos, não são monitorizados, nem a eSF foi capacitada para desempenhá-lo.

Em meu território, há 180 hipertensos e 62 diabéticos (com base em dados do SIAB e registros da enfermagem), o que representa respectivamente 38,0 e 46,0% de cobertura com base nos valores estimados pelo CAP. No território coberto pela UBS de Novo Horizonte, há 33 hipertensos e 7 diabéticos. Possivelmente, há um subdiagnóstico e subregistro de casos, assim como uma importante parcela da população que nunca foi à uma consulta médica na idade adulta, boa parte dos quais é do sexo masculino. A grande maioria dos meus atendimentos são para a população feminina, tanto os individuais quanto as atividades de grupo – nos do HiperDia, a maioria dos participantes era mulher.

Com relação aos indicadores de qualidade da atenção, tanto para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto para o Diabetes Mellitus (DM), as orientações em relação à mudanças no estilo de vida – prática regular de atividades físicas e alimentação saudável – são feitas em praticamente 100,0% dos atendimentos, conforme dados empíricos, havendo inclusive atividades educativas desenvolvidas especificamente para este grupo de usuários abordando estes temas, com a participação da nutricionista e do educador físico do NASF. Caminhadas e alongamentos são esporadicamente programados, e constituem um momento lúdico e exemplo prático do que se espera que os usuários adquiram como hábitos de vida, sendo observadas e corrigidas possíveis falhas, esclarecidas dúvidas, expostas dificuldades com o debate para que sejam encontradas soluções para problemas cotidianos; configuram também um momento importante para o acolhimento e para o vínculo entre os usuários e a eSF, o que sem dúvidas contribui para a maior adesão e efetividade do tratamento.

Não foi possível a obtenção de dados quantitativos em relação à avaliação da saúde bucal e aos atrasos nas consultas agendadas de hipertensos/diabéticos, pela ausência de registros nesse sentido e também pelo fato de não haver uma rotina que determine um protocolo de atendimento destes usuários, com a periodicidade das consultas – de acordo com a avaliação médica –, nem com o agendamento de avaliação odontológica. A regra é a marcação de consultas médicas/odontológicas a partir da demanda dos usuários, em virtude de problemas de saúde novos ou crônicos agudizados, com medidas curativas e/ou paliativas prevalecendo sobre o modelo preventivo integral e longitudinal do acompanhamento da saúde do indivíduo

e da população. Esse aspecto foi um dos primeiros por mim identificado e sinalizado para minha eSF, em uma das nossas primeiras reuniões, como incorreto e ineficaz a longo prazo, levando às longas filas de espera (que muitas vezes vão de encontro com o princípio da equidade), à recrudescência de desordens e agravos, sem real impacto na sobrevivência e qualidade de vida da população. Por isso, eu sugeri a implementação do “canhoto de retorno”, o qual todo usuário recebe ao final de sua consulta, constando em quanto tempo deverá ser agendada sua próxima consulta, de acordo com seu quadro clínico/psicológico, sempre com a liberdade de se retornar antes do previsto em caso de necessidade. Isso facilitou muito a rotina de marcações de consultas pelos ACS, e possibilitou um acompanhamento longitudinal dos usuários – já realizei consultas de “retorno” com intuito preventivo, como de pacientes hipertensos/diabéticos, com ausência de queixas, o que produz uma sensação de acolhimento e cuidado para os usuários muito importante, alterando o conceito de saúde como ausência de doença.

Os exames complementares – ofertados pela SMS do município – da maioria dos hipertensos e diabéticos estão em dia, especialmente a avaliação laboratorial, conforme dados empíricos da enfermagem. Vale ressaltar que não dispomos de importantes testes complementares, como a dosagem de eletrólitos, da hemoglobina glicada, do colesterol HDL, da relação albumina/creatinina em amostra de urina dentre outros. O eletrocardiograma é realizado no município, porém sua marcação demora bastante. Fundo de olho, um exame tão simples, é realizado somente no hospital universitário da Universidade Federal do RN (UFRN), e não há em contrapartida a oferta de material para sua realização na APS (oftalmoscópio, colírio dilatador de pupilas e quarto escuro), tampouco a capacitação dos médicos da ESF para tal (o que seria algo interessante pois representaria uma ação altamente resolutive).

Tanto para hipertensos quanto para diabéticos, não é feita a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, com base em observação empírica de dados de prontuários e por relatos dos profissionais da eSF. Acredito que isso ocorra em parte pela falta de domínio do protocolo de atenção à HAS e ao DM, e/ou pelo desconhecimento da importância dessa medida.

Especificamente em relação à atenção ao diabético, o exame físico e da sensibilidade dos pés, assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, nunca são realizados, conforme pode-se observar em revisões de prontuário e

através do relato da enfermeira da eSF.

Acredito que a atenção ao usuário com HAS/DM é algo com organização' mínima no município de SMG, com atividades em grupo relativamente frequentes mas que não contemplam todos os distritos (em função do atendimento descentralizado/distrital). Porém, há importantes falhas e lacunas a serem transpostas, e isso perpassa a fortificação de atividades educativas com promoção de hábitos de vida saudáveis para todos os distritos, nas quais seja possível estimular o autocuidado, como por exemplo o incentivo da realização, pelos usuários e seus familiares, do exame clínico dos pés dos diabéticos, prevenindo a formação de calosidades, fissuras, distrofias ungueais e conseqüentes complicações mais graves, como úlceras e até amputações.

Com relação à saúde do idoso, não foi possível a quantificação deste extrato etário na população no território ao qual presto assistência, em função da carência de dados demográficos, tanto em esfera municipal quanto no próprio Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A estimativa do CAP de 248 pessoas com 60 anos ou mais em meu território me parece razoável e condizente com a realidade, porém não é possível afirmar que esteja correta.

Com relação aos indicadores de cobertura, é possível afirmar, com base em dados de revisão de prontuários e relatos dos profissionais da eSF, que a Avaliação Multidimensional Rápida, a avaliação de risco para morbimortalidade, e a investigação de indicadores de fragilização na velhice nunca são realizados, assim como avaliação de déficit auditivo ou visual. Isso é fruto do desconhecimento desse tipo de instrumento, e da ausência de protocolização do atendimento prestado ao idoso, que também necessita de cuidados específicos independentemente de suas comorbidades.

Tenho observado muitos pacientes idosos que são dependentes em suas atividades de vida diária e instrumentais, o que denota uma limitação, até certo ponto, da eSF de saúde da família em diagnosticar comprometimento funcional, ou processos debilitantes em instalação, para intervenção oportuna e alteração da qualidade de vida do sujeito. Observo que uma parcela expressiva das consultas a pacientes idosos são feitas através de visitas domiciliares, por limitação funcional de muitos pacientes, alguns acamados e muitos totalmente dependentes. Existem algumas situações de maus tratos, não exatamente agressões, mas negligências como a falta de higiene, ou a descompensação de certas doenças pela não

administração das medicações pelos cuidadores.

Não há atividades de grupo específicas para idosos. A distribuição da carteira de saúde do idoso, por exemplo, ocorreu (enquanto este material esteve disponível) somente para portadores de HAS/DM, conforme relatado pela enfermeira da eSF. É evidente que a maior parte dos portadores destas duas comorbidades tem idade acima de 60 anos, porém espera-se que nem todo o idoso tenha alguma delas. Desta forma, pode-se perceber uma postura excludente por parte das eSF, em relação à população idosa, que não é reconhecida como grupo potencialmente sadio.

Em praticamente todas as consultas individuais médicas e de enfermagem, assim como nos grupos (de hipertensos/diabéticos), são feitas orientações em relação às mudanças no estilo de vida e hábitos saudáveis à população idosa, estimulando todos os pacientes a incorporarem este tipo de prática e postura para as próprias vidas, afim de reduzir o risco de adoecimento e a incidência de complicações relacionadas a doenças, e também aumentar a qualidade de vida.

É importante que haja espaço para o cuidado com o cuidador, no caso as pessoas que atuam como cuidadores dos pacientes idosos dependentes da área, o que não existe na nossa realidade. É fundamental que sejam desenvolvidas atividades para orientação específica a essas pessoas, de modo individual e coletivo. Na realidade do meu território, essas pessoas são em sua maioria familiares, que acabam sacrificando grande parte de suas vidas para cuidar de idosos debilitados, gerando assim sofrimento.

Concluo o relatório de ações programáticas com a constatação de que, apesar da carência de infraestrutura adequada e de oferta de exames complementares, há enorme potencial de melhora substancial da APS do município de SMG através de ações de baixa densidade tecnológica e utilização de tecnologias leves e leves-duras, a começar pela organização, levantamento periódico e monitoramento dos dados populacionais de cobertura e de qualidade da assistência, perpassando pela adoção de protocolos e rotinas de atendimento com capacitação dos membros da eSF. É necessária educação permanente não só dos profissionais de saúde, mas também dos usuários, para alterar a visão doentia de saúde que é vigente e fortalecer ações preventivas e de promoção.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A situação com a qual me deparei ao chegar ao município de SMG é a mesma. Estruturas precárias para atendimento, falta de insumos básicos e materiais, carência de exames complementares importantes. O que mudou foi o modo como eu tenho lidado com este tipo de adversidade.

Posso afirmar, após leitura da segunda tarefa da especialização, que cresci muito nesse meio tempo, não só como médica mas como ser humano. Pude observar e constatar que os maiores problemas que enfrento não são, nem de longe, estruturais ou na oferta de exames, mas na concepção de APS que tenho e aquele que impera no município.

Um modelo baseado em ações preventivas e de promoção da saúde não existe e nem é sequer discutido, o que levanta o questionamento do quão interessante pode ser, por questões políticas, a mera presença do médico em localidades remotas, para que preste um atendimento assistencialista e mecânico, “enxugando gelo”.

O potencial de resolutividade da APS daqui, e acredito que da maior parte dos municípios brasileiros, é enorme, através de ações simples que envolvem a organização da atenção (dos dados, monitoramento) e qualificação da prática clínica (capacitação da eSF em relação aos protocolos, educação continuada).

Eu havia conseguido negociar com a coordenação da atenção básica a frequência quinzenal para as reuniões de eSF, e rapidamente isso foi mudado, voltando para a estaca zero de apenas uma reunião mensal, o que é absolutamente inviável para programação e estruturação da ESF realmente efetiva, especialmente em se tratando de uma eSF que presta um atendimento descentralizado, com encontros de todos os seus membros ocorrendo apenas nas únicas reuniões mensais.

Apesar da constatação de que a mudança atualmente é mais difícil do que se as questões maiores fossem essencialmente estruturais, observo que minha eSF tem uma postura diferente das outras. Buscamos, da maneira e dentro do possível, nos programar ao máximo, e através de medidas simples temos mudado o perfil de atendimentos em nossa UBS. Instituímos o canhoto de retorno, com o qual o usuário sai do consultório com o próximo atendimento agendado, segundo os protocolos do MS.

Ainda há muito a ser mudado, e o caminho é longo. Mas através do relatório da análise situacional, foi possível criar um norte, apontando quais são as áreas prioritárias para mudanças, e quais são as estratégias possíveis para alcançá-las.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A saúde da criança é uma das ações programáticas mais importantes em atenção básica, com forte impacto em indicadores de morbimortalidade na infância. Como consequência à ampliação da ESF, houve expressiva redução da mortalidade infantil nas últimas duas décadas (BRASIL, 2012), evidenciando o papel fundamental deste nível de atenção à saúde, direta – através da puericultura em si – e indiretamente – via fortalecimento do pré natal, da atenção ao puerpério, dentre outros.

Atuando como médica da ESF na zona rural do município de SMG/RN , em um modelo de atendimento itinerante, não possui uma UBS fixa; a consequência disso é uma assistência com limitações, como locais para atendimento improvisados e com estrutura precária, a dificuldade de se manter o vínculo, a longitudinalidade e a integralidade do acompanhamento, a carência extrema por parte da população, dentre outros. Conforme acordado com a coordenação do curso de especialização, a minha ação programática será desenvolvida no âmbito da UBS do distrito de Novo Horizonte, na qual prestamos também atendimento ao distrito de Cruzamento, e onde a eSF está semanalmente.

Com base na análise situacional do território de minha UBS, observei demandas diversas, em praticamente todas as ações programáticas de APS. Porém a maior parte dos problemas são sensíveis a ações de baixa densidade tecnológica, com uso de tecnologias leves e leves-duras de baixo custo. Acredito que uma das áreas mais prioritárias seja a saúde da criança, motivo pelo qual escolhi esta ação programática como minha intervenção, na UBS de Novo Horizonte.

Esse caráter prioritário da atenção à saúde da criança se justifica pelo fato do programa de puericultura ser pouco estruturado em minha UBS. Em primeiro lugar, sua cobertura é insatisfatória; das 28 crianças com idade entre zero e 72 meses residentes dos distritos de Novo Horizonte e Cruzamento, apenas 53,6% estão cadastradas para o acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (CD), e estima-se que a cobertura da saúde bucal seja de cerca de 20,0%. Culturalmente, as consultas de puericultura são atribuição quase exclusiva da enfermagem, cabendo ao médico o manejo dos casos mais complicados e de urgências/emergências, em caráter pontual, o mesmo ocorrendo para a saúde bucal, que em geral recebe crianças com problemas dentários já instalados. A concepção

de atenção preventiva e, portanto, longitudinal à saúde da criança, através de ações e assistência multidisciplinar, não é a regra e sequer é incentivada, de modo eficaz e prioritário, pela gestão municipal ou pela coordenação da atenção básica.

Essa situação é reforçada pela carência de registros sistemáticos e organizados dos dados das crianças da área. As informações disponíveis são basicamente referentes à produção de cada membro da eSF, e não se destinam à confecção de indicadores de saúde passíveis de monitorização regular. Sendo assim, não se pode inferir quais as deficiências e lacunas do programa de puericultura. Além disso, os registros em prontuário são, de um modo geral, incompletos, e a ausência de fichas espelho dificulta ainda mais a aferição de dados da história da saúde pregressa dos usuários. O fato de terem crianças que nunca passaram por uma consulta de puericultura em suas vidas, a recorrência de quadros agudos - como de diarreia e infecções respiratórias -, e a expressiva quantidade de crianças com baixo peso para a idade e até desnutrição corroboram a necessidade de estruturar um programa de puericultura eficaz e resolutivo, com atenção integral à saúde da criança e monitoramento dos parâmetros do CD, assim como olhar atento ao contexto socioeconômico no qual estão inseridas, um determinante que muito influencia o processo de sofrimento e adoecimento do indivíduo.

Embora as falhas na puericultura da UBS sejam evidentes, a assistência prestada pelos profissionais da eSF tem boa qualidade. Ações para promoção à saúde e prevenção de agravos na infância são rotineiramente feitas pelos profissionais, tanto em consultas individuais quanto em atividades coletivas, porém não de modo sistemático, e sim oportunístico. A cobertura vacinal situa-se próxima a 100,0%, o que não se pode afirmar em relação à suplementação de sulfato ferroso - que inclusive é feita com a dosagem errada da medicação - nem de vitamina A - cujo monitoramento é nulo e a dispensação é basicamente oportunística.

Disponível na UBS há o manual de puericultura do MS de 2012, porém suas rotinas não são fielmente seguidas, nem houve a capacitação dos profissionais da eSF ou incentivo por parte da gestão para que isso ocorra. Nesse sentido, acredito que organizar a atenção à saúde da criança através de ações específicas a serem seguidas/registradas/monitoradas constitui uma das grandes prioridades da minha UBS, o que é compreendido e apoiado pela maioria dos membros da eSF. O monitoramento das ações, possibilitado através da criação de instrumentos para registro sistemático, como as fichas espelho, é importante para que se verifique a

eficácia das ações propostas, e o seu impacto na saúde da criança local. Este monitoramento deve ser periódico, afim que se crie um panorama longitudinal da puericultura e morbimortalidade infantil locais. Para que as ações propostas sejam efetivas, elas também devem ser incorporadas às rotinas da UBS, e para isso o serviço deve ser avaliado e organizado com apoio da gestão. Paralelamente, a comunidade deve ser conscientizada quanto à importância da puericultura, para que haja a adesão às ações propostas, com engajamento público e empoderamento dos usuários. A eSF deve realizar atividades de educação em saúde continuadas e com frequência pré estabelecida, para que haja a capacitação quanto ao protocolo de puericultura do MS e outros instrumentos que venham a ser utilizados, garantindo a qualificação da prática clínica.

Como grande fator limitante aponto a frequência semanal e não diária na UBS, o que inevitavelmente leva a um acúmulo de demandas por parte de toda a população por consultas, especialmente médicas, e reduzindo espaço destinado aos atendimentos preventivos, como é o caso da puericultura. Porém, paralelamente a população em geral compreende que a saúde da criança é uma prioridade sempre, e portanto acredito que a adesão e apoio dos usuários e da eSF seja expressiva.

Pretendo aumentar a cobertura do programa de puericultura das crianças de zero a 72 meses, com acompanhamento periódico conforme preconizado pelo MS e atenção multidisciplinar, com consultas médicas e de enfermagem intercaladas, com paralelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde bucal.

O monitoramento do CD, algo simples, precisa ser ampliado e qualificado, com ações de capacitação dos membros da eSF para que todos estejam aptos a levantar informações relevantes e dados relacionados à saúde da criança, constituindo um banco de dados que permita a construção de indicadores, a serem avaliados periodicamente para o aprimoramento constante das ações desenvolvidas.

A identificação, através de avaliação específica, e a atenção especial às crianças em situação de risco e de maior vulnerabilidade é fundamental, já que elas são regra em meu território, recorrentemente evoluindo para desfechos indesejáveis que interferem no crescimento e no desenvolvimento dessas crianças. Isso inclui as

com baixo peso/desnutrição, mas também as com sobrepeso/obesidade, cada vez mais frequentes, de modo paradoxal. É necessário não só trazê-las para a UBS, mas realizar a busca ativa quando houver afastamento ou falta às consultas, o que não costuma ser realizado.

Visto tudo isso, pode-se afirmar que a atenção à saúde da criança na UBS de Novo Horizonte tem muitos aspectos para serem melhorados, e que a intervenção constitui, nesse sentido, uma oportunidade de serem apresentadas ferramentas que permitam a melhoria da assistência prestada, através da incorporação de ações de baixa densidade tecnológica e baixo custo.

2.2 - Objetivos e metas

Objetivos

Objetivo geral: qualificar o programa de saúde da criança na UBS de Novo Horizonte na zona rural de SMG/RN.

Objetivos específicos:

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS de Novo Horizonte.

- **Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.**

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

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas;

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

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

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

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças cadastradas de acordo com a idade, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI);

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses cadastradas, conforme preconizado pelo MS;

Meta 2.8: Realizar suplementação de vitamina A em 100% das crianças entre 6 a 59 meses cadastradas;

Meta 2.9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças cadastradas, em tempo hábil;

Meta 2.10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças cadastradas, nos 7 primeiros dias de vida;

Meta 2.11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico (NAO) em 100% das crianças de 6 e 72 meses cadastradas;

Meta 2.12: Realizar primeira COP para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

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

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

- **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

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

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

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

- **Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.**

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

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

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

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

- **Objetivo 7: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.**

Meta 7.1: Ampliar a cobertura de primeira COP para 40% das crianças de 6 a

72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

- **Objetivo 8: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças.**

Meta 8.1: Realizar avaliação da NAO em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.

Meta 8.2: Realizar a primeira COP para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Meta 8.3. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira COP, com os recursos disponíveis na atenção básica.

- **Objetivo 9: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.**

Meta 9.1: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira COP e faltaram.

Meta 9.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira COP faltosas às consultas subsequentes.

- **Objetivo 10: Melhorar o registro das informações.**

Meta 10.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira COP.

- **Objetivo 11: Promover a saúde bucal das crianças.**

Meta 11.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP;

Meta 11.2.: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP;

Meta 11.3.: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP.

2.3 – Metodologia

2.3.1- Ações (incluindo o detalhamento)

Para a realização da ação programática em saúde da criança, estarei implementando, conjuntamente à minha eSF, uma série de ações na UBS de Novo

Horizonte, as quais serão listadas e detalhadas a seguir.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS de Novo Horizonte.

- **Monitoramento e avaliação:** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa, através do registro em listas/cadernos específicos, com nome da criança, nome da mãe e data de nascimento da criança. Esta lista será atualizada mensalmente pelos ACS.
- **Organização e gestão do serviço:** Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, o que deverá ser executado pelo ACS. Priorizar o atendimento de crianças; esta é uma ação de difícil execução, em função da frequência apenas semanal na UBS de Novo Horizonte, com grande acúmulo de demandas por parte de usuários fora do programa de puericultura. Para respeitar os princípios da universalidade e da equidade, uma solução é reservar um determinado número de vagas para atendimentos agendados de puericultura de crianças entre zero e cinco anos (40% dos atendimentos da médica; 60% dos atendimentos da enfermeira), o que não inclui atendimentos de demanda espontânea, realizados de modo contínuo conforme necessidade da população.
- **Engajamento público:** Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança/puericultura, quais os seus benefícios a curto, médio e longo prazo, enfatizando o caráter preventivo, a importância da atenção multiprofissional e das ações de promoção de saúde.
- **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a eSF no acolhimento da criança e dos seus responsáveis, nas Políticas de Humanização e para o seguimento do protocolo de atenção à saúde da criança do MS (2012), através de atividades de educação continuada. Capacitar a eSF sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe, aos demais responsáveis e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, utilizando o cartão de saúde da criança e outros materiais educativos, orientando-os a atuarem como sinalizadoras de anormalidades, e incluindo-os, deste modo, no processo de atenção preventiva e/ou curativa.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

- Monitoramento e avaliação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, através da atualização sistemática dos registros de puericultura e de pré natal da área.
- Organização e gestão do serviço: Instruir os ACS de saúde a fazerem busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto (conforme pré natal), com sinalização para a eSF deste evento prontamente (mesmo que não seja o dia de atendimento do distrito).
- Engajamento público: Esclarecer à população e principalmente às gestantes quanto à importância de se realizar a primeira consulta da criança na primeira semana de vida, e garantir acessibilidade da mãe aos profissionais de saúde, seja por meio de transporte, seja através da consulta em modelo de visita domiciliar.
- Qualificação da prática clínica: Capacitação da eSF em acolhimento da criança, em políticas de humanização e em relação ao protocolo de atenção à saúde da criança (MS, 2012); capacitar também quanto às informações que devem ser passadas aos cuidadores, estimulando a leitura da caderneta de saúde da criança ou oferecendo materiais educativos.

Metas 2.2/2.3/2.4: Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas/Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas com déficit de peso/Monitorar o crescimento em 100% das crianças cadastradas com excesso de peso.

- Monitoramento e avaliação: Realizar o levantamento do percentual de crianças com as medidas antropométricas aferidas/déficit de peso/excesso de peso.
- Organização e gestão do serviço: Garantir o instrumental necessário para esta ação (antropômetro/fita métrica, balança, protocolos atualizados com as curvas de crescimento de crianças), através de pactuação com a

gestão.

- Engajamento público: Orientar aos pais como observar alterações nas curvas, assim como as condutas frente à situação da criança com relação ao seu crescimento durante os atendimentos, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Qualificar os membros da eSF a aferir medidas antropométricas e a plotar os seus resultados nas curvas de crescimento, identificando possíveis alterações na oficina de capacitação que acontecerá em dois momentos diferentes.

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

- Monitoramento e avaliação: Realizar o levantamento do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.
- Organização e gestão do serviço: Todas as crianças com alterações serão encaminhadas a serviço especializado para diagnóstico e tratamento.
- Engajamento público: Envolver os pais e cuidadores, orientando tanto acerca das condutas em cada consulta, sobre os marcos do desenvolvimento esperados para cada idade, utilizando se possível a caderneta de saúde da criança ou materiais educativos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar todos os integrantes da eSF a identificar marcos do desenvolvimento de acordo com a faixa etária esperada, e a preencherem a ficha específica na oficina de capacitação que acontecerá em dois momentos diferentes.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças cadastradas de acordo com a idade, conforme o PNI.

- Monitoramento e avaliação: levantamento do percentual de crianças com vacinação atrasada e incompleta para a idade, que deverá ser realizado por toda a eSF, mas sistematicamente pelos técnicos de enfermagem e ACS.
- Organização e gestão do serviço: Garantir a disponibilidade de todas as vacinas contempladas pelo PNI na UBS, com transporte em caixas térmicas – exceto a tríplice viral e BCG, o que já acontece no serviço. Acolhimento a todas as crianças levadas para vacinação, mesmo sem consulta agendada, com porta aberta e atendimento imediato; o

acolhimento é atribuição de todos os membros da eSF, porém o primeiro contato será atribuição do técnico de enfermagem, que realizará uma escuta qualificada, a partir da qual o usuário com atraso vacinal é encaminhado para vacinação, cuja atribuição também é do técnico de enfermagem.

- Engajamento público: Orientar os pais e responsáveis sobre o calendário vacinal, a importância de mantê-lo em dia e os riscos inerentes ao atraso.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar a eSF a manter os registros das vacinas realizadas (também na ficha espelho), com a identificação, data e apazamento, o que acontecerá na oficina de capacitação.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses cadastradas, conforme preconizado pelo MS.

- Monitoramento e avaliação: monitorar o quantitativo que está recebendo, através do registro desta informação nas fichas espelho, periodicamente analisadas pela médica e enfermeira.
- Organização e gestão do serviço: Garantir a dispensação da medicação na área.
- Engajamento público: Orientar os responsáveis durante consultas, visitas domiciliares e grupos quanto aos benefícios e mitos envolvidos em terapia com sulfato ferroso.
- Qualificação da prática clínica: Capacitação profissional do médico e do enfermeiro para prescrição, na dose adequada, desta suplementação.

Meta 2.8: Realizar suplementação de vitamina A em 100% das crianças entre 6 a 59 meses cadastradas.

- Monitoramento e avaliação: Registro na ficha espelho, atribuição do técnico de enfermagem, monitorando o quantitativo que está sendo suplementado, o que constitui atribuição da médica e da enfermeira.
- Organização e gestão do serviço: Garantir a administração desta vitamina nas idades preconizadas na área.
- Engajamento público: Orientar os responsáveis quanto aos benefícios da suplementação de vitamina A durante consultas, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitação da eSF, em especial do ACS,

para identificar e convocar as crianças no período da suplementação.

Meta 2.9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças cadastradas em tempo hábil.

- Monitoramento e avaliação: Registrar na ficha espelho o status da criança em relação a este exame, e a partir da análise deste instrumento, monitorar o percentual das que já foram submetidas ao teste da orelhinha (atribuição da médica e da enfermeira).
- Organização e gestão do serviço: A realização deste exame deve ser garantida (juntamente ao gestor) na rede de saúde.
- Engajamento público: Orientar os pais sobre a importância do teste e quanto aos passos necessários para agendamento.
- Qualificação da prática clínica: A realização deste exame deve ser entendida como parte do protocolo de atendimento da criança por parte de toda a eSF, especialmente o médico.

Meta 2.10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças cadastradas, nos 7 primeiros dias de vida.

- Monitoramento e avaliação: Registro da data do exame na ficha espelho, a partir da qual há o monitoramento do percentual de crianças que cumpriram a meta.
- Organização e gestão do serviço: Garantir junto ao gestor as condições necessárias à realização deste exame no período ideal (oferta de transporte, por exemplo, uma vez que a coleta, no caso do meu município, é centralizada na cidade).
- Engajamento público: Orientar a comunidade, especialmente as gestantes, quanto à importância da realização do teste do pezinho em até sete dias, em consultas de pré natal e através das visitas dos ACS.
- Qualificação da prática clínica: Buscar, junto à gestão, oficinas de capacitação das enfermeiras na coleta do teste do pezinho, afim de descentralizá-la.

Meta 2.11: Realizar avaliação da NAO em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

- Monitoramento e avaliação: Registro em ficha espelho, a partir da qual é feito o monitoramento deste indicador.

- Organização e gestão do serviço: Acolher e cadastrar crianças nesta faixa etária, organizando a agenda de atendimento das mesmas, que devem ser consideradas prioridades, com reserva de 40% dos atendimentos agendados para as crianças.
- Engajamento público: A comunidade deverá ser informada nas consultas, visitas domiciliares e grupos quanto à importância desta avaliação, e oferecidos os meios de facilitação.
- Qualificação da prática clínica: A eSF deverá ser capacitada a identificar a NAO nesta faixa etária, o que acontecerá em dois momentos.

Meta 2.12: Realizar primeira COP para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação: Registrar em ficha espelho para o monitoramento do status da saúde bucal de cada criança.
- Organização e gestão do serviço: Acolher e cadastrar crianças nesta faixa etária, organizando a agenda de atendimento das mesmas, que devem ser consideradas prioridades, com reserva de 40% dos atendimentos agendados para as crianças.
- Engajamento público: A comunidade deverá ser informada nas consultas, visitas e grupos quanto à importância desta avaliação, seu caráter prioritário, e devem ser oferecidos meios de facilitação.
- Qualificação da prática clínica: A eSF deverá ser capacitada a identificar a NAO nesta faixa etária, encaminhando os casos com alterações ao dentista para a condução do caso..

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

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

- Monitoramento e avaliação: Monitorar, através da análise da ficha espelho pela médica ou enfermeira, o percentual de consultas em dia e seu cumprimento, o número médio de consultas por criança, e a busca ativa dos casos faltosos.
- Organização e gestão do serviço: As buscas ativas devem ser feitas através de visitas domiciliares pelo ACS (que devem estar aptos a identificar consultas atrasadas), e se necessário, por outros membros da

eSF, devendo haver organização da agenda médica e da enfermagem para inclusão dos casos de absenteísmo prévio. Esses casos provindos da busca ativa serão marcados com prioridade e acolhidos mesmo sem agendamento prévio.

- Engajamento público: A comunidade, em especial os cuidadores, devem ser esclarecidos quanto à necessidade do comparecimento às consultas de puericultura, enfatizando o caráter muitas vezes preventivo das mesmas, e a importância disso.
- Qualificação da prática clínica: Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e ficha espelho na reunião de eSF.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

- Monitoramento e avaliação: Preencher as fichas no atendimento individual, monitorando-as continuamente com análise dos registros em frequência mensal.
- Organização e gestão do serviço: Implantar as fichas após capacitação específica (em dois momentos), pactuando entre a eSF quem será o responsável pelo preenchimento e pelo monitoramento. com treinamento adequado de todos os membros, que acontecerá na oficina de capacitação.
- Engajamento público: Orientação da comunidade quanto aos direitos e benefícios do monitoramento e de segunda via do status vacinal.
- Qualificação da prática clínica: Treinamento adequado de todos os membros no preenchimento das fichas, que acontecerá na oficina de capacitação.

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

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

- Monitoramento e avaliação: monitoramento mensal, feito pela enfermeira e/ou médica, do número de crianças em situação de risco e do quantitativo

destas que estão com atraso nas consultas de puericultura.

- Organização e gestão do serviço: Identificação das crianças de risco na ficha espelho, por todos os profissionais da eSF, para que estas crianças tenham prioridade no agendamento de consultas médicas e de enfermagem, feito pelo ACS, para a data mais próxima possível, mesmo que a agenda já esteja ocupada.
- Engajamento público: Orientar os responsáveis e a população quanto aos fatores de risco para morbidades na infância e a importância do cuidado preventivo e curativo, nesse sentido.
- Qualificação da prática clínica: Os profissionais serão capacitados, em momentos específicos, a identificar crianças em situação de risco, assim como a realizar as orientações para os pais e responsáveis sobre cuidados com essas crianças.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

- Monitoramento e avaliação: Registro desta ação no prontuário e na ficha espelho que possibilitem o monitoramento feito pela médica ou enfermeira, mensalmente.
- Organização e gestão do serviço: Definir os papéis de cada membro da eSF para sua execução, enfatizando que orientar a população individual e coletivamente é uma tarefa de todos.
- Engajamento público: Orientar a comunidade sobre os principais tipos de acidentes na infância por faixa etária, e sobre como preveni-los/evitá-los.
- Qualificação da prática clínica: Realizar oficinas de capacitação da eSF, informando os profissionais sobre os principais tipos de acidentes na infância por faixa etária, e sobre como preveni-los/evitá-los.

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

- Monitoramento e avaliação: Calcular a duração total de aleitamento materno em menores de dois anos, com registro destas ações/informações no prontuário e na ficha espelho, permitindo seu monitoramento, feito pela médica ou pela enfermeira.

- Organização e gestão do serviço: Definir o papel de cada um na orientação sobre o aleitamento, durante a capacitação, a ser realizada em dois momentos.
- Engajamento público: Orientar a gestante e a mãe quanto à importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida para a saúde integral da criança durante pré-natal, visitas, consultas individuais e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar os membros da eSF em orientar e em observar/corriger a “pega”, em oficina específica.

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

- Monitoramento e avaliação: Registro da execução desta ação em prontuário e na ficha espelho para seu monitoramento mensal pela enfermeira ou médica.
- Organização e gestão do serviço: Definir os papéis de cada membro da eSF nesta atribuição e capacitando-os para tal durante oficina específica, além de
- Engajamento público: Orientar os cuidadores quanto à alimentação saudável e adequada à faixa etária da criança durante visitas, consultas individuais e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais da eSF para fornecerem informações sobre a alimentação saudável e adequada à faixa etária da criança.

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

- Monitoramento e avaliação: Monitorar as fichas espelho e prontuários mensalmente, e as atividades educativas sobre o assunto.
- Organização e gestão do serviço: 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 eSF 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.

Objetivo 7: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

Meta 7.1: Ampliar a cobertura de primeira COP para 40% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

- Monitoramento e avaliação: Registro em prontuário e ficha espelho que permita o monitoramento mensal desta ação, a ser feito pela médica, enfermeira ou dentista.
- Organização e gestão do serviço: Solicitar à ACS o levantamento de lista nominal de todas as crianças inscritas no programa Saúde da Criança com indicação de realização ou não da primeira COP, data de nascimento e endereço. Organizar a agenda para as COP, que devem ser priorizadas na marcação através da reserva de vagas (cerca de 20%). Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS. Realizar reuniões periódicas (mensais) com a eSF para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa, para feedback do trabalho desenvolvido e ajuste de possíveis barreiras/falhas.
- Engajamento público: Esclarecer à comunidade, nas visitas, consultas individuais e grupos, sobre a importância de realizar COP a partir dos 6 meses de idade. Informar a comunidade sobre o sistema de agendamento das COP para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS, a ser realizado pela ACS.
- Qualificação da prática clínica: Realizar reuniões periódicas (mensais)

com a eSF para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade (reuniões, materiais educativos/informativos – cartazes, folhetos). Capacitar a eSF para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira COP a partir dos 6 meses de idade, e os ACS a reforçar esta ação durante as visitas e contato direto com a população; a capacitação ocorrerá em dois momentos diferentes.

Objetivo 8: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.

Meta 8.1: Realizar avaliação da NAO em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.

- Monitoramento e avaliação: a ser realizada pela dentista da eSF, com registro em prontuário e na ficha espelho, para monitoramento contínuo desta ação. Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da Unidade que tiveram avaliação da NAO, através de listas nominais (com data de nascimento e endereço) a ser levantada pela ACS e atualizada semanalmente.
- Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar a avaliação da NAO entre as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade, com priorização para a marcação. Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que necessitam realizar atendimento odontológico, após a avaliação, a ser feita pela auxiliar de consultório dentário. Buscar coincidir o agendamento da avaliação da NAO com as consultas de rotina para o monitoramento do CD da criança, com agendamento casado feito pela ACS.
- Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a diferença entre COP e avaliação da NAO, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Treinar a eSF para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre COP e avaliação da NAO, em oficina específica. Revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento, capacitando-os no manejo do paciente infantil, em oficinas específicas.

Meta 8.2: Realizar a primeira COP para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de

abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitoramento e avaliação: Registro em prontuário e ficha espelho, para monitoramento mensal (pela dentista, médica e enfermeira).
- Organização e gestão do serviço: Avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira COP, através de listagem específica levantada pela ACS (com nome, data de nascimento e endereço) e atualizada pela dentista, periodicamente. Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento, com reserva de marcações (cerca de 20% para as crianças). Agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade por qualquer profissional (capacitado em oficina específica), através da comunicação desta situação à ACS.
- Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a primeira COP para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação de puericultura clínica, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Treinar a eSF e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira COP para aquelas crianças que tiveram esta indicação após a primeira avaliação, revisando os principais protocolos de atendimento junto à dentista, em oficina de capacitação específica.

Meta 8.3: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira COP, com os recursos oferecidos na atenção primária.

- Monitoramento e avaliação: Registrar os atendimentos, procedimentos e status (concluído ou não) em prontuário e ficha espelho, para monitoramento posterior contínuo (pela médica, enfermeira ou dentista) do quantitativo de crianças com tratamento dentário concluído.
- Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, com priorização das crianças (reserva de 20% das fichas de atendimento para crianças em tratamento a ser concluído). Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico, através de

pactuação.

- Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário, em consultas individuais, visitas domiciliares, grupos e materiais educativos/informativos (cartazes, folhetos).
- Qualificação da prática clínica: Treinar a eSF para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, em capacitações específicas. Capacitar os profissionais para o manejo da criança, e a eSF no monitoramento da adesão das crianças ao tratamento odontológico, em oficinas específicas.

Objetivo 9: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Metas 9.1/9.2: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira COP e faltaram/Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira COP faltosas às consultas subsequentes (a princípio pela ACS, mas persistindo no absenteísmo, pela equipe de saúde bucal).

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a frequência à primeira COP e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia), a partir da análise das fichas espelho periodicamente. Monitorar as buscas às crianças faltosas, através de seu registro em ficha espelho.
- Organização e gestão do serviço: Organizar uma lista com o nome, data de nascimento e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira COP e subsequentes), a ser levantada pela dentista e mensalmente atualizada. Organizar as visitas domiciliares às crianças, inicialmente pela ACS, e para aquelas persistentemente faltosas (3 faltas ou mais), pela equipe de saúde bucal. Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, com encaixe prioritário.
- Engajamento público: Informar à comunidade e aos responsáveis sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar a eSF para identificar e acolher as crianças que faltaram às consultas odontológicas, em oficinas específicas.

Objetivo 10: Melhorar o registro das informações.

Meta 10.1: Manter registro atualizado em planilha e prontuário de 100% das crianças com primeira COP.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS, através da análise mensal das fichas espelho de todas as crianças agendadas naquele mês, feito pela equipe de saúde bucal ou pela médica.
- Organização e gestão do serviço: Preencher SIAB/folha de acompanhamento, pela equipe de saúde bucal. Implantar registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das crianças (ficha espelho) para os atendimentos odontológicos, a ser preenchida pela dentista ou auxiliar de consultório dentário no ato das consultas. Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos, em atividade de capacitação.
- Engajamento público: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde durante consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar a eSF no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança, em oficina específica.

Objetivo 11: Promover a saúde bucal da crianças.

Meta 11.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP.

- Monitoramento e avaliação: Registrar estas orientações em prontuário e ficha espelho, para permitir o monitoramento desta ação.
- Organização e gestão do serviço: Definir o papel de cada membro da eSF na orientação sobre higiene bucal, em oficina específica.
- Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança, em oficina específica.

Meta 11.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP.

- Monitoramento e avaliação: Registro em prontuário e ficha espelho para monitoramento dos registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira COP, pela equipe de saúde bucal, médica ou enfermeira.
- Organização e gestão do serviço: Definir o papel de cada membro da eSF na orientação sobre higiene bucal, em oficina de capacitação.
- Engajamento público: Esclarecer à comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos, por toda a eSF.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança, em oficina específica.

Meta 11.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira COP.

- Monitoramento e avaliação: Registro em prontuário e ficha espelho, a partir da qual será feito o monitoramento mensal, pela equipe de saúde bucal, médica ou enfermeira.
- Organização e gestão do serviço: Definir o papel de cada membro da eSF na orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, em capacitação específica.
- Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, em consultas individuais, visitas domiciliares e grupos.
- Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias em oficina específica.

2.3.2 – Indicadores

Os indicadores utilizados para o monitoramento das metas da ação

programática são os seguintes:

↳ **COBERTURA - Objetivo1: Ampliar a cobertura do programa de saúde da criança.**

◆ **Meta 1.1:**

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

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

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

↳ **QUALIDADE - Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento.**

◆ **Meta 2.1:**

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

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

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

◆ **Meta 2.2:**

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

◆ **Meta 2.3:**

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

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela eSF.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

◆ **Meta 2.4:**

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

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela eSF.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

◆ **Meta 2.5:**

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

◆ **Meta 2.6:**

Indicador 2.67: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

◆ **Meta 2.7:**

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

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

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

◆ **Meta 2.8:**

Indicador 2.8: Proporção de crianças de 6 a 59 meses com suplementação de vitamina A.

Numerador: Número de crianças de 6 a 59 meses de idade que estão com as megadoses de vitamina A preconizadas em dia.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 59 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

◆ **Meta 2.9:**

Indicador 2.9: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

◆ **Meta 2.10:**

Indicador 2.10: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

de vida.

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

◆ **Meta 2.11:**

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da NAO.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da NAO.

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

◆ **Meta 2.12:**

Indicador 2.12: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira COP.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira COP 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.

▲ **ADESÃO - Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.**

◆ **Meta 3.1:**

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

▲ **REGISTRO - Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

◆ **Meta 4.1:**

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de crianças com o registro na ficha-espelho atualizado.

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

▲ **AVALIAÇÃO DE RISCO - Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.**

◆ **Meta 5.1:**

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de

risco.

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

▲ **PROMOÇÃO - Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.**

◆ **Meta 6.1:**

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

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

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

◆ **Meta 6.2:**

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

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

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

◆ **Meta 6.3:**

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

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

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

◆ **Meta 6.4:**

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

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

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

Os indicadores utilizados para monitoramento de ações em saúde bucal são

os seguintes:

▲ **COBERTURA - Objetivo 7: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.**

◆ **Meta 7.1:**

Indicador 7.1: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira COP.

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

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

▲ **QUALIDADE - Objetivo 8: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.**

◆ **Meta 8.1:**

Indicador 22: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da NAO.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da NAO.

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

◆ **Meta 8.2:**

Indicador 8.2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com NAO e com primeira COP.

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

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

◆ **Meta 8.3:**

Indicador 8.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

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

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade

de saúde com primeira COP.

✧ **ADESÃO - Objetivo 9: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.**

◆ **Meta 9.1:**

Indicador 9.1: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira COP e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira COP que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira COP e faltaram.

◆ **Meta 9.2:**

Indicador 9.2: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

✧ **REGISTRO - Objetivo 10: Melhorar o registro das informações.**

◆ **Meta 10.1:**

Indicador 10.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

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

Denominador: Número total de crianças com primeira COP.

✧ **PROMOÇÃO - Objetivo 11: Promover a saúde bucal das crianças.**

◆ **Meta 11.1:**

Indicador 11.1: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

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

◆ **Meta 11.2:**

Indicador 11.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

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

◆ **Meta 11.3:**

Indicador 11.3: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

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

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

2.3.3 – Logística

Atualmente, o registro de atendimentos individuais e atividades coletivas, em minha UBS, é feito em prontuários físicos e em cadernos de produção individuais. Desde o começo da prática clínica, em seis de março de 2014, senti que havia uma subutilização dos prontuários, especialmente pelos profissionais médicos, com consequente subregistro expressivo de informações relevantes. Trago da minha formação acadêmica a noção do papel fundamental do registro qualificado, tanto para o conhecimento da situação clínica do usuário da forma mais rápida e objetiva possível (via pontuação das comorbidades e situação dos exames complementares mais atuais), quanto para o domínio de todas as condutas adotadas na terapêutica proposta para aquele usuário até então, sejam elas de cunho preventivo, curativo ou de promoção da saúde. Desta forma, procurei detalhar no prontuário dados sobre os usuários de modo que os outros profissionais da eSF ou colegas médicos, que venham a ocupar meu lugar futuramente, entendam seu status clínico e as condutas tomadas por mim de modo prático e objetivo, possibilitando a longitudinalidade do cuidado.

A utilização de instrumentos capazes de padronizar a atenção a determinado grupo em saúde consiste em uma maneira de prestar uma assistência integral, abordando sistematicamente os aspectos clínicos mais relevantes, e garantindo a adoção de medidas terapêuticas e de promoção à saúde de modo ordenado. É necessário, no entanto, que se respeite a individualidade de cada território, população e indivíduo, sendo tal padronização relativa, devendo servir de base para que, a partir dela, sejam criadas rotinas que contemplem todas as necessidades em saúde de todos os usuários adstritos.

Em meu território, a adoção de um protocolo para a puericultura é fundamental para que a atenção à saúde da criança seja desenvolvida de modo

universal, integral e equitativo, conjuntamente às ações de prevenção e de promoção, capazes de impactar positivamente em indicadores de morbimortalidade na infância, de cobertura e de qualidade da assistência. Com base no material do MS, desenvolvi uma ficha espelho para cada criança entre zero e 72 meses, contendo dados pessoais e sociais, além das ações a serem desenvolvidas (de modo contínuo – exemplo: suplementação de ferro dos seis aos 24 meses – e/ou focal – exemplo: vacinação de acordo com a idade), cujo preenchimento será atribuição de todos os profissionais da eSF que prestarem atendimento a este público. Vale ressaltar que este instrumento visa também facilitar o monitoramento das ações desenvolvidas, devendo contemplar todos os indicadores de qualidade da assistência, além de permitir a identificação de pendências, faltas às consultas etc, e a partir daí, a adoção das medidas necessárias.

A capacitação da eSF quanto ao manual do MS é fundamental, no sentido de permitir o domínio de todas as ações preconizadas para a assistência às crianças na faixa etária de zero a 72 meses, com aprimoramento da prática clínica, contribuindo para o sinergismo entre as atribuições dos profissionais da eSF. As capacitações serão momentos de apresentação do protocolo de puericultura do MS (2012), da política nacional de humanização e acolhimento do SUS/MS, das fichas espelho (puericultura e saúde bucal), da definição das atribuições de cada membro da eSF na intervenção e na atenção à saúde da criança, e de diálogo. Será desenvolvida em dois momentos: o primeiro ocorrerá no âmbito da UBS, após os atendimentos do dia (que são feitos em horário corrido), com duração de cerca de duas horas. O segundo momento ocorrerá na semana seguinte, na reunião de eSF que ocorre mensalmente, com maior duração (cerca de quatro horas). A capacitação será ministrada por mim, pela enfermeira e pela dentista da eSF, através de apresentação de Power Point. Haverá a solicitação, à gestão, de cópia da versão atual do protocolo de puericultura do MS, para que esteja disponível para consulta na UBS.

O cadastramento das crianças de zero a 72 meses no programa é atribuição da ACS, que deverá ter uma lista própria a ser continuamente atualizada e monitorizada, com repasse das informações para a eSF semanalmente, incluindo a “notificação negativa”. A partir dos prontuários do público alvo, reunidos pela ACS, eu levantarei os dados para o preenchimento da ficha espelho de puericultura e a dentista fará a parte da saúde bucal, e em caso de informações pendentes, estas deverão ser buscadas durante as próximas consultas, através da anamnese/exame

clínico e do cartão da criança, ou ativamente, através de visitas domiciliares (feitas pela ACS). É importante enfatizar que outros profissionais da eSF poderão contribuir para a busca de informações pendentes e preenchimento na ficha espelho, a qual será utilizada juntamente com o prontuário nas consultas das crianças, devendo ser atualizada nestas ocasiões também.

As fichas espelho terão arquivamento próprio, para facilitar a consulta ao status de saúde das crianças de modo objetivo. Sua organização e monitoramento para sinalização de pendências e absenteísmos será atribuição da ACS, que repassará tais situações para a eSF. Já o monitoramento das informações para construção dos indicadores de saúde será atribuição minha, ocorrendo mensalmente, através do levantamento dos dados das fichas espelho.

Para ampliação da cobertura, há necessidade de se conhecer primeiramente o status atual da puericultura no território. Das 28 crianças entre zero e 72 meses residentes em Cruzamento e Novo Horizonte, apenas 53,6% estão cadastradas, sendo a meta a ampliação para 80,0%. A partir da criação e preenchimento de uma ficha espelho para cada criança, a ACS irá identificar a assiduidade das consultas e a adequabilidade de sua frequência, conforme preconizado pelo MS, realizando o agendamento das crianças que estiverem com consultas atrasadas e a busca ativa com remarcação das faltosas para data próxima. Para que seja possível manter em dia as consultas de puericultura, haverá uma reserva de atendimentos médicos para este programa, cerca de 40,0% das vagas, destinadas a pacientes agendados em dia, mas com prioridade para crianças de alto risco e maior vulnerabilidade e para as faltosas provenientes da busca ativa. Consultas de demanda espontânea que necessitem de avaliação médica não serão contabilizadas na reserva de pacientes agendados, e todas serão avaliadas pela eSF. Vale ressaltar que no término de qualquer consulta (programada ou não), deve haver uma previsão de data de retorno, conforme recomenda o MS, mas sempre respeitando-se o princípio da equidade.

As COP serão realizadas sem a cadeira odontológica, através de uma avaliação a ser agendada pela ACS conforme preconizado pelo MS, no modelo de consultas individuais. Havendo necessidade de tratamento dentário, os recursos a serem ofertados no momento são bastante limitados, dependendo principalmente da substituição da cadeira odontológica danificada, o que também prejudica o alcance da meta de 100,0% das crianças com tratamento dentário concluído. Vale ressaltar

que além da situação atual do consultório odontológico, existem patologias dentais que necessitam de atendimento especializado, não ofertado na APS. Tais casos deveriam ser encaminhados para CEOs, inexistentes na região até o momento. Casos de demanda espontânea serão acolhidos na UBS pela ACS, avaliados pela dentista e, havendo caráter de urgência/emergência, encaminhados para a zona urbana, onde há uma UBS que recebe casos odontológicos de demanda espontânea .

A avaliação da NAO deve ser sempre feita, em todas as consultas de puericultura, atividades coletivas (por exemplo: PSE), não sendo atribuição exclusiva da equipe de saúde bucal. Para tal, a capacitação clínica da eSF deve ser feita, ministrada pela dentista, nos dias previstos no calendário, para que todos da eSF estejamos aptos a identificar os problemas dentários mais comuns na infância, com encaminhamento para a dentista o mais precocemente possível.

O acolhimento das crianças na UBS será feito de modo contínuo, primeiramente pela ACS. Em relação às demandas espontâneas, a primeira escuta qualificada será atribuição da ACS, a qual orientará o usuário para que ele receba a atenção que necessite. Havendo queixa reportada pelo paciente, este será encaminhado para a enfermeira, que fará o primeiro atendimento, classificando o caso quanto à necessidade de avaliação médica (imediata, prioritária, ainda naquele dia de atendimento ou em consulta eletiva). A eSF sempre atende a todas as demandas espontâneas, não havendo excesso. Caso haja necessidade de terapêutica ou investigação diagnóstica de maior complexidade, haverá o encaminhamento desta criança para a unidade de urgência de SMG, de onde pode haver regulação para um hospital de maior porte na cidade vizinha, Touros, ou em Natal, conforme a necessidade do usuário. Vale ressaltar que nos dias que a eSF não está na UBS, há funcionamento com um profissional técnico de enfermagem, que realizará este acolhimento com o primeiro atendimento, orientando o usuário em seguida e repassando a situação para a ACS e para o restante da eSF no próximo dia de atendimento.

Para que se atinja 100% de atendimentos na primeira semana de vida dos RNt, é necessário saber a situação das gestantes da área, com visitas semanais àquelas que estão no termo e próximas da data provável do parto, sendo essa uma atribuição da ACS. Havendo identificação de um RNt novo na área, a eSF deverá ser informada, e a consulta do binômio mãe-bebê agendada em seus primeiros sete

dias de vida, idealmente através de uma visita domiciliar. Importante ressaltar o caráter prioritário deste atendimento, que deve ocorrer mesmo que todas as vagas de consultas daquele dia já estejam preenchidas, sem reserva de vagas especificamente devido ao baixo número de gestantes na área. A visita idealmente deverá ser multidisciplinar, com a participação de toda a eSF. Porém, em caso de excesso de demanda no dia, a enfermeira realizará a visita com a ACS para em crianças de baixo risco, com agendamento do retorno para o médico conforme estabelecido pelo protocolo do MS (respeitando-se o princípio da equidade). Crianças de alto risco e vulnerabilidade necessariamente deverão passar por avaliação médica na primeira semana de vida, entrando como demanda espontânea prioritária em caso de excesso. Nestas ocasiões, deve-se sempre realizar o atendimento da puérpera e do RNt integralmente, com observação da mamada e orientação quanto a possíveis falhas, estimulando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e o afeto entre todos os membros da família e o novo bebê, acolhendo a puérpera em relação a possíveis medos e ansiedades comuns e inerentes a esta fase.

A aferição dos parâmetros antropométricos é atribuição do técnico de enfermagem, com necessidade do material adequado, a saber: balanças infantil e adulta calibradas, fita métrica, que serão solicitados à gestão através de reunião específica e envio de ofício impresso. O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento, que deve ser realizado em todas as consultas de puericultura, é atribuição do médico ou enfermeiro, a partir da plotagem dos dados antropométricos nos gráficos e do reconhecimento dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor normais para a idade, a serem registrado na ficha espelho da criança, no prontuário individual e na caderneta da criança (modelo atual). Entretanto, durante as capacitações sobre o protocolo do MS, a técnica de aferição dos dados antropométricos, plotagem e interpretação dos gráficos, reconhecimento dos principais marcos do desenvolvimento normais para a idade, serão informações passadas a todos os membros da eSF, que serão treinados a realizá-las para identificação de possíveis alterações na normalidade. Esta qualificação, especialmente dos ACS, é importante pelo fato da presença da eSF ter frequência apenas semanal na UBS de Novo Horizonte, e em alguns distritos mensal, representando um elo entre a eSF e a comunidade.

Através dos gráficos de crescimento e dos marcos do desenvolvimento, serão

identificadas possíveis situações de anormalidade, a princípio nas consultas de puericultura, mas também através da sinalização feita por outros profissionais da eSF além do médico e da enfermeira. Crianças com déficit ou excesso de peso, e aquelas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor deverão ser monitoradas, com abordagem multidisciplinar e maior frequência de consultas médicas e de enfermagem. É importante incluir visitas domiciliares com todos os membros da eSF nesta abordagem, pois permitem o conhecimento do contexto social na qual a criança está inserida, e a influência do ambiente externo na saúde e nas alterações observadas. A orientação dos responsáveis quanto a estas anormalidades e condutas adequadas são de responsabilidade de todos da eSF, especialmente do médico, da enfermeira e da dentista, que devem realizar abordagem também de cunho preventivo e que promova a saúde, de modo que se atinja a máxima resolatividade. Casos em que isso não seja possível deverão ser encaminhados para consulta com especialistas do NASF ou em serviços de maior complexidade. Em reunião com a gestão, haverá a sugestão de que crianças que necessitem deste tipo de encaminhamento sejam prioridade para a regulação de vagas, antecipando ao máximo estes pareceres.

A verificação do status vacinal é atribuição de todos os profissionais da eSF, mas a plotagem destas informações na ficha espelho do prontuário será responsabilidade do técnico de enfermagem, fazendo parte do primeiro atendimento prestado por este profissional. As situações de atraso serão identificadas por todos os profissionais, mas será atribuição do técnico de enfermagem, que deverá atualizar de modo oportuno. Casos de atrasos persistentes deverão ser sinalizados à ACS para que a mesma realize busca ativa da criança. A ACS também deverá me informar se há ou não situações de atraso vacinal semanalmente, para que eu possa monitorar estes dados, intervindo da maneira adequada e confeccionando os indicadores. Importante reforçar que o acolhimento das crianças que vão ao posto para receberem vacinas deve ser imediato, pela ACS, para que a oportunidade de vacinação não seja perdida. Os responsáveis devem ser orientados sempre (em consultas de puericultura ou de modo oportunístico) sobre as próximas vacinas previstas no calendário por todos os membros da eSF.

A prescrição da suplementação de ferro e de vitamina A é atribuição do médico, devendo ser seguida, de acordo com o protocolo do MS, também pela enfermeira, em todas as consultas de puericultura, com registro específico na ficha

espelho. O status destas suplementações, especialmente a de vitamina A, deverá ser verificada pelo técnico de enfermagem no primeiro atendimento, e sinalizada em caso de atraso para a ACS, enfermeira e médica, para que haja monitoramento adequado e intervenção oportuna.

A triagem auditiva e o teste do pezinho devem ser solicitados pelo médico em tempo oportuno, mesmo quando a consulta de puericultura for feita com a enfermeira, com registro da data do pedido e da realização na ficha espelho. O monitoramento destes dados é atribuição do médico, a ser feita através da análise das fichas espelho semanalmente.

A avaliação de risco deve ser feita por profissional capacitado, preferencialmente o médico e o enfermeiro, mas é importante que todos os membros da eSF estejam aptos a reconhecer sinais de vulnerabilidade, sinalizando-os sempre ao médico ou enfermeira, o que será enfatizado durante as atividades de capacitação. A partir do conhecimento de todos da eSF desta situação e sinalização em sua ficha espelho, a criança em risco deve ter atendimento priorizado e marcação de consultas eletivas com maior frequência, a ser estabelecida pelo médico, sendo o agendamento atribuição da ACS. O quantitativo de crianças em risco deve ser levantado pelo ACS (após classificação pelo médico ou enfermeira), e monitorado por mim de modo contínuo.

As ações de promoção à saúde e prevenção de agravos ocorrerão sempre, continuamente, em todas as consultas individuais, tanto de puericultura quanto de saúde bucal, com registro nas fichas espelho. É papel de todos os membros da eSF, que receberão capacitação para isso. As atividades de grupo previstas visam reforçar estas ações, abordando alimentação saudável de acordo com a faixa etária, prevenção de acidentes, higiene bucal. Foram planejadas duas atividades educativas em dois encontros distintos, uma com os pais e outra com as crianças de dois a cinco anos (abordagem lúdica através de jogos, vídeos educativos, a ser planejada, preferencialmente no ambiente escolar com envolvimento de toda a comunidade da educação), que serão ministradas por mim, pela enfermeira e pela dentista e com participação do restante da eSF, e também da nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e assistente social, do NASF.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção, havia a previsão de realizar as seguintes ações: quatro oficinas de capacitação dos profissionais (três para a minha eSF – na primeira, quinta e nona semanas da intervenção – e outra para todas as eSF do município - na segunda semana da intervenção) sobre o manual de puericultura do MS, para qualificação da prática clínica – medidas antropométricas, acompanhamento do crescimento (curvas) e do desenvolvimento (marcos), para utilização e interpretação da ficha espelho da puericultura/atendimento odontológico, para identificação de problemas básicos em saúde bucal, para acolhimento – demanda agendada e espontânea, e para estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; contato com lideranças locais - inclusive nas escolas - para apresentação da intervenção e solicitação de apoio (na segunda, quinta e nona semanas); feedback da comunidade sobre o programa de puericultura (na quarta e oitava semana); cadastramento de todas as crianças no programa de puericultura (em todas as semanas); levantamento de dados dos prontuários e identificação de falhas/pendências (na primeira, quinta e nona semanas); acolhimento às crianças que venham à UBS por qualquer motivo (demanda agendada, demanda espontânea, vacinação, orientação, atividades educativas, a ser feito em todas as semanas); atendimento clínico às crianças de zero a cinco anos (em todas as semanas); atendimento odontológico das crianças de seis meses a cinco anos – primeira COP (em todas as semanas); atendimento odontológico das crianças – tratamento continuado (em todas as semanas, na dependência da substituição da cadeira odontológica); ações de promoção à saúde e prevenção de agravos individuais – orientações durante atendimento por todos os profissionais (em todas as semanas); busca ativa das crianças faltosas às consultas (clínicas e odontológicas) pelos ACS/membros da eSF (em todas as semanas que fossem necessárias); monitoramento da intervenção (em todas as semanas); planejamento de atividades educativas de promoção à saúde (na quinta e nona semanas); atividade de grupo com pais e cuidadores de crianças menores de 72 meses (na sexta semana); atividade de grupo com as crianças em parceria com as escolas para prevenção e promoção à saúde – PSE (na décima semana); escovação supervisionada (na segunda, terceira décima e décima primeira semanas); vacinação de acordo com a faixa etária/PNI (em todas as semanas); suplementação

de ferro para crianças entre seis a 24 meses (em todas as semanas); suplementação de vitamina A para crianças entre seis a 59 meses (em todas as semanas); solicitação do teste do pezinho no período alvo (em todas as semanas); solicitação do teste da orelhinha no período alvo (em todas as semanas); visitas domiciliares a todas as crianças em situação de vulnerabilidade/risco pelo ACS/membros da eSF (em todas as semanas).

Foram realizadas: duas oficinas de capacitação dos profissionais (uma para a minha eSF – na primeira semana da intervenção – e outra para todas as eSF do município – na sexta semana da intervenção) sobre o manual de puericultura do MS, para qualificação da prática clínica – medidas antropométricas, acompanhamento do crescimento (curvas) e do desenvolvimento (marcos), para utilização e interpretação da ficha espelho da puericultura/atendimento odontológico, para identificação de problemas básicos em saúde bucal, para acolhimento – demanda agendada e espontânea, e para estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; contato com lideranças locais - inclusive nas escolas - para apresentação da intervenção e solicitação de apoio (na terceira e nona semanas); feedback com a comunidade de forma contínua; cadastramento parcial das crianças no programa de puericultura (em todas as semanas); levantamento de dados dos prontuários e identificação de falhas/pendências de modo contínuo, em todas as semanas; acolhimento às crianças que venham à UBS por qualquer motivo (demanda agendada, demanda espontânea, vacinação, orientação, atividades educativas, em todas as semanas); atendimento clínico às crianças de zero a cinco anos (em todas as semanas, exceto na segunda, sétima e nona); atendimento odontológico das crianças de seis meses a cinco anos – primeira COP (somente na quarta, quinta e oitava semanas); ações de promoção à saúde e prevenção de agravos individuais – orientações durante atendimento por todos os profissionais (em todas as semanas); busca ativa das crianças faltosas às consultas (clínicas e odontológicas) pelos ACS/membros da eSF (sempre que foram necessárias); monitoramento da intervenção (em todas as semanas); planejamento de atividades educativas de promoção à saúde (na sexta e oitava semanas); atividade de grupo com pais e cuidadores de crianças menores de 72 meses (na sétima semana); atividade de grupo com as crianças de até três anos em parceria com as escolas para prevenção e promoção à saúde (na nona semana); escovação supervisionada (na décima segunda semana); vacinação de acordo com a faixa etária/PNI (em

todas as semanas, exceto na décima); suplementação de ferro para crianças entre seis a 24 meses (em todas as semanas); suplementação de vitamina A para crianças entre seis a 59 meses (em todas as semanas, exceto na décima); solicitação do teste do pezinho no período alvo (em todas as semanas); solicitação do teste da orelhinha no período alvo (em todas as semanas); visitas domiciliares a todas as crianças em situação de vulnerabilidade/risco pelo ACS/membros da eSF (em todas as semanas).

As oficinas de capacitação ocorreram em dois momentos distintos e foram experiências diferentes. A primeira foi somente para a minha eSF, após os atendimentos na própria UBS de Novo Horizonte, com a participação da ACS Graça. Foi um momento muito especial na intervenção, por ser uma demonstração importante de apoio por parte dos integrantes da eSF, que se dispuseram a retornar mais tarde para suas casas para participarem. Foi a primeira vez que efetivamente expus tudo sobre a intervenção, desde aspectos relacionados à idéia inicial da especialização, até os objetivos, metas e ações planejados. Apesar de cansativo, foi bastante envolvente, e a intervenção representou um objetivo comum ali. Não era a minha, mas a nossa intervenção, e todos os nossos braços estavam juntos para mais um desafio.

O meu técnico de enfermagem foi uma das pessoas que ficou mais reticente, pois para ele a intervenção representou e representa mais trabalho, mais papel a ser preenchido. No final das contas, tive que desempenhar muitas das suas atribuições, como o preenchimento de grande parte da ficha espelho, a aferição de dados antropométricos das crianças - a estatura foi a mais complicada, pois além dele fazer um trabalho sofrível quando utilizada a fita métrica, não raro este dado estava pendente no prontuário, o que me obrigava a aferi-lo também. Evidentemente que não há nenhum grande problema nisso, mas o fato é que a divisão de trabalhos não foi respeitada e que eu fiquei sobrecarregada durante a intervenção.

Isso foi agravado pelo fato da minha enfermeira ter entrado de férias durante todo o mês de setembro, e ter estado afastada do trabalho por motivos de saúde na primeira metade do mês de outubro. Sem ela, a quantidade de crianças atendida na puericultura ficou reduzida por pelo menos a metade, o que gerou uma sobrecarga na minha agenda.

A segunda oficina de capacitação, que por pedido da gestora local abrangeu também as outras três eSF de ESF do município, foi adiada algumas vezes. Essa foi

uma das manifestações de descaso que senti por parte da gestão e da coordenação da atenção básica. Quando a capacitação ocorreu, numa reunião de eSF, não houve a participação da secretária de saúde nem da coordenadora da atenção básica - esta ficou numa sala anexa à da apresentação, sem nem ao menos dizer às eSF do que se tratava a exposição e que a ideia era realmente a incorporação das rotinas por todas as demais eSF.

Apesar da ideia não ter recebido o apoio da gestão nem ter sido de fato incorporada pelas outras eSF, uma importante demanda que foi levantada na segunda oficina de capacitação foi a do teste do pezinho, cuja coleta é centralizada em uma UBS na área urbana do município, ocorrendo apenas às segundas feiras em horário restrito, o que dificulta e por vezes inviabiliza sua realização na primeira semana de vida da criança. Isso é ainda mais importante para a população da zona rural, que sofre um isolamento relativo, ainda mais no puerpério, período difícil que limita a mãe em sair de casa para lugares distantes, muitas vezes em meios de transporte inadequados ("carros de feiras"). As enfermeiras que participaram da capacitação, inclusive as duas que atuam na zona urbana, levantaram a bandeira de que a coleta do material para o teste do pezinho deveria ser descentralizada, e feita preferencialmente durante a visita puerperal. A partir dessa demanda, foi organizada uma capacitação para coleta do teste do pezinho com três das quatro enfermeiras da ESF do município - a única que não pode participar, infelizmente, foi a da minha eSF, que estava afastada por problemas de saúde. O treinamento prático para essa coleta não ocorreu, e a descentralização da coleta do teste do pezinho não se concretizou, por falta de incentivo da gestão. Sei que existe uma série de dificuldades e obstáculos a serem vencidos para este fim, porém vejo mais uma vez como uma manifestação de descaso com iniciativas que têm alto potencial de qualificar ainda mais a atenção básica local. De todo modo, foi interessante observar o processo de discussão em torno da coleta do teste do pezinho surgir a partir da intervenção, mostrando engajamento por parte dos profissionais.

Outra importante discussão que surgiu durante as duas capacitações foi sobre a suplementação de sulfato ferroso na infância, cujo esquema utilizado até então era de dose única semanal variando de 12,5 a 25mg de ferro elementar, prescrita pelas enfermeiras. Através da intervenção, atuei atualizando essa informação, conforme sugerido no manual de puericultura de 2012 do MS, que recomenda 1mg de ferro elementar por quilo de peso ao dia, para crianças nascidas a termo.

Concomitantemente à intervenção, foi introduzido o sulfato ferroso em gotas na farmácia do município, cuja posologia é mais fácil do que o xarope, antigamente utilizado. A suplementação de ferro foi feita durante toda a intervenção, sem dificuldades.

O contato com lideranças locais foi algo que ocorreu de modo menos organizado que o previsto, pela dificuldade de articulação de uma reunião para este fim, considerando que há apenas um dia por semana para a realização de todas as ações na UBS (conforme o modelo de atendimento vigente). Algo que facilitou o desenvolvimento desta ação foi o fato das auxiliares de serviços gerais da UBS - Zélia e Ângela - serem membros das comunidades locais e pessoas influentes ali, além de estarem semanalmente na UBS. Logo, houve uma ponte contínua entre a comunidade, a eSF e a intervenção, representada por elas. Considerei também a ACS Graça como uma importante liderança local, passível de consultas mais frequentes e fáceis. O contato com os educadores de Novo Horizonte ocorreu apenas uma vez, por falta de tempo disponível tanto de minha parte quanto das escolas. Não pude fazer contato, por esse mesmo motivo, com educadores de Cruzamento nem com os diretores de ambas as escolas, e é necessário repensar o diálogo entre a saúde e a educação, que é bastante limitado no município, especialmente na zona rural.

O feedback com a comunidade também não pode ser desenvolvido em momentos específicos pela falta de tempo disponível para isso no único dia da semana destinado a todas as ações da intervenção. Para contornar essa situação sem que se perdesse a importante participação popular e o engajamento público na intervenção, eu tentei realizar consultas à comunidade de modo longitudinal durante praticamente todas as semanas da intervenção, de modo individual - em consultas ambulatoriais na puericultura, pré natal e outras áreas - e em atividades coletivas. Foi importante consultar usuários que não estavam diretamente participando da intervenção, como hipertensos, diabéticos e outros grupos, pois assim tive uma ideia do impacto das ações desenvolvidas e de todas as mudanças na rotina da UBS por parte de pessoas que estavam observando externamente. A intervenção foi muito bem aceita, apesar de em seu início ter havido uma certa dificuldade de adaptação com a priorização das crianças na agenda médica e na ordem de chamada para as consultas ambulatoriais. Acredito que o fato do foco da intervenção ter sido as crianças facilitou a adesão e a compreensão por parte da população, já que o

cuidado com os pequenos, de um modo geral, mobiliza e sensibiliza as pessoas,

O cadastramento das crianças no programa de puericultura, com levantamento de dados de prontuário e abertura da ficha espelho, não foi realizado em momentos específicos conforme planejado, pela falta de tempo disponível para essa ação no único dia da semana disponível para a intervenção. A solução que encontrei para isso foi o cadastramento contínuo das crianças durante todas as semanas da intervenção. A estratégia que utilizei baseou-se na listagem pela ACS de todas as crianças com idade entre zero a 72 meses da área, e levantamento dos seus prontuários, cadernetas de vacinação, resultado dos testes do pezinho e outras informações relevantes, reunidos pela ACS. Para otimizar o cadastro, muitas vezes eu levava este material para casa, onde abria a ficha espelho individual de cada criança com base em dados retrospectivos coletados do material, que era devolvido na semana seguinte para a UBS e para as famílias. Mesmo assim, devido à carência de informações nos prontuários e nas cadernetas de saúde, de um modo geral muito mal preenchidos, não foram raras as pendências de informações. Quando isso ocorria, eu sinalizava as lacunas de dados pendentes para que, durante as consultas individuais, houvesse o seu preenchimento com base em informações coletadas com os responsáveis. O informações a respeito do resultado e a data do teste do pezinho, principalmente, mas também do teste da orelhinha, teste do olhinho e da manobra de Ortolani, assim como observação da primeira mamada, dificilmente estavam disponíveis para coleta nos prontuários e outras fontes de informação, até mesmo durante as entrevistas com as mães. Nesse sentido, a introdução da ficha espelho veio para possibilitar e normatizar esse registro, já que exibe campos específicos para estas informações, possibilitando o seu monitoramento daqui em diante.

Não foi possível o cadastramento da totalidade das crianças da área entre zero e 72 meses no programa muito em função da falta de organização da ACS, que não realizou a listagem mensalmente, mas apenas quando solicitada. Porém, mesmo assim, houve o cadastramento da maior parte das crianças.

O acolhimento das crianças ocorreu todos os dias da intervenção, fosse qual fosse o motivo da procura à UBS. No entanto, o responsável pelo primeiro contato com os usuários, que foi o técnico de enfermagem da eSF, pareceu não ter compreendido alguns importantes conceitos relacionados ao tema acolhimento, como a ideia da postura de portas sempre abertas para crianças. Por este motivo,

houve ocasiões em que ele mandou de volta para casa crianças que estavam agendadas para mim, mas que chegaram mais tarde que o horário estipulado para o acolhimento. Além disso, ele também mostrou desconhecer o princípio da equidade, e deixou alguns casos de crianças que chegaram como demanda espontânea e necessitavam de atendimento prioritário - como casos de febre aguda e alta - esperando até a finalização da agenda do dia, para que então eu as atendesse. Felizmente esses foram casos pontuais, importantes para rever com o técnico de enfermagem e com toda a eSF o significado de acolhimento, de portas abertas para as crianças, de equidade, classificação de risco etc.

O atendimento clínico durante a intervenção foi muito mais completo que anteriormente, contando com avaliação antropométrica, monitoramento do crescimento com registro na ficha espelho, orientações individuais para promoção à saúde etc. Todas essas ações foram facilitadas pela introdução da ficha espelho, instrumento que fez parte da protocolização do atendimento, com pontos específicos e cruciais que não poderiam ser esquecidos, incluindo materiais para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças pela eSF.

A importância do acompanhamento longitudinal da criança pode ser percebida durante a intervenção por toda a eSF, que observou quadros recorrentes de patologias preveníveis em crianças, como parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas superiores, diarreia aguda, reduzirem a frequência expressivamente. Inclusive com a intervenção foi possível o mapeamento das crianças em situação de maior risco e vulnerabilidade, e estas obtiveram prioridade na marcação de consultas, em respeito ao princípio da equidade.

As buscas ativas ocorreram sem problemas, todas pela ACS, sem persistência das faltas às consultas que motivasse a necessidade da busca pela eSF. De um modo geral, as crianças faltaram pois as mães foram avisadas da consulta de véspera e tinham outra programação para o dia, como viagens ou compromissos como ir ao banco etc. Uma mãe realmente disse que não iria, e de fato não levou os filhos, pois não queria e achava besteira - inclusive vim a constatar que as crianças estavam com as vacinas atrasadas, não tinham feito teste do pezinho nem triagem auditiva na vida, dentre outras negligências. De todo modo, essa mãe acabou indo à consulta reagendada e nos procurou posteriormente em caráter de demanda espontânea, mostrando uma tentativa de aproximação.

As visitas domiciliares às crianças de maior risco e vulnerabilidade foram

feitas apenas pela ACS, que as encaminhava para consultas ambulatoriais na UBS. Acredito que esse fluxo deu certo, porém não descarta a necessidade de conhecer a realidade do ambiente no qual essas crianças estão inseridas, através da visita domiciliar por toda a eSF, algo que deverá ser discutido e, se possível, incorporado à rotina da UBS.

O monitoramento da intervenção ocorreu de modo longitudinal. Toda semana as planilhas de dados da puericultura e da saúde bucal foram alimentadas com os novos dados coletados das crianças cadastradas, e com os novos cadastramentos. Quanto a isso não houve problemas.

A triagem auditiva é feita em algumas maternidades, inclusive na que é referência para nosso município. Então, a maioria das crianças que nasceram nessa maternidade voltavam com teste da orelhinha feito. No entanto, aquelas que nasciam em outros estabelecimentos/localidades não realizavam; para estas, nós realizamos o encaminhamento para a triagem, que era marcada sem grandes dificuldades pela central de regulação na secretaria municipal de saúde. Casos de falha no teste, que necessitavam de reteste, eram marcados pelo próprio profissional que realizava a triagem.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foram realizadas as seguintes ações que estavam previstas: capacitação na quinta e nona semanas; contato com lideranças locais quinta semana; feedback com a comunidade em momentos específicos; cadastramento da totalidade das crianças no programa de puericultura; revisão de prontuário em momentos específicos; atendimento clínico na segunda, sétima e nona semanas; atendimento odontológico – COP, na primeira, segunda, terceira, sexta, sétima, nona, décima, décima primeira e décima segunda semanas; atendimento odontológico – tratamento continuado (nenhuma semana); escovação supervisionada na segunda, terceira e décima semanas; vacinação na décima semana.

Um fato que infelizmente ocorreu no correr na intervenção foi a perda de todo o estoque de vacinas e de vitamina A do município pela falta de energia elétrica no posto de armazenamento, na zona urbana da cidade, onde são centralizados os materiais refrigerados. Com isso, na décima semana da intervenção a eSF não estava realizando vacinação nem suplementação de vitamina A na área, aguardando a nova remessa de vacinas e vitaminas ao município. Isso prejudicou a meta de

vacinar 100% das crianças cadastradas. A vacina para hepatite A, recentemente introduzida no calendário do PNI, chegou ao município em quantidade inferior à necessária, o que também prejudicou que se atingisse esta meta.

O atendimento clínico às crianças ocorreu praticamente em todas as semanas, exceto na segunda, sétima e nona. Nestas duas últimas, foi porque houve atividade educativa. Na segunda semana, o motivo de não ter ocorrido o atendimento foi porque a ACS não realizou agendamento de nenhuma criança, pois ela não havia entendido que isso deveria ocorrer de modo contínuo, durante toda a intervenção. Felizmente isso não ocorreu novamente, e sempre houve marcação de crianças para minha agenda. Eu tentei sempre me comunicar por telefone com a ACS alguns dias antes da ida à UBS para ter um controle relativo da minha agenda. Isso foi necessário pois por mais de uma vez a ACS marcou crianças que já haviam passado há pouco tempo por mim sem necessidade, ocupando vagas que poderiam ter sido usadas para crianças ainda não vistas. De todo modo, a ACS compreendeu que era importante reservar sempre quatro vagas para as crianças na minha agenda, e isso foi respeitado ao longo da intervenção.

Houve uma grande dificuldade em realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para as crianças que nasceram durante a intervenção. Essa é uma limitação decorrente do modelo de atendimento itinerante, que na UBS de Novo Horizonte apresenta apenas frequência semanal. O êxito em realizar a visita puerperal na primeira semana de vida do RNt depende muito do dia da semana que a gestante foi encaminhada para a maternidade, do tempo de internação e do dia do seu retorno. Se essas datas casam com o dia de atendimento em Novo Horizonte, que ocorre às quartas feiras, é possível visitar o binômio mãe-bebê na primeira semana de vida do RNt; caso haja um dessincronismo das datas, o que é o mais provável, infelizmente, há atraso nesta avaliação. Talvez uma medida que possa ajudar nesse sentido seja capacitar os ACS para uma avaliação puerperal, fazendo uma espécie de "check list" do que deve ser aferido e questionado, com orientações básicas a serem feitas na primeira consulta na primeira semana de vida; casos que fujam à normalidade seriam reportados à eSF no mesmo dia pelo ACS em questão, para melhor tomada de decisões.

O atendimento odontológico - tanto para primeira COP quanto para tratamento continuado - foi bastante dificultado, em primeiro lugar pelo fato do consultório odontológico da UBS de Novo Horizonte estar com a cadeira danificada,

necessitando de reposição, que não foi feita até o final da intervenção. Com isso, a equipe de saúde bucal esteve menos presente na UBS de Novo Horizonte, utilizando as quartas feiras para atendimento de outros distritos que estavam com seus consultórios odontológicos em uso, ou para realizar atividades em escolas de diversos distritos. Apenas em três das doze semanas houve atendimento odontológico para realização de primeira COP, sendo que no último mês da intervenção a dentista não esteve praticamente presente na UBS de Novo Horizonte para isso. Na sétima e nona semanas, não ocorreu atendimento odontológico pois houve atividade educativa, das quais a equipe de saúde bucal participou. Nas demais semanas, realmente não houve a presença da saúde bucal na UBS.

Embora tenhamos conversado no início da intervenção sobre o caráter longitudinal da mesma e dos atendimentos, isso não foi cumprido pela equipe de saúde bucal, o que foi agravado pela falta de condições estruturais de trabalho. Durante a intervenção, idealizamos o fluxo de agendamento das primeiras COPs das crianças, que deveriam ser agendadas pelas mães ao saírem das consultas clínicas de puericultura, com a auxiliar de consultório dentário ou com a ACS. Porém, esse fluxo acabou não obtendo êxito. O que eu fiz para atenuar a ausência da dentista na UBS foi marcar, nos dias em que ela estava presente para realizar extrações, por exemplo, várias crianças para primeira COP. Isso foi possível nos dois primeiros meses da intervenção, mas no terceiro não, quando a saúde bucal pouco foi à UBS.

Quanto à escovação supervisionada, só ocorreu uma vez, embora houvesse a previsão de quatro momentos. Novamente, acredito que a equipe de saúde bucal compreendeu parcialmente a ideia da intervenção, e acabou estando menos presente do que o planejado.

As atividades educativas não ocorreram exatamente nas semanas em que foram previstas nem conforme haviam sido idealizadas. Mas conseguimos realizar duas atividades, uma na sétima e outra na nona semana, planejadas pela eSF uma semana antes de cada.

A primeira atividade educativa foi idealizada para ocorrer com os responsáveis das crianças menores de seis anos, na UBS, num modelo de roda de conversa para orientações gerais sobre cuidados com as crianças, alimentação saudável, prevenção de acidentes, promoção à saúde dentre outras ações. Na prática, poucos foram os participantes, e 100,0% eram mães; nenhum pai participou, refletindo a

cultura machista de que quem cuida dos filhos é a uma figura feminina. Houve a participação da nutricionista, que fez uma explanação muito interessante sobre alimentação saudável para cada faixa etária, e também expôs em um telão trechos do documentário "Muito além do peso". A reação das mães foi muito interessante. Nenhuma conhecia cinema, sendo a experiência mais próxima disso que tiveram. Ao longo da atividade, as mães foram se sentindo mais à vontade e participando mais ativamente, fazendo perguntas e mostrando-se interessadas. Foi muito bonito observar seres humanos mudando, em um processo íntimo de contato com si e de empoderamento próprio auxiliado pela eSF, que permite um cuidado qualificado do próximo.

A segunda atividade ocorreu na nona semana. Ela havia sido inicialmente pensada para ocorrer com as crianças, em um modelo lúdico com abordagem de temas relacionados à saúde como alimentação, higiene, auto cuidado etc. Porém, nesse período estava ocorrendo a semana do bebê no município, com atividades voltadas para gestantes e mães, num modelo muito similar ao que havíamos feito na sétima semana. A atividade foi um pouco repetitiva, mas dessa vez houve a participação de um número mais expressivo de mães e de gestantes, o que foi muito interessante. Vários profissionais estiveram presentes além da eSF e da nutricionista, como integrantes do Centro de Referência da Assistência Social e a própria secretária de saúde, que fizeram ótimas colocações.

Nós havíamos pensado em fazer, nesse mesmo dia, um banho de balde e mangueira para as crianças, com músicas e cantigas, mas infelizmente faltou água e não pudemos realizar.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para a coleta dos dados, como já explicitado anteriormente, houve uma série de dificuldades, especialmente para o levantamento retrospectivo de informações, devido ao mal preenchimento dos prontuários e cadernetas de vacinação com poucas informações sobre parto e gestação. Solicitei muito à ACS que orientasse às mães a trazerem os cartões de pré natal da gestação das crianças, assim como os resultados dos exames que elas tivessem feito na vida, principalmente do teste do pezinho, porém poucas foram as mães que ainda tinham estes documentos em mãos.

Achei as planilhas muito bem feitas, e facilitaram muito o trabalho de análise

de dados. Porém haviam algumas falhas, como somas automáticas que estavam incorretas, impossibilitando o cálculo de alguns indicadores. No entanto, consegui contornar todos esses problemas sem maiores dificuldades, confeccionando meus próprios gráficos separadamente.

Por serem congeladas, eu não pude incorporar os dados sobre suplementação de vitamina A às planilhas que tinham todas as somas automáticas, e precisei fazer uma tabela nova para analisar os dados deste indicador.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Antes da intervenção ter início, conversei com a gestora local e com a coordenadora da atenção básica, explanando quais eram os objetivos e metas, e explicando sobre a ideia de que a intervenção deveria ser incorporada ao funcionamento da UBS, para que cada vez mais os serviços prestados fossem aprimorados. A gestora foi extremamente receptiva, e gostou tanto da ideia da intervenção que quis espriá-la para as demais eSF, que deveriam ser capacitadas por mim. Solicitei o seu apoio, explicando que precisaria de tempo e espaço para as capacitações, para a qualificação dos integrantes da eSF, e também de cópias da ficha espelho. A princípio, não houveram entraves, e todo o material que foi demandado por mim foi recebido. No entanto, é importante ressaltar que houve uma progressiva desvalorização da minha intervenção, com gestos muito sutis. A excessiva valorização do atendimento de ambulatório em detrimento de atividades educativas e a reunião de eSF apenas mensal são apenas alguns exemplos que sempre estiveram presentes, desde que cheguei aqui no município, e que possuem impacto bastante negativo para o funcionamento não só da intervenção, mas da ESF em sua concepção integral. Senti também uma importante ausência da secretária de saúde, inclusive de ser questionada sobre minha intervenção, como estavam os resultados, ou se havia necessidade de algo. A coordenadora da atenção básica, que sempre esteve mais próxima das eSF fisicamente, também não se mostrou uma pessoa aberta ao diálogo, ao aprendizado mútuo, e à construção de um modelo de atenção pautado na prevenção de agravos e na promoção à saúde. É muito prejudicial para qualquer serviço de APS ter pessoas pouco maleáveis e desatualizadas em aspectos relacionados à gestão, aos princípios e às diretrizes do SUS e da ESF. Foi e ainda é uma das grandes barreiras que eu vejo no meu trabalho, e acredito que muitos dos problemas encontrados em diversos municípios

derivem do despreparo dos seus gestores.

A realização da intervenção, desde o início, apresentou como fator limitante o fato do atendimento ao território se dar de modo distrital, com a eSF presente na UBS foco (em Novo Horizonte) apenas semanalmente. A comunicação entre a eSF itinerante e a ACS Graça - que mora na zona rural, afastada do área urbana - sempre foi limitada. Na segunda semana da intervenção, por exemplo, Graça não agendou nenhuma criança para mim, ainda carregando o entendimento de que puericultura é feita pela enfermagem, e que médico resolve doença, e também refletindo o excesso de demanda acumulada de outros pacientes - que sempre cobraram dela um espaço com o médico da eSF. Foi necessário trabalhar com Graça a noção de que todos na eSF desempenhamos ações que não se restringem à cura, mas devem ser pautadas fortemente na prevenção de agravos e na promoção à saúde, o que justifica o espaço permanente, na agenda dos médicos, de consultas de puericultura, por exemplo. Graça compreendeu isso facilmente e nas semanas subsequentes sempre agendou crianças para mim, respeitando a estratégia de reserva de fichas.

Isso foi algo bem aceito pela população, que entende o caráter prioritário da atenção à saúde da criança, como pude perceber ao conversar com pessoas influentes nos distritos - como Zélia e Ângela, as auxiliares de serviços gerais da UBS de Novo Horizonte, os educadores da escola de Novo Horizonte, a ACS Graça, e as mães e outros responsáveis pelas crianças que as traziam às consultas. O clima na sala de espera não esteve tenso em nenhum momento após o início da intervenção. Por vezes, antes do seu início, temi que ela pudesse representar para a população algo de negativo, como se estivessem "roubando o meu tempo" para fazer algo que a enfermeira sempre fez. Mas felizmente isso não aconteceu, e todos pareceram aceitar bem, e inclusive apoiar a intervenção, querendo que seus filhos estivessem cadastrados no "novo" programa do postinho, querendo ver como era a ficha do "projeto da doutora" etc. Vale ressaltar que embora no cronograma houvesse momentos definidos e específicos para a realização de consultas populares para feedback com as lideranças locais sobre o andamento da intervenção, a frequência semanal nos distritos os inviabilizou, o que foi contornado com o desenvolvimento contínuo e longitudinal desta ação. Quando havia a oportunidade, eu questionava as pessoas e pedia suas opiniões em relação à intervenção, e a imensa maioria das vezes a aceitação foi muito positiva.

A rotina de puericultura na UBS continua, com reserva de fichas na minha agenda, atendimento prioritário e uso da ficha espelho. A questão do consultório odontológico em manutenção persiste, dificultando que seja criada uma rotina para a saúde bucal infantil. Vejo um empenho e um interesse muito grandes por parte da minha enfermeira e da ACS, e até mesmo da dentista, em dar continuidade ao que foi iniciado com a intervenção mesmo após meu desligamento da ESF local, mas temo que a gestão tenha encarado a intervenção como uma ação pontual, um "projeto" meu que não necessita ser incorporado à rotina do serviço. De todo modo, vejo que a eSF hoje em dia tem outra postura em relação à atenção à saúde da criança, e é capaz de perpetuar a ideia de se desenvolver um acompanhamento preventivo e que promova a saúde, seja integral e equitativo.

Hoje vejo a medicina de família de uma maneira muito especial. É o cuidado de pessoas que têm histórias que se somam e se interpõem num complexo mosaico cuja compreensão necessita atento olhar. Para cuidar da saúde da criança integralmente, precisamos cuidar das gestantes; para cuidar delas, precisamos olhar para as mulheres e casais, que por sua vez já foram crianças e serão idosos... O cuidado de gerações, de famílias, de histórias.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 - Resultados

A intervenção, realizada nos distritos de Novo Horizonte e Cruzamento do município de SMG/RN, teve como foco a melhoria da APS das crianças entre zero e 72 meses. Nesse território existem 130 famílias. Os resultados serão apresentados a seguir.

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

A meta 1.1 era a ampliação da cobertura do programa de puericultura na faixa etária alvo para 80,0%. Antes da intervenção se iniciar, a cobertura era de cerca de 19 (53,6%) das 37 crianças entre zero e 72 meses; no primeiro mês da intervenção, das 37 crianças, 23 (57,5%) foram cadastradas, com incremento da cobertura para 29 (72,5%) e 36 (90,0%) no segundo e terceiro meses de intervenção, respectivamente, superando a meta proposta, conforme mostrado na Figura 1. O aumento de 67,9% na cobertura superou expectativas, pois durante a intervenção a enfermeira da eSF esteve afastada (inicialmente de férias, seguindo-se problemas de saúde), o que representou um fator a princípio limitante, mas que foi superado graças ao envolvimento da eSF como um todo e ao interesse da população, que foi bastante receptiva à intervenção.

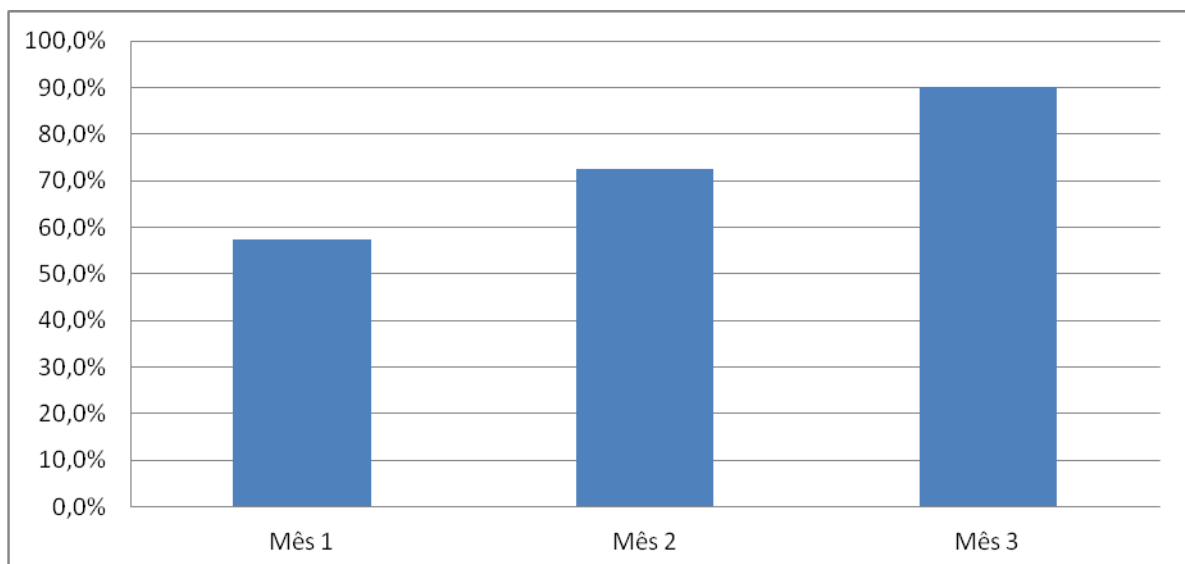


Figura 1 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na UBS (Fonte: Planilha de coleta de dados da saúde da criança - PCDSC)

- Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

A meta 2.1, que propunha que todas as crianças de zero a 72 meses tivessem a primeira consulta realizada de vida, não foi alcançada. Durante toda a intervenção, o total de crianças consultadas na primeira semana de vida manteve-se fixo (uma, apenas), ao passo que houve acréscimo de cadastramentos, gerando proporções progressivamente mais baixas para este indicador, que foi de 4,3% no primeiro mês para 3,4% no segundo, e finalmente para 2,8% no terceiro, conforme evidenciado na figura 2. É importante colocar que no segundo e no terceiro mês de intervenção ocorreram, respectivamente, um e dois nascimentos de crianças na área passíveis de terem sido captadas e consultadas ainda na primeira semana de vida. Porém, o fato da eSF só estar presente na UBS de Novo Horizonte semanalmente impôs e impõe limitações para atingir essa meta. Pelo que observei durante revisões de prontuários, a maior parte das crianças sempre foi atendida pela primeira vez após a primeira semana de vida, muitas após o primeiro mês, algumas após o primeiro ano. No entanto, percebi um esforço progressivo para que as crianças fossem vistas mais precocemente pela eSF, e durante o período em que trabalhei no município, a visita puerperal do binômio mãe bebê sempre foi uma prioridade. Infelizmente, a distância entre os distritos e a itinerância do atendimento, combinados com intercorrências que podem ocorrer com a mãe e/ou RNt durante a estadia na maternidade inviabilizam, muitas vezes, o contato deste binômio na primeira semana de vida da criança.

Especificamente em relação aos três nascimentos que ocorreram na gravidez, a primeira consulta não foi realizada na primeira semana de vida dos RNt em função de atrasos nas altas hospitalares por intercorrências com as mães - aumento de pressão arterial periparto - em dois casos, e pela limitação imposta pela frequência semanal em todos.

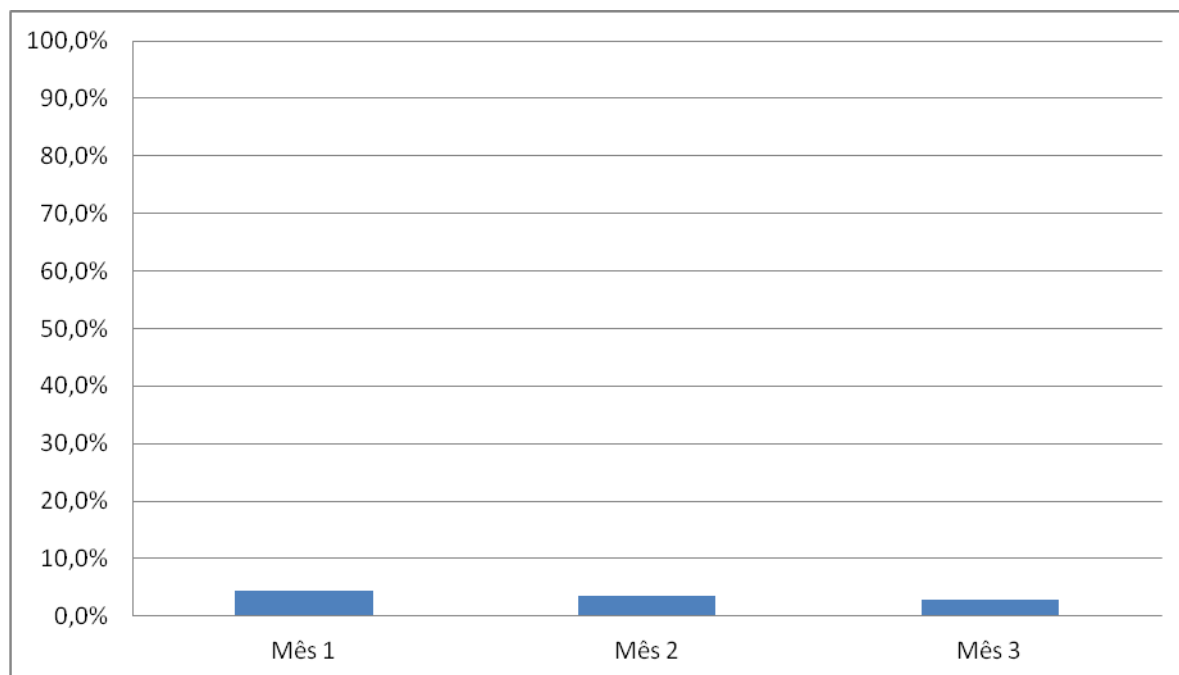


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com a primeira consulta na primeira semana de vida (Fonte: PCDSC).

A meta 2.2 era monitoramento do crescimento de 100% das crianças cadastradas no programa de puericultura, o que não foi alcançado, porém mostrou padrão evolutivo crescente. No primeiro mês, das 23 crianças cadastradas, oito (34,7%) tiveram monitoramento do crescimento; no segundo mês essa proporção subiu para 14 das 29 crianças cadastradas (48,2%); no terceiro mês, foram 24 de 36 crianças cadastradas (66,6%), conforme evidencia a figura 3. Apesar da meta não ter sido alcançada, o fato isolado das curvas de crescimento fazerem parte da ficha espelho de puericultura para todas as crianças já representou uma enorme melhoria da qualidade, pois antes da intervenção essas curvas não eram disponíveis, e o monitoramento do crescimento das crianças dependia da existência de curvas adequadas na caderneta da criança, sendo que nem todas tinham o modelo mais atual desta caderneta, limitando a aferição destes parâmetros tão importantes para o acompanhamento de qualidade da saúde da criança. A evolução ascendente da proporção de crianças com monitoramento do crescimento, que aumentou 91,6% do primeiro para o terceiro mês, sugere que a incorporação da ficha espelho completa foi algo extremamente positivo para a puericultura, tornando o acompanhamento dos parâmetros antropométricos nas curvas uma rotina da UBS.

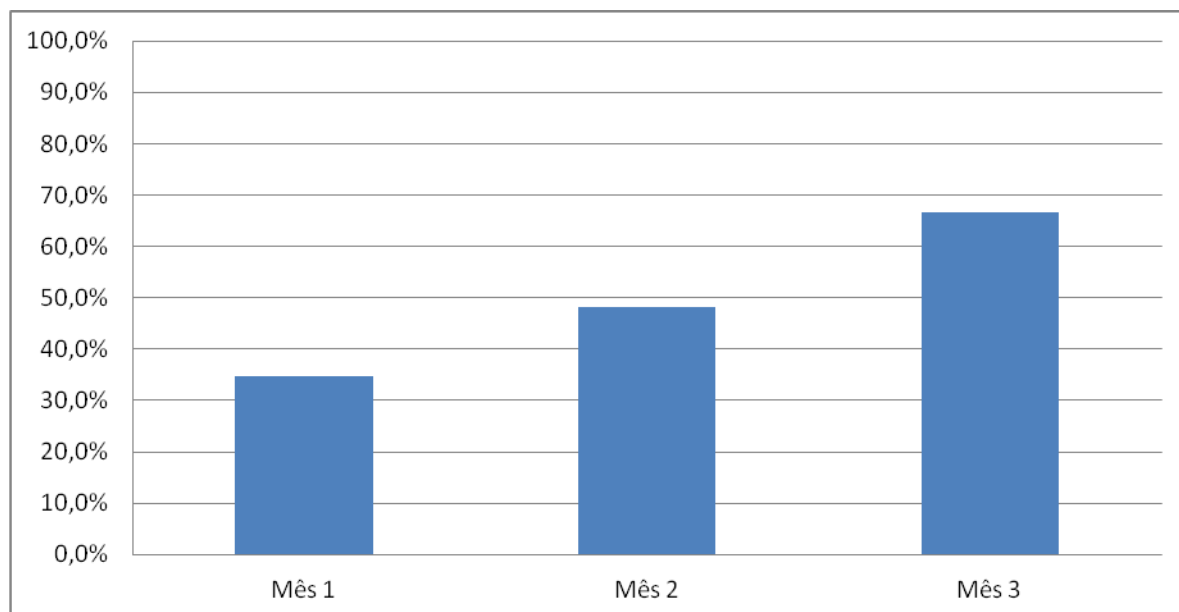


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do crescimento (Fonte: PCDSC).

A meta 2.3 era o monitoramento de 100% das crianças com déficit de peso cadastradas no programa de puericultura, que foi alcançada em todos os meses da intervenção. No primeiro mês, apenas uma criança mostrou baixo peso para a idade, sendo identificadas mais duas crianças nesta situação no segundo mês (totalizando três) e mais uma no terceiro mês (totalizando quatro). O cumprimento dessa meta mostrou comprometimento da eSF e respeito ao princípio da equidade, com crianças de maior risco recebendo atendimento prioritário e integral. É importante ressaltar que a capacitação da eSF teve um importante papel nesse sentido, pois qualificou os profissionais da eSF em identificar crianças em situação de risco e vulnerabilidade, e também a compreensão de que estas crianças são prioridade para todo e qualquer atendimento.

A meta 2.4 era de monitoramento de 100% das crianças com excesso de peso cadastradas no programa de puericultura, que foi cumprida integralmente. No primeiro e no segundo mês, apenas uma criança cadastrada apresentou excesso de peso, sendo identificadas mais três crianças nessa situação no terceiro mês (totalizando quatro). O cumprimento dessa meta também reflete a melhoria da qualificação da prática clínica dos profissionais da eSF, com a mudança na mentalidade de todos de que criança "gordinha" é sinônimo de saudável, pensamento que ainda é muito frequente na sociedade, especialmente em interiores distantes dos grandes centros, onde até pouco tempo atrás a imensa maioria das

crianças sofria com a insegurança alimentar e apresentava grande proporção de desnutrição. Foi importante a capacitação da eSF para que se compreenda que a obesidade infantil é um problema cada vez mais frequente e difícil de ser controlado.

A meta 2.5 era o monitoramento do desenvolvimento em 100% das crianças cadastradas no programa de puericultura. Apesar de não ter sido alcançada, tal qual o monitoramento do crescimento, mostrou padrão ascendente em todos os meses, conforme observado na figura 4, com monitoramento de oito das 23 crianças cadastradas (34,7%) no primeiro mês, 14 das 29 crianças cadastradas (48,2%) no segundo mês, e de 24 das 36 crianças cadastradas (66,6%) no terceiro mês. O incremento de 91,6% do primeiro para o terceiro reflete a importância da incorporação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor à ficha espelho, permitindo sua checagem por todos os profissionais da eSF, que foram qualificados na oficina de capacitação. Anteriormente à introdução da ficha espelho de puericultura, o monitoramento dos marcos do desenvolvimento restringia-se às crianças que possuíssem o modelo mais atualizado da caderneta da criança, que contém esse material, excluindo as demais crianças desse direito por um atendimento integral e de qualidade, o que felizmente vem mudando.

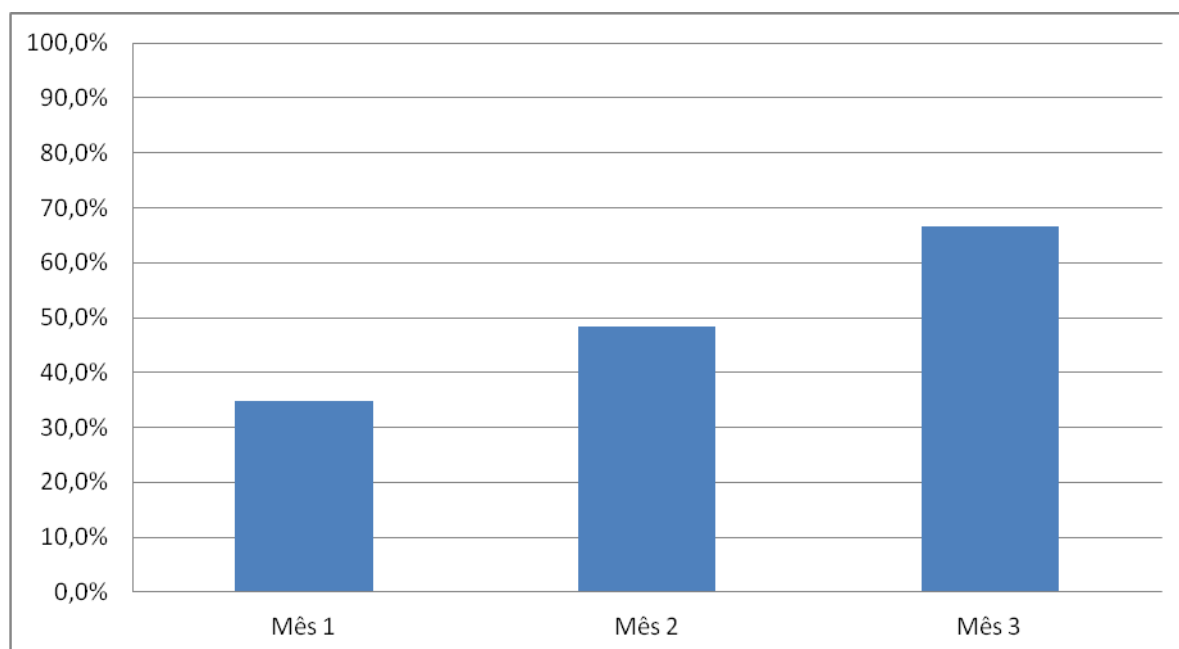


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento (Fonte: PCDSC).

A meta 2.6 era de 100% das crianças cadastradas no programa de

puericultura com esquema vacinal em dia. No primeiro mês, 21 (91,3%) das 23 crianças cadastradas apresentavam esquema vacinal atualizado, proporção que diminuiu para 23 (79,3%) entre 29 crianças no segundo mês, aumentando novamente para 30 (83,3%) entre 36 crianças, conforme mostra a figura 5. Algumas das crianças com esquema vacinal incompleto haviam perdido vacinas que não poderiam ser feitas pela faixa etária, como a do rotavírus, pneumocócica e meningocócica. A atualização do esquema vacinal das crianças ficou prejudicada durante um período de tempo no terceiro mês da intervenção, em função de uma falha no sistema elétrico que ocorreu no município durante este período, e que acarretou perda de todas as vacinas, cuja reposição demorou mais que o previsto. Vale ressaltar que a introdução da vacina para hepatite A fez com que muitas crianças em dia com a situação vacinal passassem para o status de vacinação incompleta, e como esta vacina veio em quantidades gradualmente maiores para o município, a atualização da situação vacinal foi lenta.

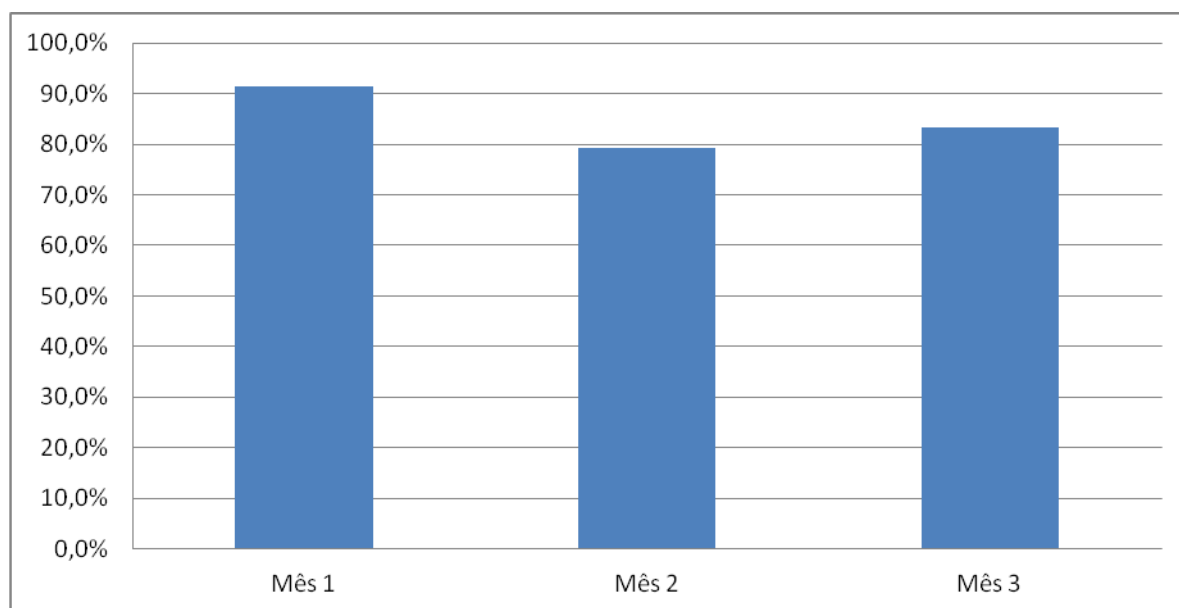


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade (Fonte: PCDSC).

A meta 2.7 era de 100% das crianças entre seis e 24 meses recebendo suplementação de ferro. Conforme evidenciado na figura 6, no primeiro mês quatro (66,7%) das seis crianças com idade entre seis e 24 meses estavam recebendo suplementação de ferro adequadamente, proporção que aumentou para três (75,0%) em quatro no segundo mês, contemplando quatro (100,0%) em entre as quatro

crianças na faixa etária alvo no terceiro mês da intervenção. A tendência de aumento e o cumprimento integral da meta devem-se ao comprometimento da eSF, mas também à introdução de uma rotina e de instrumentos que permitiram o monitoramento sistemático da qualidade da atenção à saúde da criança, dentre os quais se destaca a ficha espelho. Vale ressaltar que embora muitas crianças recebessem a suplementação de ferro previamente à intervenção, foi após ela que se estabeleceu a dosagem correta de sulfato ferroso a ser administrada, conforme recomendações mais atuais do MS.

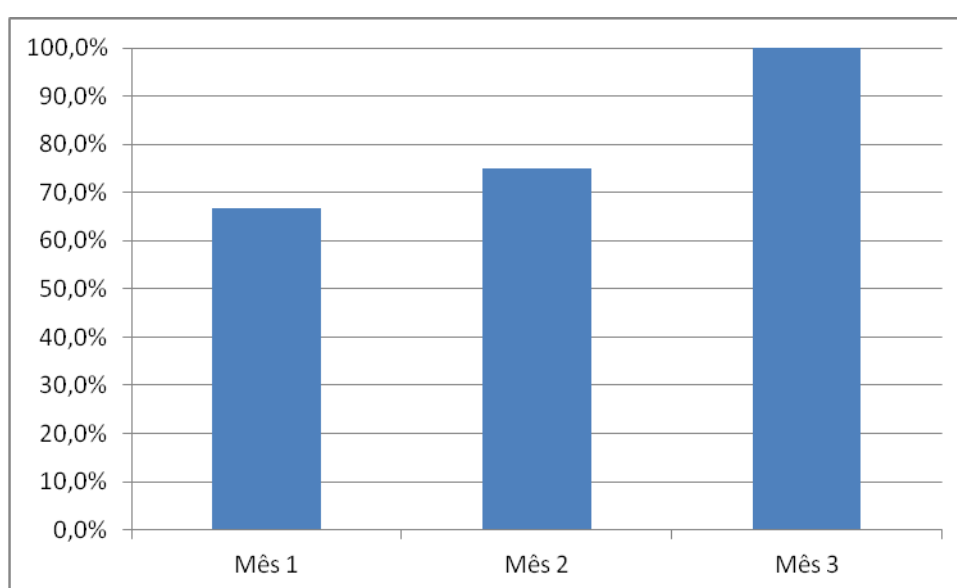


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 24 meses recebendo suplementação de ferro (Fonte: PCDSC).

A meta 2.8 era de 100% das crianças entre seis e 59 meses recebendo a megadose de vitamina A em dia. No primeiro mês, quatro (18,2%) das 22 crianças entre seis e 59 meses estavam com a megadose de vitamina A em dia, proporção que aumentou para oito (34,8%) em 23 crianças no segundo mês, caindo para oito (29,6%) em 27 crianças no terceiro mês, conforme mostrado na figura 7. O não cumprimento da meta, e o fato da baixa cobertura observada - menos de 50,0% das crianças na faixa etária alvo -, pode ser reflexo da carência de monitoramento desta importante ação. Para que ela seja integralmente cumprida, deve haver controle pela eSF, o que foi facilitado através da introdução da ficha espelho, instrumento centralizador de informações objetivas e que permite um monitoramento mais fácil. A queda do indicador no terceiro mês deveu-se ao cadastramento de novas crianças

na faixa etária entre seis e 59 meses no programa, sem atualização da megadose de vitamina A. Isso decorreu do fato de ter havido uma pane elétrica no município que afetou o estabelecimento onde são armazenadas todas as vacinas e mega doses de vitamina A, com conseqüente descarte de todo o material remanescente, cuja reposição demorou a ser feita.

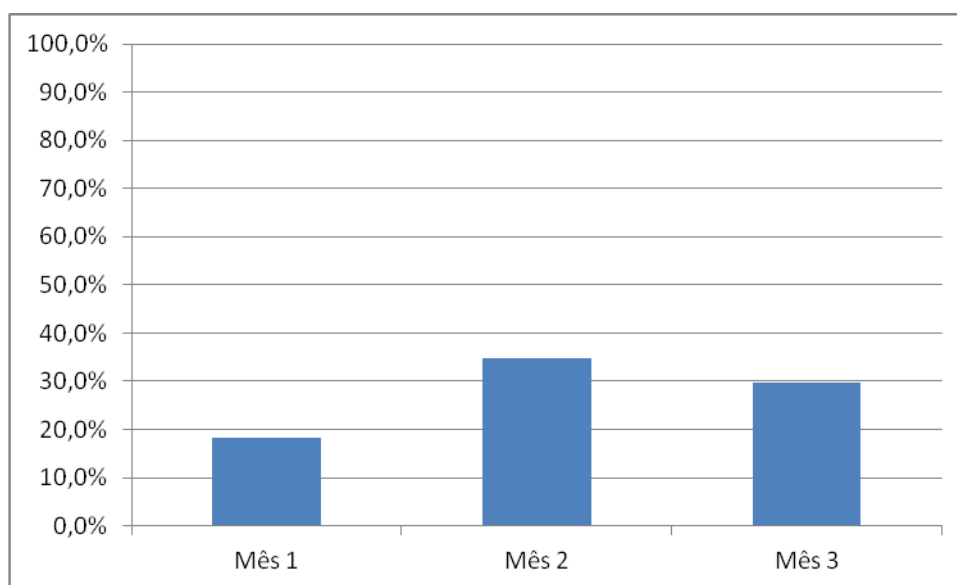


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 59 meses recebendo megadose de vitamina A (Fonte: PCDSC).

A meta 2.9 era de 100% das crianças cadastradas com triagem auditiva realizada em tempo hábil. No primeiro mês, seis (26,0%) das 23 crianças cadastradas realizaram a triagem auditiva; no segundo, foram sete (24,11%) em 29 crianças; e no terceiro mês, 13 (36,11%) em 36 crianças, conforme evidenciado na figura 8. Muitas crianças entre zero e 72 meses nunca fizeram este teste. Quando ele não é feito na maternidade, logo após o parto, a triagem auditiva deve ser solicitada no município de residência, pela eSF responsável, e a regulação desse exame geralmente é lenta, pois não é feito em grande escala, prejudicando sua realização. De todo modo, o fato desse dado ter sido levantado, com demonstração da baixa cobertura desse exame, já é algo positivo, pois indica a necessidade de enriquecer o debate sobre o caráter prioritário dessa triagem, não só com a gestão local, como levar a discussão para pactuações no estado também.

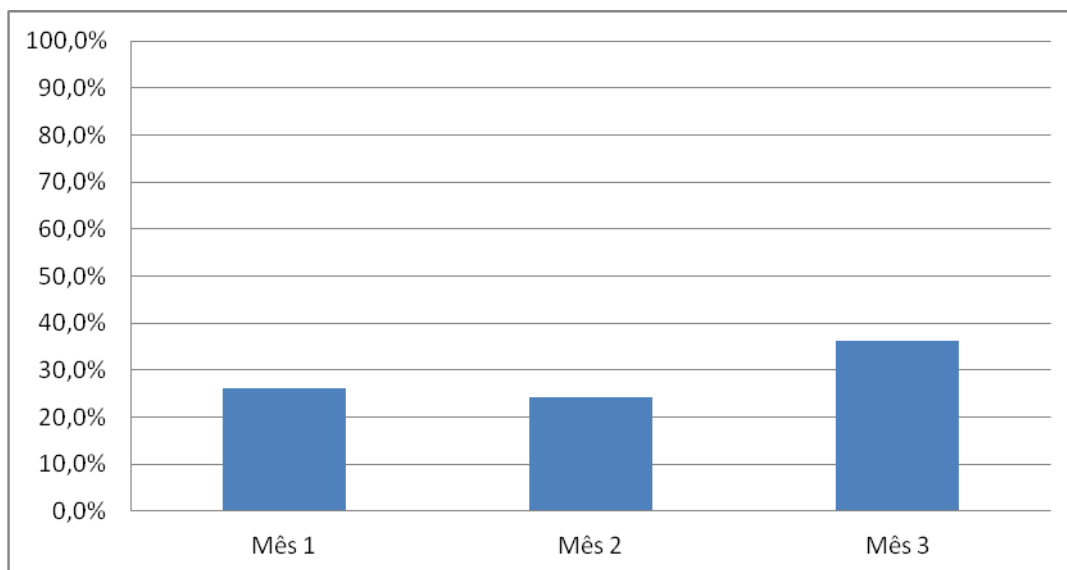


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva (Fonte: PCDSC).

A meta 2.10 era de 100% das crianças cadastradas realizando o teste do pezinho nos sete primeiros dias de vida. Conforme observado na figura 9, nos dois primeiros meses da intervenção apenas uma criança realizou o teste do pezinho na primeira semana de vida, porém como a quantidade de crianças cadastradas aumentou de 23 para 29 do primeiro para o segundo mês, a proporção caiu, sendo respectivamente 4,3% e 3,4%. No terceiro mês, o total de crianças com teste do pezinho feito na primeira semana de vida aumentou para três dentre as 36 crianças cadastradas, o que representa 8,3%, com um aumento de 93,0% ao fim da intervenção. É importante ressaltar que são poucas as crianças que fizeram o teste do pezinho na primeira semana de vida, o que tem como justificativas o fato desse exame ter a coleta centralizada na cidade de SMG, distante dos distritos da zona rural, e restrita à segunda-feira. Durante a intervenção, na segunda oficina de capacitação ministrada para todas as eSF do município, essa questão foi levantada pelas enfermeiras, que não são capacitadas para coletar o material para o teste do pezinho; a descentralização permitiria a coleta do exame no período ideal, facilitando a mãe no momento do puerpério imediato. Essa questão foi levada para a gestão local, e uma capacitação para as enfermeiras, para descentralização da coleta, foi feita pela enfermeira da vigilância epidemiológica, que atuou como multiplicadora. Entretanto, ainda não ocorreu treinamento prático para a coleta, além do fato da enfermeira da minha eSF não ter podido estar presente nessa capacitação.

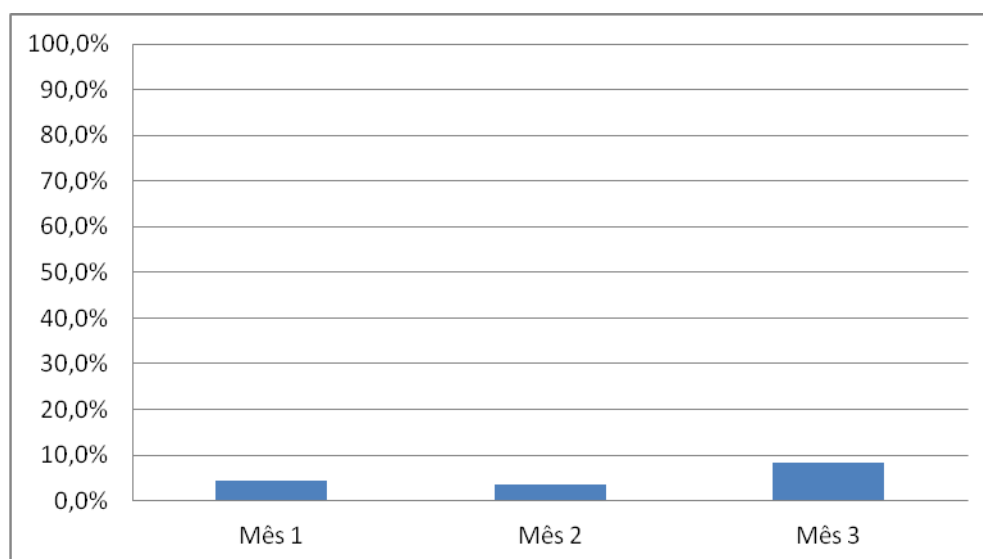


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida (Fonte: PCDSC).

As metas 2.11 e 2.12 eram de 100% das crianças entre seis e 72 meses com avaliação da NAO e primeira COP, respectivamente. Ambas obtiveram os mesmos resultados, contemplando no primeiro mês sete (31,8%) das 22 crianças entre seis e 72 meses cadastradas, proporção que aumentou para 15 (55,6%) em 27 crianças no segundo mês, caindo para 15 (46,9%) no terceiro mês, conforme observado nas figuras 10 e 11. O aumento observado do primeiro para o segundo mês deste indicador foi expressivo, e possível graças à intervenção, que colocou como prioritário o atendimento de crianças, especialmente aquelas na faixa etária alvo. A eSF aderiu a esta rotina, possibilitando a avaliação de 15 crianças no total. Do segundo para o terceiro mês, este valor não mudou, entretanto houve aumento do total de crianças cadastradas no programa com idade entre seis e 72 meses, o que acabou por reduzir a proporção. Um fator que dificultou muito o cumprimento das metas relacionadas à saúde bucal foi a cadeira odontológica do consultório da UBS de Novo Horizonte danificada, sem condições de uso, e que não foi substituída ainda. Com isso, a dentista da eSF redesenhou seu cronograma, priorizando outros distritos fora da intervenção para atendimento, devido às enormes listas de espera por atendimento. Isso foi mais expressivo no terceiro mês, durante o qual também foram realizadas algumas atividades educativas que impediram o agendamento de crianças para as avaliações.

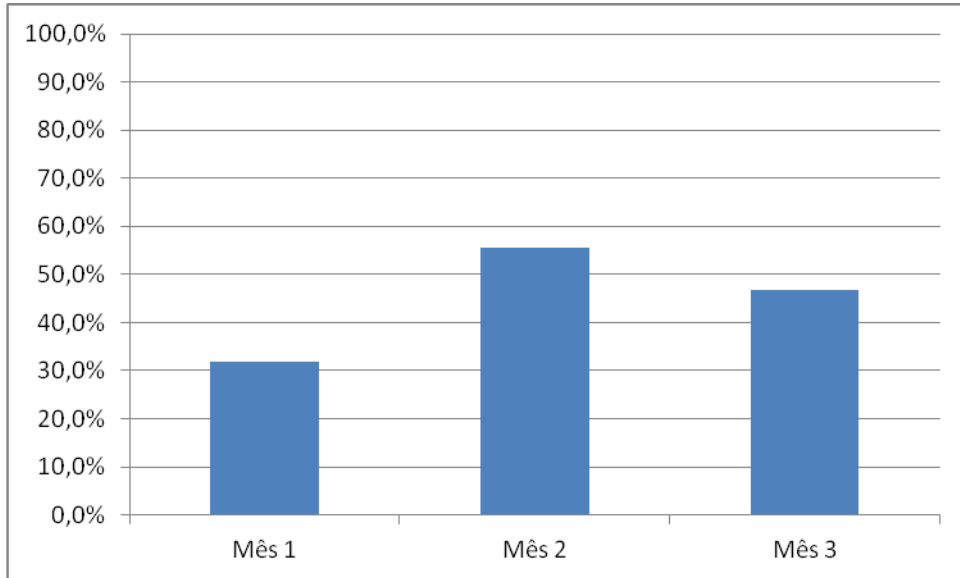


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses que receberam avaliação de necessidade de atendimento odontológico (Fonte: PCDSC).

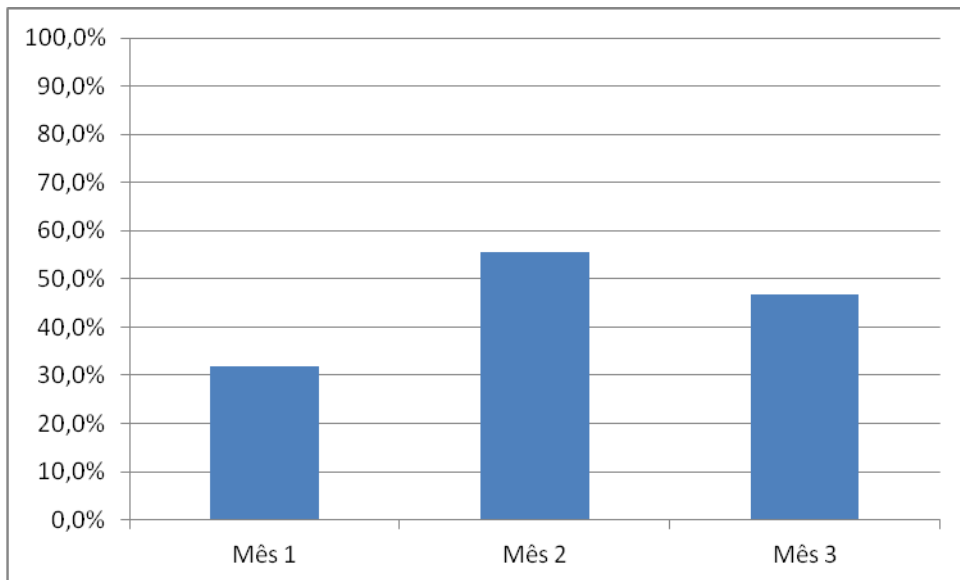


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira COP (Fonte: PCDSC).

- **Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.**

A meta 3.1 era de busca ativa de 100% das crianças cadastradas no programa de puericultura faltosas às consultas agendadas. No primeiro e segundo meses, nenhuma criança faltou às consultas de puericultura, não sendo necessário proceder com a busca ativa. No terceiro mês, duas crianças faltaram às consultas e todas (100,0%) foram buscadas ativamente pela ACS, atingindo a meta proposta,

conforme observado na figura 12.

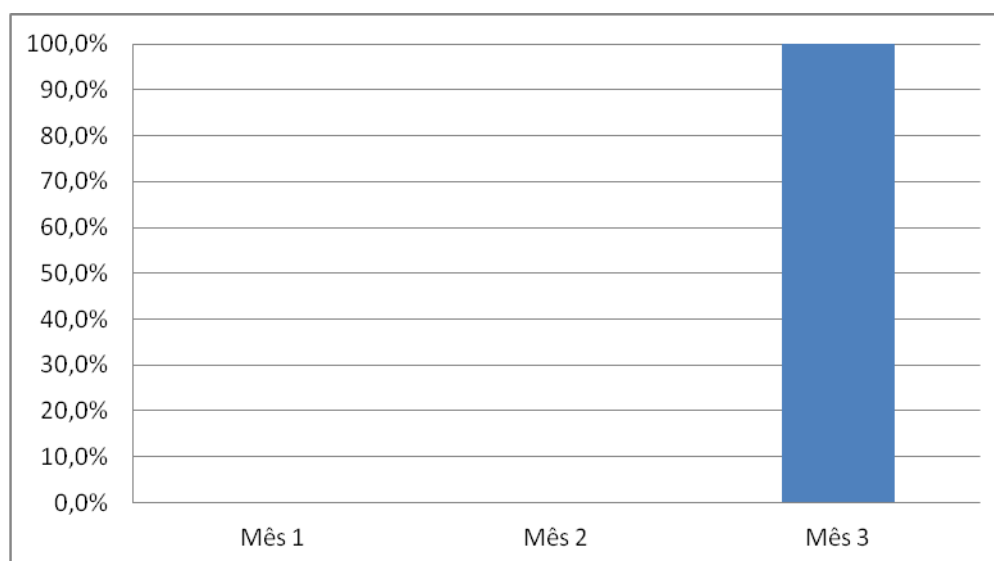


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança (Fonte: PCDSC).

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

A meta 4.1 era de 100% das crianças cadastradas apresentando ficha espelho com registro atualizado. Essa meta não foi alcançada, mas mostrou padrão ascendente do indicador, conforme evidenciado na figura 13. No primeiro mês, oito (34,7%) das 23 crianças cadastradas apresentavam ficha espelho com registro atualizado, proporção que aumentou para 14 (48,2%) em 29 crianças no segundo mês, e para 24 (66,6%) em 36 crianças no terceiro mês. Embora não tenha sido alcançada, o incremento importante de 91,9% neste indicador do início para o final da intervenção mostra uma importante utilização da ficha espelho no programa de puericultura, instrumento esse que é de extrema importância para o acompanhamento longitudinal e que até antes da intervenção não existia, quando os registros em prontuários também eram extremamente precários. Essa situação mudou com a intervenção, pois criou-se a noção da importância do registro detalhado em prontuário e sistematizado na ficha espelho.

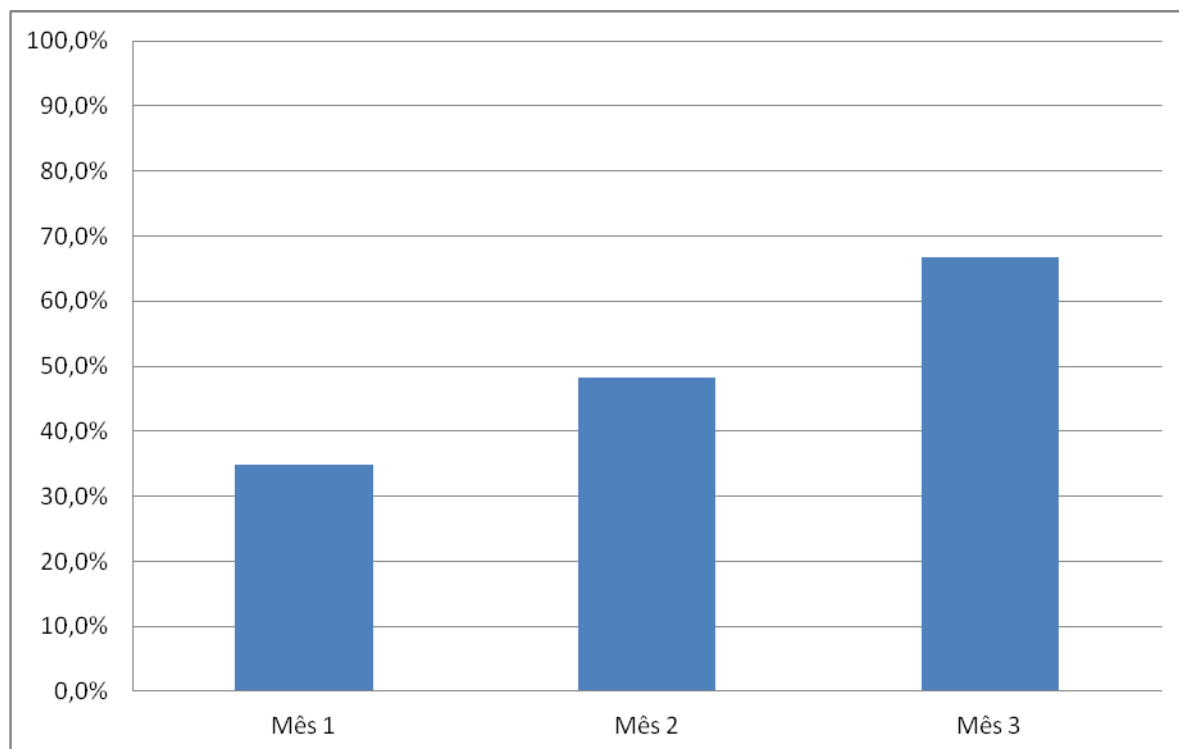


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado (Fonte: PCDSC).

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

A meta 5.1 era de 100,0% das crianças cadastradas recebendo avaliação de risco. No primeiro mês, oito (34,7%) das 23 crianças cadastradas receberam avaliação de risco, proporção que aumentou para 14 (48,2%) em 29 crianças no segundo mês, e para 24 (66,6%) em 36 crianças no terceiro mês, conforme mostra a figura 14. Esta meta não foi alcançada pois esta avaliação é feita na consulta de puericultura, e nem todas as crianças foram consultadas durante a intervenção. No entanto, houve uma importante tendência de aumento da proporção de crianças com avaliação de risco, de cerca de 91,9% do primeiro para o terceiro mês da intervenção, representando uma enorme melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança, principalmente se considerarmos que esta avaliação não era feita anteriormente. Vale ressaltar que pelo fato da população adscrita na UBS ser extremamente humilde, a proporção de crianças de risco é enorme, sendo mais comum ser de alto risco do que de baixo risco, o que de alguma maneira sempre foi um fator de banalização desta situação de vulnerabilidade, que felizmente mudou de perfil após a intervenção e após as oficinas de capacitação.

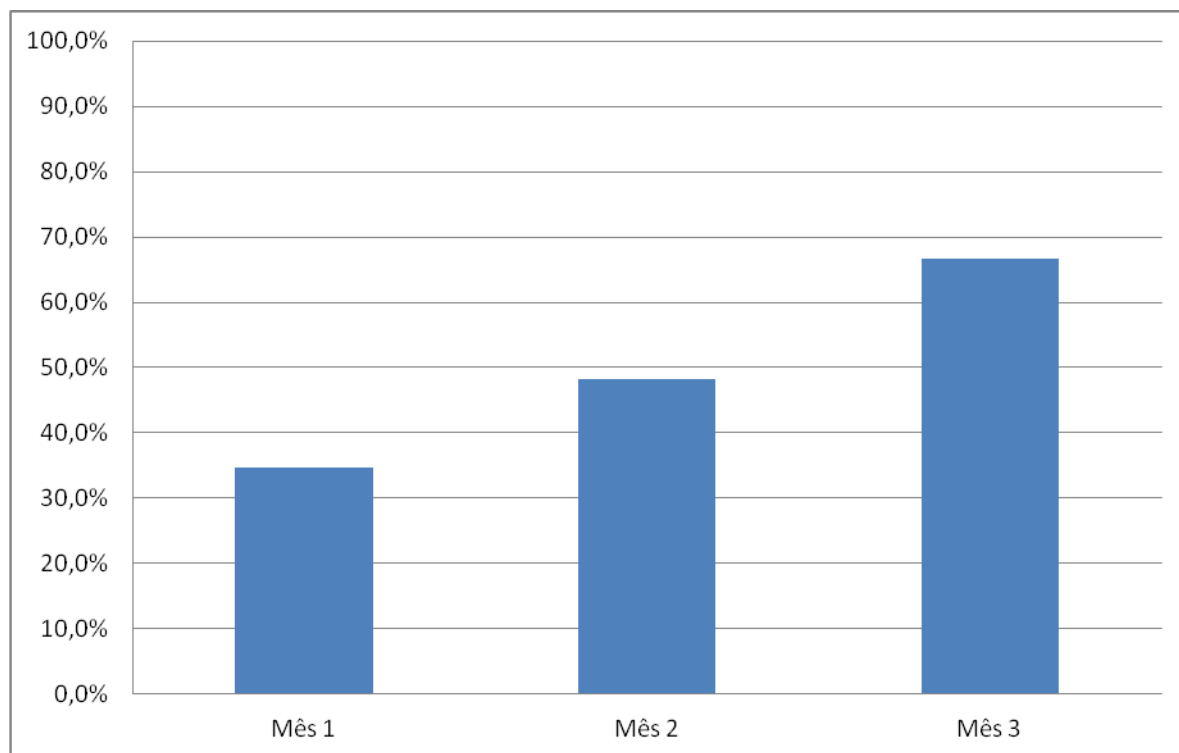


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco (Fonte: PCDSC).

- **Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.**

A meta 6.1 era de 100,0% das mães recebendo orientações sobre prevenção de acidentes na infância. No primeiro mês, as mães de oito (34,7%) das 23 crianças cadastradas receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, proporção que aumentou para 14 (48,2%) em 29 crianças no segundo mês, e para 24 (66,6%) em 36 crianças no terceiro mês, conforme mostrado na figura 15. Embora não tenha sido cumprida a meta estipulada, considerando que previamente à intervenção esse tipo de conduta não era sistematicamente praticado, e observando a tendência de aumento deste indicador durante os três meses, pode-se concluir que houve um importante aumento da qualidade da assistência à saúde da criança com a intervenção.

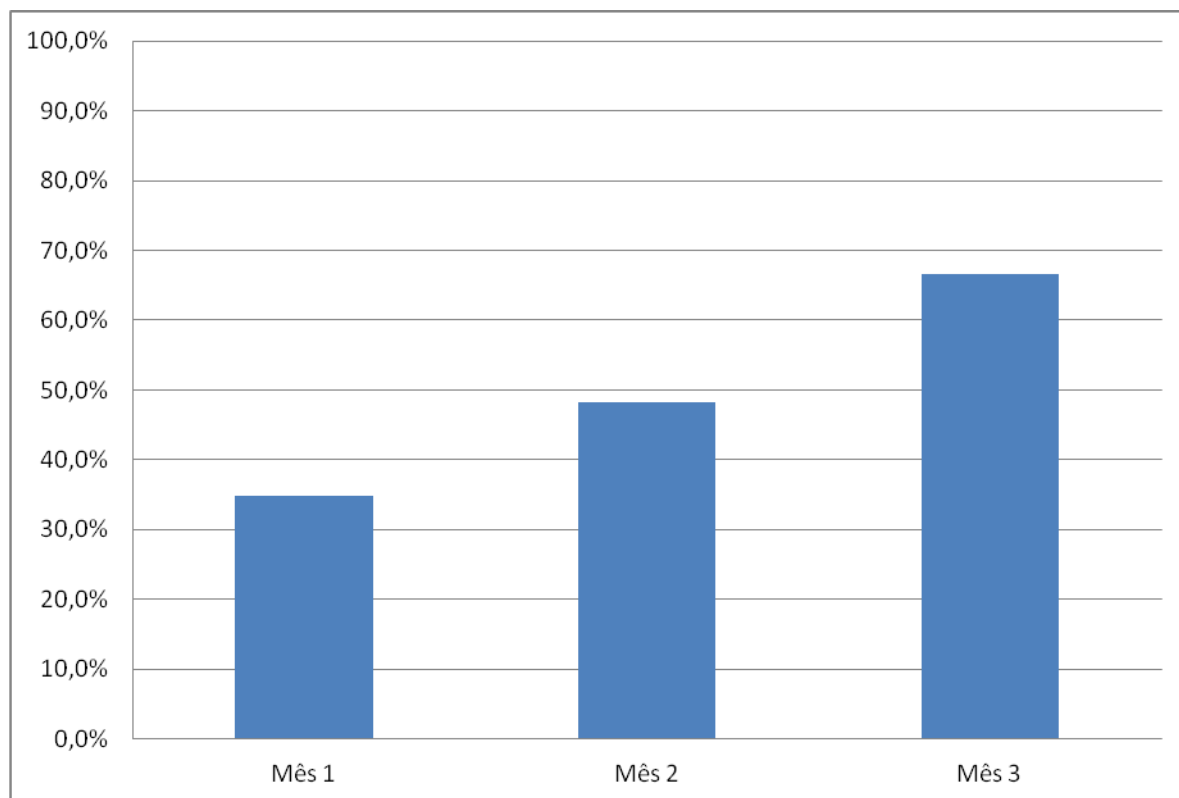


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância (Fonte: PCDS).

A meta 6.2 era de 100% das crianças recebendo a observação da mamada na primeira consulta de puericultura, que não foi alcançada. No primeiro mês, cinco (21,7%) das 23 crianças foram observadas em sua mamada, proporção que aumentou para oito (27,6%) em 29 crianças no segundo mês, e para 19 (52,8%) em 36 crianças no terceiro mês, vide figura 16. Embora a meta não tenha sido alcançada, observa-se uma importante tendência de aumento desse indicador, com elevação de 2,4 vezes do primeiro para o terceiro mês da intervenção. Vale ressaltar que em virtude do subregistro nos prontuários, existe uma forte possibilidade desse indicador estar subestimado. A prática de observação da mamada na primeira consulta do binômio mãe-bebê - geralmente feita no modelo de visita domiciliar - é rotineiramente feita pela minha eSF desde que iniciei o trabalho no município, porém raramente há seu registro. A introdução da ficha espelho permitiu uma abordagem mais sistemática da consulta de puericultura, e a existência de um espaço específico para o registro dessa informação sobre a observação da mamada na primeira consulta permite o monitoramento com maior precisão.

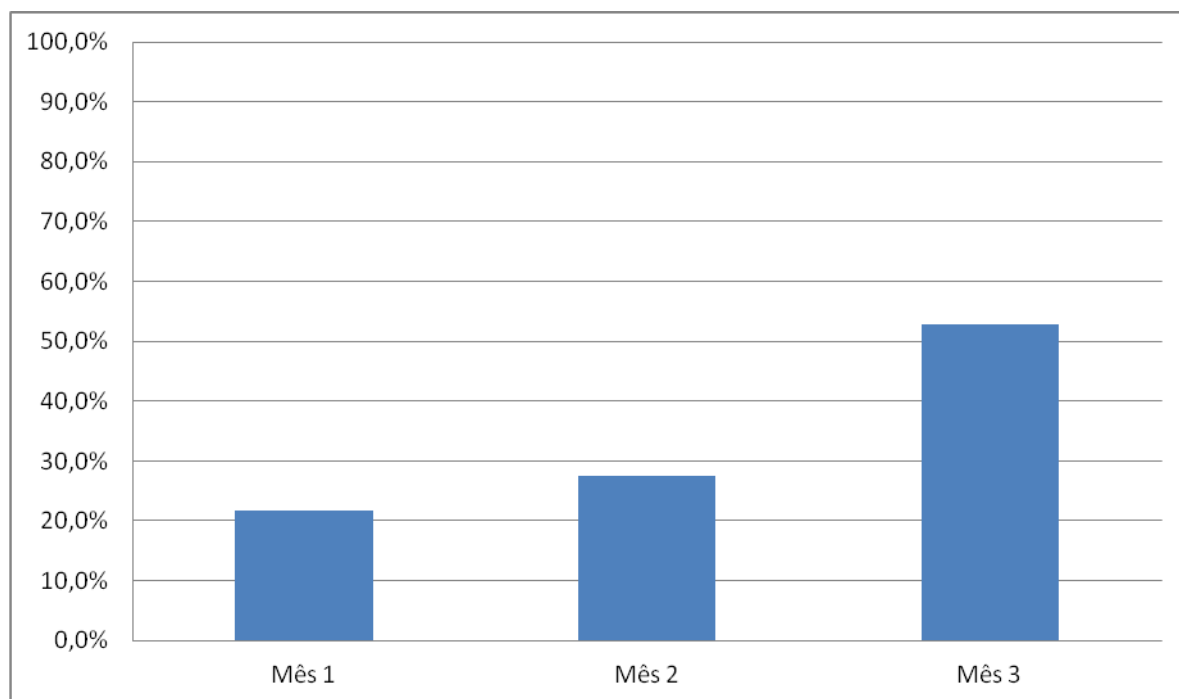


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de vida (Fonte: PCDSC).

A meta 6.3 era de 100% das mães de crianças cadastradas recebendo orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. No primeiro mês, oito mães (34,8%) das 23 crianças cadastradas receberam orientações nutricionais, proporção que aumentou para 14 (48,2%) em 29 no segundo mês, e para 24 (66,6%) em 36 no terceiro mês, conforme mostrado na figura 17. Embora a meta não tenha sido alcançada, a tendência de aumento do indicador ao longo dos meses da intervenção mostra que esta ação foi incorporada como uma rotina na puericultura e que a ficha espelho, enquanto material de registro sistemático das informações em saúde das crianças, permite um monitoramento com maior precisão da realização desse tipo de ação, que antes não era rotineiramente registrada em prontuário.

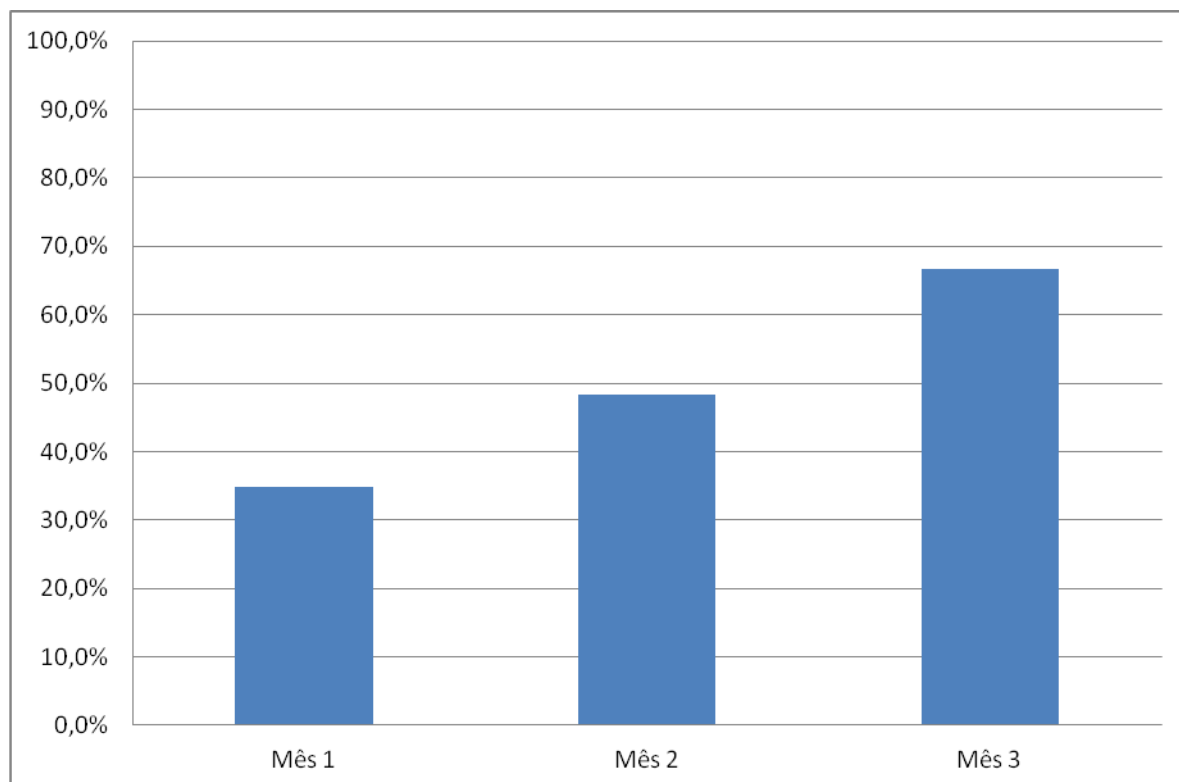


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária (Fonte: PCDS).

A meta 6.4 era de 100% mães das crianças cadastradas recebendo orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Conforme evidenciado na figura 18, no primeiro mês 13 mães (56,5%) das 23 crianças cadastradas receberam esse tipo de orientação, proporção que aumentou para 21 (72,4%) em 29 no segundo mês, e para 30 (83,36%) em 36 no terceiro mês, com uma importante tendência de aumento, que foi possível muito em função da sistematização da consulta de puericultura com a incorporação da ficha espelho, instrumento que permite um registro objetivo passível de fácil monitoramento. Além disso, essa meta obteve aumento mais importante que as demais metas de promoção à saúde pois as orientações sobre higiene bucal eram feitas tanto pela equipe clínica, nas consultas de puericultura, quanto pela equipe de saúde bucal, durante as primeiras COP, adicionando então ao total de crianças que receberam orientações sobre higiene bucal aquelas que passaram apenas pela dentista, mas não pela puericultura.

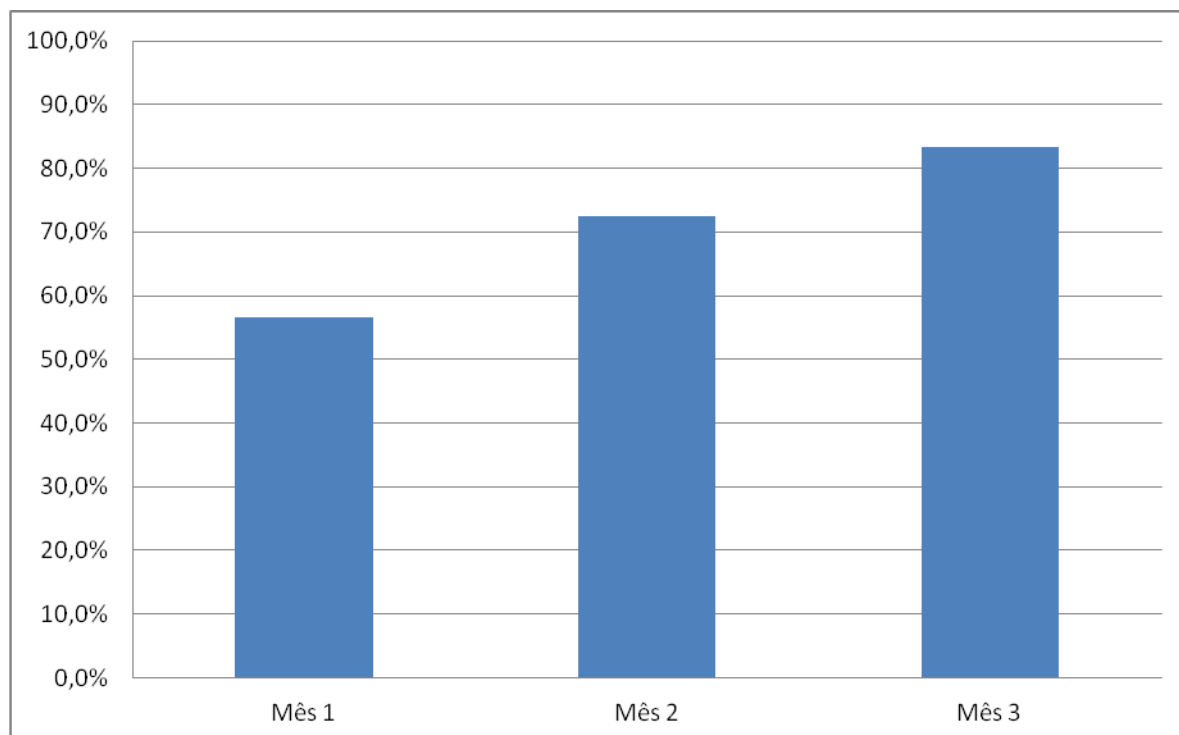


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie (Fonte: PCDSC).

- Objetivo 7: ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal da criança.

Compondo a abordagem integral à saúde da criança, foram desenvolvidas ações em saúde bucal concomitantemente à puericultura. A meta 7.1 foi de 40,0% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade com COP realizada. No primeiro mês, sete (31,8%) das 22 crianças inscritas no programa na faixa etária alvo haviam passado pela primeira COP; no mês 2, foram 15 (55,6%) crianças de um total de 27, mantendo-se o numerador no mês 3, mas aumentando-se o denominador de crianças cadastradas na faixa etária alvo, para 15 (46,9%) em 32, o que conseqüentemente reduziu a proporção, conforme observado na figura 19. A meta foi alcançada durante a intervenção, o que já representa um enorme avanço, visto que anteriormente a saúde bucal tinha marcação praticamente oportunística, sem que fosse conseguida uma abordagem preventiva e com foco nos grupos de maior necessidade, como as crianças menores de seis anos. Porém, a redução deste indicador do segundo para o terceiro mês foi reflexo da ausência de realização de novas COP no último mês da intervenção, fruto da falta de entendimento de todos da eSF do caráter contínuo da mesma.

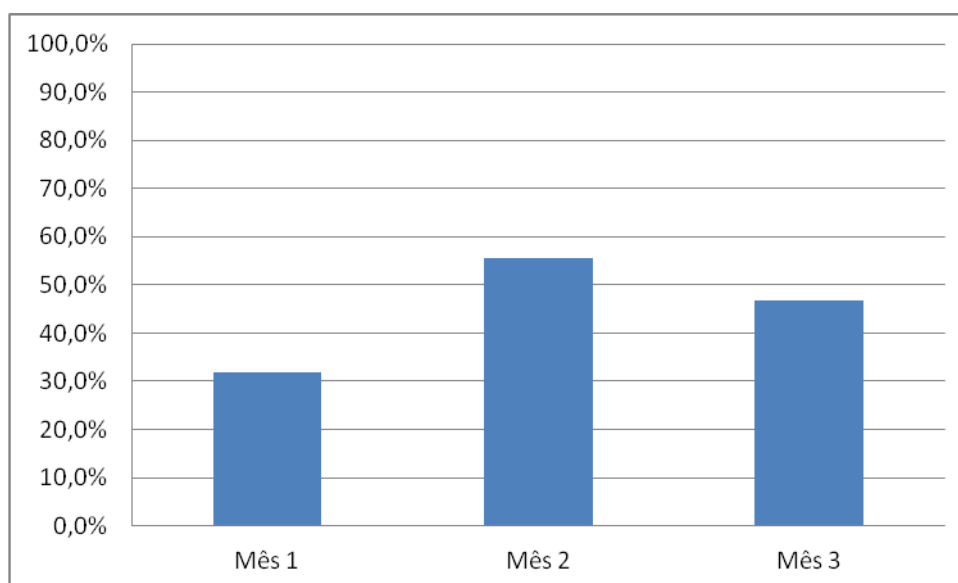


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência entre 6 a 72 meses com COP (Fonte: Planilha de coleta de dados de saúde bucal - PCDSB).

- Objetivo 8: Melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal da criança.

A meta 8.1 foi realizar avaliação da NAO em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência. No primeiro mês, sete (100,0%) dentre sete crianças entre 6 a 72 meses com COP tinham NAO, proporção que se manteve estável no segundo e terceiro meses da intervenção, com 15 (100,0%) em 15 crianças. Isso, mostra a enorme importância da saúde bucal na infância, com ações de prevenção de agravos em saúde bucal desde a fase de lactente, até ações curativas quando há surgimento da dentição.

A meta 8.2 foi realizar a primeira COP para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico. No primeiro mês, sete (100,0%) dentre sete crianças entre 6 a 72 meses com NAO, realizaram a primeira COP, proporção que se manteve estável no segundo e terceiro meses da intervenção, com 15 (100,0%) em 15 crianças. Essa meta reflete uma abordagem equitativa, com priorização das crianças que apresentam maior NAO.

A meta 8.3 foi concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira COP. No primeiro mês, essa conclusão foi possível para quatro (57,1%) das

sete crianças com COP, proporção essa que aumentou para 9 (60,0%) entre 15 no segundo mês, mantendo-se estável no terceiro (9/15), conforme mostrado na figura 20. Como fator limitante para o êxito nessa meta, destaca-se a falta de estrutura adequada para o atendimento odontológico terapêutico, já que o consultório da saúde bucal da UBS de Novo Horizonte esteve com a sua cadeira odontológica fora de funcionamento durante toda a intervenção, impossibilitando procedimentos específicos para tratamento. A gestão afirmou que a substituição dos equipamentos danificados ocorrerá o quanto antes, porém até então não ocorreu e não há previsão por ora.

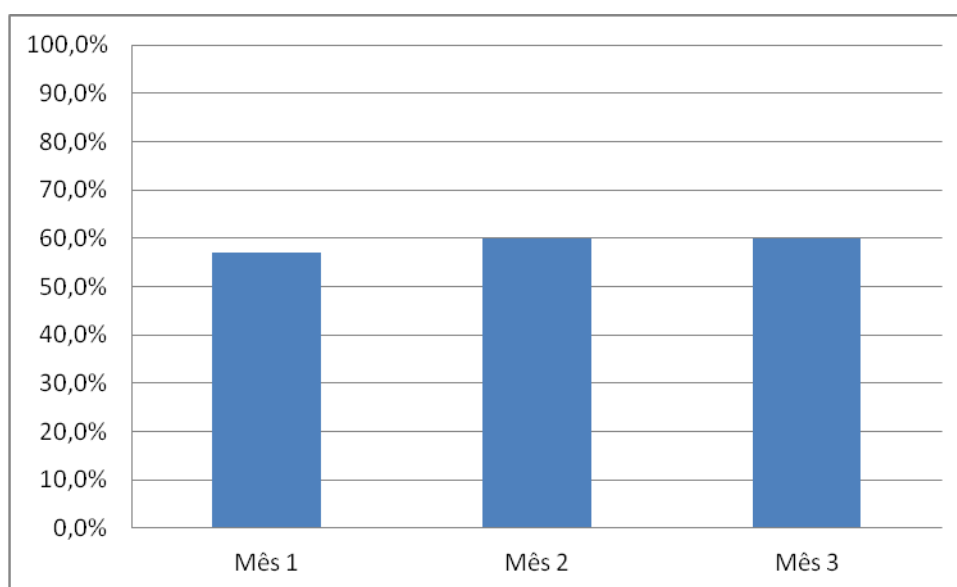


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído (Fonte: PCDSB).

- Objetivo 9: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

A meta 9.1 foi realizar busca ativa para 100% das crianças com NAO faltosas à primeira COP. No primeiro, a única criança faltosa foi buscada. Tanto no segundo quanto no terceiro, houve duas crianças faltosas, que foram devidamente buscadas, o que deve-se ao comprometimento da eSF com o projeto de intervenção, especialmente da ACS. Vale ressaltar que ela sempre fazia o reagendamento das crianças faltosas automaticamente, colocando-as como prioritárias para a marcação.

Quanto à meta 9.2, de 100% das crianças faltosas às consultas de tratamento continuado (posteriores à primeira COP) recebendo busca ativa, o resultado foi de nenhuma faltosa. Isso na verdade ocorreu pois não houve agendamento de

consultas para tratamento continuado para nenhuma criança, uma vez que a estrutura do consultório, pela manutenção da cadeira odontológica, não permitiu essa ação.

- Objetivo 10: Melhorar o registro das informações.

A meta 10.1 foi manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira COP, o que foi alcançado em todos os meses da intervenção. No primeiro mês, a proporção foi de sete dentre sete crianças, e tanto no segundo quanto no terceiro mês, de 15 entre 15. Isso mostrou comprometimento da eSF com o projeto de intervenção, além do entendimento da necessidade de se manter a organização e os registros atualizados não só para a monitorização dos dados, quanto para uma atenção integral e longitudinal à saúde da criança, especialmente se considerarmos que a abordagem na ESF é multiprofissional, com os registros de prontuário servindo para o entendimento da história do usuário.

- Objetivo 11: Promover a saúde bucal das crianças.

Em relação às metas de promoção à saúde - orientação de pais/crianças sobre higiene bucal (Meta 11.1), dieta (Meta 11.2) e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias (Meta 11.3) -, houve alcance de todas nos três meses da intervenção. No primeiro mês, essas orientações foram passadas para sete de sete crianças, e tanto no segundo quanto no terceiro mês, para 15 de 15 crianças. Isso mostra comprometimento da eSF na intervenção, com compreensão da necessidade de uma abordagem educativa e de orientações que permitam a promoção da saúde bucal e a prevenção de agravos evitáveis através de mudanças no estilo de vida.

4.2 - Discussão

A intervenção em saúde da criança, realizada nos distritos de Cruzamento e Novo Horizonte na zona rural de SMG, permitiu alcançar resultados bastante significativos. O aumento da cobertura da puericultura superou as metas propostas, chegando a 90,0%, sendo acompanhado por uma importante melhoria na qualidade da atenção prestada pelos profissionais da UBS, contemplando a saúde da criança do modo mais integral possível com os recursos existentes na atenção primária e em nossa realidade. Houve melhoria dos registros em prontuário e na ficha espelho,

além de protocolização da assistência, permitindo uma nova organização do serviço.

Com a intervenção, foi aberto espaço para oficinas de capacitação, em diferentes momentos, dos profissionais da saúde no manual de CD do MS (2012). Com isso, foi possível um trabalho integrado para a qualificação da prática clínica no acompanhamento das crianças menores de seis anos por todos, inclusive pela equipe de saúde bucal, com distribuição de tarefas e atribuições entre os profissionais. Para a médica e a enfermeira, coube o acolhimento, o atendimento clínico às crianças de modo integral, com registro satisfatório em prontuário e na ficha espelho, monitoramento dos dados, articulação de atividades de capacitação e de atendimento coletivo, ações de promoção à saúde individuais e coletivas. Ao técnico de enfermagem, coube o acolhimento com primeiro contato com todas as crianças que comparecessem à UBS, vacinação/administração de vitamina A, aferição dos dados antropométricos, registro adequado em prontuário e ficha espelho, ações de promoção à saúde individuais e coletivas. À equipe de saúde bucal, composta pela dentista e auxiliar de consultório dentário, coube acolhimento, atendimento odontológico - avaliação da NAO, primeira COP e tratamento continuado -, escovação supervisionada, ações de promoção à saúde individuais e coletivas. À ACS, coube acolhimento, cadastramento das crianças no programa, agendamento de consultas de puericultura e de saúde bucal, busca ativa de crianças faltosas e de maior risco e vulnerabilidade, ações de promoção à saúde individuais e coletivas.

A incorporação de uma ficha espelho à rotina de atendimento se mostrou bastante positiva. Sua introdução na unidade de saúde foi substrato para a reflexão, por toda a eSF, da situação da saúde da criança naquele momento, sendo identificada a necessidade de protocolização, de organização da assistência e dos registros, todos facilitados através das novas rotinas implementadas. O instrumento facilitou uma assistência clínica e de saúde bucal o mais integral possível para as crianças, guiando as consultas e evitando o surgimento e persistência de lacunas no atendimento. A incorporação das curvas de crescimento e dos marcos do desenvolvimento à ficha espelho permitiu um registro próprio do status antropométrico e neuropsicomotor das crianças, que antes não existia ou era feito apenas na caderneta de vacinação das crianças (modelo atual).

A verificação do status vacinal das crianças, assim como da suplementação de vitamina A e sulfato ferroso também foram facilitados através da incorporação da

ficha espelho, que contém informações cruciais sobre a saúde das crianças de modo objetivo.

A priorização do atendimento de crianças na agenda clínica - médica e enfermeira - e de saúde bucal foi muito importante, e foi trazida como rotina através da intervenção, quando foi proposta reserva de fichas para uso exclusivo para marcação de consultas de puericultura - especialmente de usuários de maior risco/vulnerabilidade e faltosos a consultas prévias -, e a prioridade no atendimento das crianças que chegassem como demanda espontânea. Embora num primeiro momento tenha havido uma certa insatisfação da população por essa priorização, a comunidade não tardou a compreender a importância desta ação para a saúde local.

A distribuição de funções e atribuições entre os profissionais da eSF também foi crucial para otimizar o atendimento de demanda agendada e espontânea das crianças, cuja primeira avaliação era cargo quase que exclusivo da médica e/ou enfermeira previamente.

A intervenção também suscitou discussões importantes sobre a assistência prestada às crianças em todo o município. A descentralização da coleta do teste do pezinho foi um tema abordado e discutido com a gestão, que abriu espaço para a capacitação das enfermeiras de todas as eSF.

Outro aspecto importante foi a suplementação de sulfato ferroso, que antes da intervenção era feita com doses inadequadas semanais, e que com a intervenção foi ajustada para a dose diária.

A comunidade mostrou-se satisfeita com as novas rotinas na puericultura, mesmo que de início não tenha ficado clara a importância da intervenção. As conversas com pessoas tidas como lideranças locais, como professores das escolas e moradores das comunidades, quando ocorreram, foram muito importantes para a conscientização da importância do acompanhamento integral na puericultura, e para que outros usuários não se sentissem menos valorizados pelo fato de não estarem contemplados na intervenção.

A incorporação das novas rotinas através da intervenção permitiu o mapeamento das crianças em situação de maior risco/vulnerabilidade, garantindo o cumprimento do princípio da equidade na atenção a estas crianças. Com isso, foi possível conhecer melhor a realidade onde estes indivíduos estão inseridos, seja o contexto socioeconômico ou familiar. Essa visão ampliada de puericultura foi um dos frutos mais importantes gerados pela intervenção.

Acredito que um dos principais obstáculos que enfrentei na intervenção foi na luta pela mudança de conceitos de saúde e de APS que estão culturalmente enraizados na minha realidade, com excessiva valorização do assistencialismo não planejado, monitorado ou avaliado. Creio que esse processo teria sido mais fácil caso eu tivesse, desde a análise situacional, dialogado mais abertamente com a gestora local e com a coordenação da atenção básica, colocando para todos o diagnóstico de saúde levantado. O diálogo com a eSF também poderia ter sido iniciado mais precocemente e de modo mais enfático, o que foi por um lado dificultado pela escassez de momentos de reunião, apenas mensais, gerando um canal de comunicação pouco eficiente.

Um fator que dificultou a intervenção foi a ausência da enfermeira da eSF, que esteve afastada pelas férias e por problemas de saúde, gerando uma certa sobrecarga para mim. Isso dificultou ainda mais a motivação dos profissionais da eSF para a intervenção, uma vez que a enfermeira tem um papel central de liderança entre nós.

Apesar disso, aumentar o nível de exigência dos profissionais da eSF e motivá-los para trabalhar em conjunto por um bem comum foi um aprendizado para mim, e se não fosse a intervenção eu provavelmente não teria tido esse tipo de atitude. Acredito que no final das contas a eSF compreendeu que uma intervenção gera mais trabalho momentaneamente, mas que a longo prazo tem efeitos benéficos para a população e para todos os profissionais, que são mais capazes e resolutivos em suas atribuições e ações cotidianas. O efeito que foi gerado com isso tudo é muito importante, pois é uma prova para a gestão, para a coordenação da atenção básica e para a eSF de que através de medidas simples pode-se produzir impactos importantes na saúde das pessoas.

Creio que, com isso, haverá sim um legado da intervenção. Tenho algumas dúvidas em relação à continuidade do uso da ficha espelho e da persistência do modelo de atenção que foi implementado, após minha saída da UBS, pois as dificuldades são muitas desde a impressão do material até a colaboração da gestão. Mas espero que fique para todos a noção de que construções coletivas são possíveis, e que todos tem uma importância singular, complementar e fundamental nesse processo, ao contrário da ideia que não raro reina de que "só o médico resolve todos os problemas de saúde das pessoas".

Houve uma importante dificuldade no levantamento de muitos dados

retrospectivos nos prontuários e cadernetas de vacinação, além de muitas mães não recordarem todas as informações que deveriam ser monitoradas. Esse foi o caso do dado da observação da mamada na primeira consulta de vida, do resultado do teste do pezinho e da triagem auditiva, além da idade gestacional da criança ao nascer. Acredito que a ficha espelho tem, nesse sentido, papel central nesse registro, ao reunir todas essas informações de modo objetivo, permitindo futuramente um monitoramento mais acessível, fácil e eficiente.

De agora em diante, pretendo introduzir a metodologia da intervenção em outros distritos, ampliando a cobertura da puericultura em todo o território. Para isso, será necessária um novo momento de capacitação para recordar, junto com a eSF, aspectos relacionados às metas propostas, além da impressão de mais fichas espelho. Há a necessidade de maior diálogo com a gestão e com a coordenação da atenção básica para cada vez mais introduzir novas concepções de APS preventivas de promoção à saúde, com espaço para planejamento, assistência e monitoramento.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2014, a equipe Serra Verde esteve realizando uma intervenção em Saúde da Criança, sob minha liderança, nos distritos de Novo Horizonte e de Cruzamento.

Antes de iniciar a intervenção, realizei uma Análise Situacional de minha área, através da qual identifiquei diversas questões relevantes. A saúde da criança menor de seis anos me chamou a atenção, pois observei uma baixa cobertura do programa de CD, em torno de 50,0% nos distritos de Novo Horizonte e de Cruzamento. O acompanhamento de puericultura era atribuição praticamente exclusiva da enfermagem, com encaminhamento para o médico apenas dos casos graves, complicados ou recorrentes. Nos prontuários, não havia em anexo as curvas de crescimento nem os marcos do desenvolvimento, limitando a avaliação desses importantes parâmetros. Não havia protocolo de atendimento, nem monitoramento de dados. A interface com a saúde bucal era muito incipiente, e a cobertura estimada de crianças com primeira COP era inferior a 20,0%.

O monitoramento da intervenção ocorreu através da análise contínua das fichas espelho individuais, cujos dados foram agrupados. Com isso, foi possível o acompanhamento evolutivo de diversos parâmetros, permitindo identificar os principais problemas na puericultura local, e assim propor possíveis soluções.

Após a intervenção, observou-se superação da meta de cobertura do programa de puericultura, o que foi reflexo do êxito obtido com a organização do serviço, monitoramento dos dados e comprometimento da eSF.

O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento foi feito na maioria das crianças cadastradas, e em todas as que apresentaram baixo ou excesso de peso, consistindo em um enorme ganho de qualidade à assistência de puericultura. Isso foi possível graças à disponibilidade das fichas espelho, com o apoio da gestão. Seria fundamental perpetuar esta rotina, com incorporação da ficha espelho completa - uma por criança - ao conjunto de impressos da APS do município, capacitando os profissionais e cobrando-os quanto ao uso deste material. A realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança ainda é algo muito difícil de ser articulado na zona rural, em virtude do modelo itinerante de atendimento. Acredito que seja interessante investir em capacitações dos ACS para que eles estejam aptos a realizar uma avaliação objetiva dos parâmetros mais importantes no puerpério imediato e na primeira semana de vida do RNt, reportando a situação para a eSF..

A cobertura vacinal das crianças cadastradas foi abaixo do esperado, porém apresentou valores altos. O quantitativo de crianças com vacinação incompleta tem relação com a introdução da vacina para hepatite A no período da intervenção, e com a perda das vacinas do município quando houve falta de energia na UBS do Maceió. É muito importante que os ACS realizem este monitoramento mensalmente na área, apresentando às eSF as pendências identificadas para correção precoce.

A suplementação de sulfato ferroso foi feita em todas as crianças de seis a 24 meses ao fim da intervenção, e durante as capacitações houve atualização dos profissionais na dosagem desta medicação, que antes era feita de modo insuficiente, mostrando a importância de se investir em educação em saúde para o aprimoramento da assistência. A suplementação de vitamina A em crianças de seis a 59 meses ainda tem baixa cobertura, que aumentou com a intervenção. O fato da suplementação ser feita com doses semestrais levadas pela eSF à zona rural é algo muito positivo. Mas é importante que haja o monitoramento desta suplementação de vitamina A na área, o que pode ser facultado aos ACS.

A triagem auditiva ainda é muito pouco realizada, praticamente exclusiva das crianças que nascem nos hospitais que oferecem este procedimento. Seria interessante buscar pactuações com serviços que façam a triagem auditiva, dada

sua importância.

O realização do teste do pezinho na primeira semana de vida é algo extremamente raro na zona rural, muito em função das restrições impostas à sua coleta, feita exclusivamente na zona urbana às segundas feiras pela manhã. A descentralização da coleta é uma solução muito viável, e nesse sentido foi muito positivo para o município que a gestão tenha articulado um treinamento para capacitação das enfermeiras das eSF para coleta do exame. Porém é preciso organizar um treinamento prático das profissionais, além da disponibilização do material necessário, para que a coleta do material possa de fato ser descentralizada na área.

Através da intervenção, iniciou-se uma rotina de avaliação de risco das crianças, o que é fundamental para mapear na área os usuários que tem necessidade mais urgente e mais frequente por assistência. As oficinas de capacitação foram muito importantes para que os profissionais fossem apresentados às classificações e parâmetros que definem situações de risco e vulnerabilidade, e seria importante dar continuidade às atividades de educação em saúde para qualificar a prática clínica.

Ações de promoção à saúde sempre foram realizadas pela eSF, sendo uma das suas grandes atribuições. Durante a intervenção, essas ações foram feitas de modo rotineiro, em consultas individuais e atividades coletivas, versando principalmente sobre prevenção de acidentes na infância, aleitamento materno, alimentação saudável e saúde bucal (higiene, etiologia e prevenção da cárie e prevenção de oclusopatias). A intervenção foi importante para que houvessem capacitações, nas quais enfatizou-se o valor dessas orientações, que são atribuição de todos os profissionais da eSF. Nesse sentido, é importante que a gestão pense mais momentos de educação em saúde para maior qualificação da prática clínica dos profissionais.

Todas as crianças faltosas, tanto às consultas de puericultura quanto de saúde bucal, foram devidamente buscadas pela ACS da área, mostrando envolvimento com a intervenção, o que é importante de ser incentivado pela gestão.

Em relação à saúde bucal, com a intervenção houve priorização das crianças para assistência. Com a introdução da ficha espelho - que também contém uma parte específica para uso da odontologia -, foi possível organizar a demanda e as ações executadas, permitindo o monitoramento das mesmas, com identificação de

prioridades e para acompanhamento evolutivo de importantes parâmetros e indicadores de saúde.

Conseguiu-se aumento da cobertura de primeira COP, que ocorreu para todas as crianças nas quais foi identificada NAO. A conclusão dos tratamentos propostos não foi possível, em função do consultório odontológico da UBS estar com a cadeira quebrada durante toda a intervenção. É importante que essa cadeira seja substituída o mais breve possível, para que não haja acúmulo de demanda e para que patologias bucais não evoluam para formas que necessitem de tratamento mais especializado.

Algumas crianças apresentaram indicação de tratamento mais especializado, como de endodontia, que não é realizado na ESF do município. Seria muito interessante, nesse sentido, que fossem buscadas pactuações com outros municípios para criação de um CEO na região.

Foi possível constatar que a intervenção obteve bons resultados, através da realização de ações simples, a maioria de baixa densidade tecnológica e baixo custo. O apoio da gestão foi fundamental, não só para a parte de recursos materiais, mas também para que fossem realizadas atividades de educação em saúde, tão importantes. Seria interessante um apoio ainda maior a este tipo de ação, cobrando dos profissionais a realização das ações propostas, participação no monitoramento dos dados para identificação de ações prioritárias, por exemplo.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2014, foi desenvolvida uma intervenção em saúde da criança menor de seis anos dos distritos de Novo Horizonte e de Cruzamento. A eSF, sob liderança da Dra. Clara, esteve atuando de maneira a organizar o serviço, com o objetivo de aumentar a qualidade da assistência prestada.

Antes da intervenção, muitas crianças menores de seis anos não faziam o acompanhamento do CD, especialmente após o primeiro ano de vida. As consultas do CD também eram quase todas feitas pela enfermeira, sem que as crianças passassem pelo médico também, conforme preconizado pelo MS. A grande maioria das crianças era levada para o posto somente quando ficava doente, com uma diarreia aguda, um resfriado, uma pneumonia ou uma infecção na pele. Além disso, não havia o uso rotineiro das curvas de crescimento nem dos marcos do

desenvolvimento, a não ser que a criança tivesse a caderneta de vacinação no modelo mais atual (livro). Outra questão importante é que não havia um protocolo de atendimento, como se fosse um guia que especificasse pontos fundamentais que deveriam ser abordados das consultas, como situação vacinal, suplementação de sulfato ferroso e de vitamina A, situação da saúde bucal, dentre outros. Os prontuários estavam desorganizados, com registros muito pouco específicos, que não permitiam saber como eram feitas as consultas anteriores, nem informações sobre o parto, o nascimento e acontecimentos relevantes da vida da criança.

A proposta da intervenção foi justamente de mudar essa situação, organizando todos os prontuários e introduzindo o uso da ficha espelho, que é um instrumento que contém os dados mais relevantes da saúde da criança todos agrupados, e que deve ter arquivamento próprio separado do prontuário para consultas rápidas e objetivas.

Na ficha espelho, além dos dados da criança como nome (dela, da mãe, do pai), endereço, telefone, tipo sanguíneo, situação vacinal, acontecimentos relevantes como cirurgias, internações etc, existem campos destinados às consultas de CD, que devem ser preenchidos. Durante essas consultas, o médico ou o enfermeiro devem fazer a avaliação completa da criança, começando com uma conversa com o responsável, exame físico e conduta. Deve ser feita também a avaliação do peso e da altura da criança, relacionando esses dados com a idade dela, nas curvas de crescimento; o desenvolvimento também deve ser avaliado. As curvas de crescimento e os marcos do desenvolvimento estão anexados às fichas espelho.

Com a intervenção, conseguiu-se aumentar o número de crianças acompanhadas regularmente no CD, e dessas crianças que estão sendo acompanhadas, a maioria está agora com o peso sendo acompanhado (todas as que tem baixo peso ou excesso de peso estão sendo vistas). A maioria também tem o desenvolvimento acompanhado, está com a vacinação em dia, está recebendo sulfato ferroso na dose certa para seu peso (crianças com seis meses a dois anos), está com o registro na ficha espelho e no prontuário em dia, recebeu avaliação de risco, receberam orientações sobre acidentes na infância/alimentação saudável/saúde bucal/aleitamento materno. Foi difícil que a maioria das crianças recebesse visita/consulta na primeira semana de vida, realizasse o teste da orelhinha, fizesse o teste do pezinho na primeira semana de vida, recebesse vitamina A regularmente (crianças com seis a 59 meses). Mesmo assim, o com a

intervenção esse número de crianças vem crescendo para todas as ações.

Na parte de saúde bucal, ainda não conseguimos que todas a maioria das crianças recebesse a avaliação de NAO nem a primeira COP, mas esse número está cada vez crescendo mais. O tratamento ainda não está sendo feito pois a cadeira do consultório da dentista está quebrada e precisa ser trocada, mas com a intervenção a maioria das crianças recebeu orientações importantes para os cuidados com a saúde bucal, o que é muito importante.

Ainda falta muito para ser melhorado, mas pela primeira vez em muito tempo foi possível avaliar a saúde da criança desta maneira, e temos visto que com a intervenção a qualidade do atendimento está melhorando.

A população ganhou muito com isso, pois realizar o CD significa que com o tempo os casos de diarreia, pneumonia e outras doenças vão diminuir nas crianças, que vão ter mais saúde para ir à escola, brincar e crescer.

É importante que a comunidade se organize para que o que foi começado com a intervenção não seja perdido, conversando com a secretária de saúde e com a coordenadora da atenção básica sobre as coisas boas que aconteceram com a intervenção. A voz do povo é muito importante e pode mudar muitas situações que parecem não ter jeito.

É importante também que a comunidade toda cuide de suas crianças, estimulando a alimentação saudável só com leite materno nos seis primeiros meses de vida, e depois com muitas frutas, legumes e verduras, evitando excessos de doces, balas, biscoitos, embutidos, enlatados etc; estimulando os exercícios físicos; estimulando a educação com carinho, sem punições ou agressões físicas; estimulando as crianças a ir na escola, a fazer as tarefas; protegendo as crianças dos acidentes como afogamento, queimaduras, eletrocutações, acidentes de moto ou carro; estimulando e ensinando as crianças a cuidar da saúde bucal, com escovação dos dentes sempre após a alimentação.

É importante também que os responsáveis - mães e pais também, ou outros cuidadores - participem de atividades educativas sobre os cuidados com crianças, pois nelas são discutidos vários temas importantes, como alimentação, higiene, saúde bucal, educação.

No início da intervenção, pode ter parecido que o espaço para o atendimento de outras pessoas com idade acima de seis anos tivesse sido reduzido, e que a demora nas consultas tivesse aumentando. Mas tudo isso tem um propósito

importante, e que trará benefícios para todos, pois cuidar da saúde das crianças significa cuidar da saúde dos adultos de amanhã, que irão trabalhar, ter suas famílias e vidas, e que para isso precisam ter tido uma infância tranquila, crescendo e se desenvolvendo da melhor maneira possível.

Mesmo após o fim da intervenção e mesmo com a mudança dos profissionais da eSF, a idéia é que as ações que começaram continuem a acontecer. Para isso, é importante que a comunidade cobre da gestão, no sentido de que as ações iniciadas sejam perpetuadas e melhoradas.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Participar do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em 2014 superou muitas expectativas. Fui selecionada para trabalhar em SMG, no RN, apesar de ser do RJ. Escolhi vir e encarar o desafio, enfrentar meus medos e conhecer de perto uma realidade que antes chegava para mim só em forma de histórias.

O ano passou, e olhando para trás tenho muitos sentimentos misturados. Foi difícil, foi triste, foi doloroso, até cruel. Mas foi muito prazeroso e fantástico ao mesmo tempo. Ser médica de alguém, construir sua identidade profissional, e até pessoal, é um processo indescritível e que gera plenitude.

A pós graduação da UFPel não foi diferente. Primeiro, achei fantástico uma universidade do Rio Grande do Sul (RS) ministrar uma especialização à distância para o RN, numa mistura positiva de bagagens, experiências e visões de mundo que se somam. Em segundo lugar, desde o início percebi a enorme seriedade, competência e compromisso da UFPel com aquilo que seu corpo profissional se propõe a fazer, e me senti motivada a reproduzir essa postura na minha vivência prática e clínica.

Fiquei fascinada com a estrutura do curso, e com a proposta de que o aluno realize um projeto de intervenção, atuando como um agente modificador da realidade na qual está inserido. Me senti parte integrante do processo de modificação, para melhor, do nosso SUS, e cada conquista obtida, ligada ou não à intervenção, foi celebrada e comemorada como se fosse minha também.

A especialização é extremamente organizada e exige muito do aluno. Porém, existe uma linearidade lógica nas tarefas propostas, e com isso não achei difícil de entender o porquê de muitas delas. A possibilidade de olhar para um território, criar um diagnóstico de saúde local e a partir dele intervir em uma ação programática prioritária é incrível, e valeu a pena o esforço despendido para isso.

Vejo que ganhei muito conhecimento com o curso, embora o sentimento de que poderia ter feito mais ou melhor sempre me acompanhe. Vejo que é dessa maneira que se constrói saúde pública de qualidade, através da análise situacional, planejamento, intervenção e monitoramento.

Fiquei um pouco decepcionada com alguns resultados da minha intervenção, pois foram poucas as metas plenamente alcançadas. Porém entendo e vejo a importância da intervenção apesar e além de qualquer resultado, pois foi através

dela que construí, junto à minha eSF, uma rotina de assistência capaz de ter grande impacto na saúde da população local. A incorporação do que foi iniciado com a intervenção à rotina da UBS tem potencial para atingir metas integralmente, embora eu tema que muito do que foi implementado seja perdido com minha saída e com a saída de muitos profissionais que participaram da intervenção.

Um dos maiores ganhos que eu tive no curso foi a constatação na prática de que através de ações de baixa densidade tecnológica e de baixo custo, é possível alcançar grande impacto na qualidade da assistência prestada e conseqüentemente em indicadores de saúde. A estrutura da especialização proporciona o desenvolvimento desta noção, pois a intervenção consiste em ações cuja maioria é de baixo custo e exigem poucos recursos para serem executadas, e ainda assim são ações que não são rotineiramente realizadas por muitas eSFda ESF no país.

Outra importante lição que o curso me proporcionou foi a importância da equipe na ESF. Não há meios de se trabalhar sozinho em lugar nenhum, porém quando se propõe uma assistência integral, com prevenção, cura e reabilitação, e que promova a saúde das pessoas, é necessário que haja abordagem multidisciplinar, e cada profissional tem papel central nesse processo. As relações de trabalho podem ser muito desgastantes, porém no final das contas eSFs são espécies de famílias, núcleos que possuem sujeitos dependentes uns dos outros, e é necessária a existência do outro para que possamos oferecer o melhor de nós para os usuários. Eu achei isso muito interessante e bonito, e foi um grande aprendizado que tive durante a intervenção, quando mais do que em qualquer outro momento cada profissional da eSF foi fundamental.

O curso e a prática clínica também me proporcionaram aprendizados importantes no que tange a relação médico e paciente na abordagem familiar. A existência de teorias e de práticas clínicas protocolizadas é fundamental para o desenvolvimento da medicina, mas a individualização é sempre necessária quando falamos em cuidado, que é uma das grandes marcas da ESF. Vivenciei casos e experiências na minha rotina, inclusive durante a intervenção, que me provaram que cada sujeito é singular, e necessita de abordagem individualizada, caso contrário nenhum plano terapêutico terá sucesso.

Uma grande lição que aprendi durante a intervenção foi a observação de importantes processos de empoderamento de sujeitos, algo complexo e extremamente bonito, e que transcende qualquer teoria na medicina. Isso com

certeza será levado em minha bagagem de aprendizados, pois nada pode ser mais efetivo para alguém do que aquilo que é fruto da própria iniciativa, representando um cuidado que é maior do que qualquer outro.

O PROVAB e a especialização foram experiências muito verdadeiras e repletas de emoções. Senti os melhores e os piores sentimentos, estive de frente com o melhor e com o pior de mim e dos outros, cresci e me transformei. Hoje sou uma pessoa diferente, cheia de dúvidas, mas com a certeza de que é possível haver mudança se soubermos subir um degrau de cada vez.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado/Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

SILVA, L.; VENANCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 983-992. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI) : 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Anexos



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR ■

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

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

Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 3																
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança tem necessidade de atendimento odontológico?	A criança está com tratamento dentário concluído?	A criança faltou à primeira consulta programática?	A criança que faltou à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	O registro de saúde bucal da criança está atualizado?	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de sução nutritiva e prevenção de oclusopatias?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	0															
2	0															
3	0															
4	0															
5	0															
6	0															
7	0															
8	0															
9	0															
10	0															
11	0															
12	0															
13	0															
14	0															
15	0															
16	0															
17	0															
18	0															
19	0															
20	0															
21	0															
22	0															

ANEXO 3 – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

OF. 15/12


Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Apêndices

