

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA**



**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na
UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta – Rio Grande/RS**

JULIANA PEREIRA DA SILVA

Pelotas, 2015

JULIANA PEREIRA DA SILVA

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na
UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta – Rio Grande/RS**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Pelotas, 2014.

Orientadora: Maria Fernanda Silveira Espíndola

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S586m Silva, Juliana Pereira da

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta – Rio Grande/RS / Juliana Pereira da Silva; Maria Fernanda Silveira Espíndola, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

101 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. Espíndola, Maria Fernanda S., orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho aos meus pais,
meu irmão, meu namorado e meus amigos.

Agradecimentos

Aos meus pais Clenice e Hélio e meu irmão Heitor, que me ensinaram a importância da educação e de buscar sempre aprimoramento intelectual.

Ao meu namorado Guilherme pelo apoio e incentivo para nunca desistir frente às dificuldades.

Aos meus amigos Vinícius e Marina pelo suporte, estímulo e por compartilhar nosso aprendizado ao longo desse ano.

Muito Obrigada.

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças.”

Mandela, Nelson

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico referente à proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Rio Grande, RS, 2014.	63
Figura 2	Gráfico referente à proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Rio Grande, RS, 2014.	64
Figura 3	Gráfico referente à proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Rio Grande, RS, 2014.	64
Figura 4	Gráfico referente à proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Rio Grande, RS, 2014.	66
Figura 5	Gráfico referente à proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Rio Grande, RS, 2014.	67
Figura 6	Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Rio Grande, RS, 2014.	68
Figura 7	Gráfico referente à proporção de crianças com triagem auditiva. Rio Grande, RS, 2014.	69
Figura 8	Gráfico referente à proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida. Rio Grande, RS, 2014.	70
Figura 9	Gráfico referente à proporção de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Rio Grande, RS, 2014.	71
Figura 10	Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Rio Grande, RS, 2014.	72
Figura 11	Gráfico referente à proporção de crianças com registro atualizado. Rio Grande, RS, 2014.	73
Figura 12	Gráfico referente à proporção de crianças com avaliação de risco. Rio Grande, RS, 2014.	74
Figura 13	Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.	74
Figura 14	Gráfico referente à proporção de crianças que foram colocadas	75

	para mamar na primeira consulta. Rio Grande, RS, 2014.	
Figura 15	Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.	76
Figura 16	Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.	77
Figura 17	Gráfico referente à proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Rio Grande, RS, 2014.	78
Figura 18	Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento odontológico. Rio Grande, RS, 2014.	79
Figura 19	Gráfico referente à proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Rio Grande, RS, 2014.	79
Figura 20	Gráfico referente à proporção de buscas realizadas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Rio Grande, RS, 2014.	80
Figura 21	Gráfico referente à proporção de crianças com registro atualizado. Rio Grande, RS, 2014.	81

Lista de Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro especializado Odontológico
CP	Exame Cito - Patológico
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
JEC	Junção Escamo-Colunar
MMG	Mamografia
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TQC	Teste de Qualificação Clínica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	11
1. Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial enviado na segunda semana de ambientação	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário Comparativo	25
2. Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e Metas	27
2.2.1 Objetivo Geral	27
2.2.2 Objetivos Específicos	27
2.2.3 Metas	28
2.3. Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento de Ações	32
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma	55
3. Relatório da Intervenção	58
3.1 Ações Realizadas	58
3.2 Ações Previstas que não foram desenvolvidas	60
3.3 Dificuldades encontradas	60
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina	61
4. Avaliação da Intervenção	62
4.1 Resultados	62
4.2 Discussão	82
4.3 Relatório da intervenção para o Gestor	84
4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade	86
5. Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem	90
6. Referências	92
Anexos	93

Resumo

SILVA, Juliana Pereira da. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta – Rio Grande/RS.** 2015. 101f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

O presente trabalho relata a intervenção realizada na UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta, em Rio Grande, no ano de 2014, durante os meses de agosto, setembro e outubro. A intervenção foi realizada em Saúde da Criança, e os objetivos eram ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança já em funcionamento na unidade e também melhorar a qualidade do mesmo, utilizando como referência o Manual do Ministério da Saúde número 33. Durante os três meses de intervenção, toda a equipe participou das atividades programadas e obtivemos resultados muito interessantes após a análise dos dados coletados. A população é de aproximadamente oito mil habitantes, e a população alvo da intervenção era de 327 crianças de zero a setenta e dois meses. Conseguimos ampliar os atendimentos de 12,2% (40 crianças) para 29,7% (97 crianças). Também melhoramos índices importantes de qualidade, atingimos 100% das crianças nascidas no período da intervenção com realização do teste do pezinho e teste da orelhinha. Esses resultados mostram que é possível melhorar a qualidade da atenção básica através da qualificação dos profissionais que a compõem, utilizando medidas já comprovadas e padronizadas pelo Ministério da Saúde. Mesmo após o término da intervenção as ações colocadas em prática permanecem na rotina da unidade, continuamos utilizando as ficha espelho padrão da UFPel, mantemos o registro atualizado, realizamos busca ativa, iniciamos o atendimento odontológico e os grupos de puericultura.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança, com ênfase na ampliação da cobertura e qualificação do serviço prestado na Unidade de Saúde Décio Vignoli das Neves, Rio Grande, RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho seqüenciais 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 março de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro 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/ Atenção Primária a Saúde (ESF/APS), enviado na segunda semana de ambientação

Desde que comecei minhas atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Quinta, município de Rio Grande, me surpreendi muito, algumas vezes positivamente e outras negativamente.

A estrutura da UBS precisa de algumas reformas como, por exemplo, a troca das instalações elétricas em todo posto. Para meu espanto, existem vários condicionadores de ar na UBS, nos consultórios médicos, sala de espera, consultório odontológico, sala da enfermagem/coleta de cito patológico, entre outros. Todos novos, modelos split. Porém desde que cheguei o ar do meu consultório não funciona, e depois de uma semana de trabalho fomos todos orientados a não ligar nenhum dos aparelhos, pois a rede elétrica está sobrecarregada e há risco de curto circuito e incêndio. A responsável entrou em contato com a secretaria de saúde do município que se prontificou a enviar um técnico o mais rápido possível, porém já aguardamos há cerca de um mês. Aconteceu até de uma paciente passar mal devido ao calor no meu consultório. Há vazamentos em vasos sanitários, a torneira do meu consultório está emperrada, entre outros. No geral, a impressão que fiquei da unidade é que ela foi construída com planejamento e organização, porém para uma realidade populacional diferente da atual, e que desde então não foi atualizada e nem melhorada.

Outra coisa que atrapalha bastante é que temos apenas um otoscópio na unidade, que às vezes não funciona e dificilmente possui pilhas. Cheguei a comprar pilhas e levei pra unidade, mas elas não duraram um dia e sumiram.

Existe uma precariedade de medicamentos e materiais importante, que vai muito além do otoscópio, que atrapalham o bom atendimento à população.

A concomitância de outros serviços no mesmo espaço físico dificulta nosso trabalho em ESF, exemplo disso é que existe na unidade um serviço semelhante ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com ambulância do município,

além de serviço de plantão 24 horas, ocorrendo então de salas serem realocadas para atender às necessidades destes profissionais. Recentemente ocorreu a perda de dois consultórios para ser transformados em dormitórios das equipes dos plantonistas, uma necessidade, mas que acabou por prejudicar o serviço do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois no momento não há local na unidade para os atendimentos com nutricionista, psicólogo e educador físico.

A unidade é bem organizada, porém a população cresceu muito e o espaço está muito pequeno para o volume de pacientes. Temos duas equipes, que realizam muitas atividades educacionais na comunidade, o que me surpreendeu muito. Existem grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, atividade física para idosos, crianças de dois a seis anos de idade, grupo de artesanato. Além disso, existem as reuniões com o conselho de saúde local, mensalmente, e outras atividades de integração com a comunidade, como bailes para a terceira idade.

Com relação ao trabalho, uma coisa que me frustra bastante é a falta de tempo/mão de obra versus população. Acontece que, no momento, somos dois médicos para atender uma população de aproximadamente dez mil pessoas, numa região de difícil acesso (dista 25 km do centro) e de grandes carências.

Venho encontrando dificuldade em prestar um bom atendimento, principalmente no que diz respeito ao manejo das enfermidades prevalentes e crônicas e da prevenção de complicações das mesmas, coisas que necessitam de tempo para serem bem realizadas. São dadas diariamente dez fichas para cada médico, no turno da manhã, além das intercorrências. À tarde, ocorrem os agendamentos de pré-natal, puericultura, visitas domiciliares e reunião de equipe. O problema é que a demanda é muito grande, existe uma fusão de atividades que funciona da seguinte maneira: durante a semana, a unidade abre das 08h00min-12h00min e 13h30min-17h00min como ESF, em duas equipes. A partir das 19h00min todos os dias, até as 07h00min funciona como serviço de pronto atendimento, inclusive finais de semana e feriados, funcionando 24 horas. Isso, a meu ver, acaba por confundir a população, que no geral já tem grande dificuldade de compreender o funcionamento dos serviços primário, secundário e terciário. Acredito sim que este serviço é de extrema necessidade para esta população, devido à dificuldade e tempo de locomoção até o centro serem muito grandes, mas acredito que deveriam existir duas estruturas físicas diferentes para ambas. As pessoas acabam por interpretar que todo o atendimento é em regime 24 horas, o que gera

uma série de problemas. A população queixa-se da demora dos atendimentos, sem entender que para o manejo adequado dos pacientes é necessário tempo para realização de anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares, orientação e tratamento adequados, diferentemente de um serviço de urgência/emergência. As intercorrências chegam sem haver triagem, porque, segundo me foi passado, quando havia uma triagem efetiva das consultas e era realizada orientação dos pacientes quanto as suas queixas serem urgência/emergência ou consulta eletiva, havia uma procura muito grande pelo serviço noturno, o que gerou atrito entre os dois serviços e ocasionou uma “ordem” para que nenhum paciente fosse para casa sem receber atendimento médico. Ocorre então que em um único turno chego a atender dezoito pacientes, cerca de 10 minutos para cada um. Sinto-me frustrada por não poder realizar meu trabalho da forma como gostaria e deveria e não vejo uma solução palpável para este problema.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Moro no município de Rio Grande, localizado na região Sudeste do Rio Grande do Sul. Atualmente a população é de aproximadamente 215.000 habitantes, divididos em cinco distritos: Rio Grande (subdividido em Rio Grande e Balneário Cassino), Ilha dos Marinheiros, Taim, Povo Novo e Vila da Quinta.

O município possui 32 UBS, 19 delas ESF e 13 Unidades Tradicionais. No total, são 27 Equipes de Saúde da Família. Conta também com quatro Unidades de Atendimento 24 horas, dois Hospitais Gerais e dois Hospitais de Especialidades. Temos três equipes de NASF, mas não possuímos Centro especializado Odontológico (CEO) no município.

Contamos com quase todas as especialidades médicas, mas temos carência em algumas áreas importantes, como a Cirurgia Ginecológica, na qual as pacientes são encaminhadas para outros municípios, através de convênios. Possuímos atendimento hospitalar e exames complementares, porém a grande maioria deles só pode ser solicitada por especialistas e não por médicos da atenção básica, gerando congestionamento no aguardo para as especialidades.

Trabalho na Vila da Quinta, distrito rural com cerca de dez mil habitantes, distante 25 km do centro da cidade. A região conta com duas UBS, ambas ESF, cada uma delas com duas equipes de saúde da família. A UBS em que trabalho,

Décio Vignoli, está cadastrada como uma ESF, mas na prática, funciona como uma Unidade Mista, pois um dos quatro serviços 24 horas do município funciona nela. Durante o dia, das 08h00min às 12h00min, e das 13h30min às 17h00min funciona como ESF, e das 19h00min às 07h00min como Pronto Atendimento. Não temos vínculo com nenhuma instituição de ensino.

Destes dez mil habitantes da localidade, cerca de oito mil pertencem à nossa UBS, divididos em duas equipes, cerca de 3.500 para uma e 4.500 para outra equipe. Destes oito mil, temos um perfil demográfico bem estabelecido: mulheres em idade fértil (10-49 anos): 2.483; mulheres entre 25 e 64 anos: 2.204; mulheres entre 50 e 69 anos: 826; gestantes: 120; menores de um ano: 96; menores de cinco anos: 192; crianças de 5 a 14 anos: 1.187; pessoas de 15 a 59 anos: 5.241; pessoas com 60 anos ou mais: 1.092; pessoas entre 20 e 59 anos: 4.586; pessoas com 20 anos ou mais: 5.678; pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão: 1.789; pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes: 511.

A quantidade de habitantes da população adstrita é adequada ao tamanho das equipes, porém mal dividida entre elas, causando sobrecarga de uma delas. Uma solução que facilitaria a organização da unidade seria uma nova divisão dentro da nossa UBS. Sugeri realizarmos um novo mapeamento e divisão, mas não foi bem aceito na reunião, tendo em vista que uma equipe possui sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a outra equipe da unidade está com apenas dois, cerca de 1500-2000 pessoas para cada um deles. Faz-se necessária a contratação de novos funcionários, principalmente ACS, essa mudança possa ser feita, o que melhorará todas as atividades nas duas equipes.

Mesmo o tamanho da população sendo adequado ao número de equipes, poderia haver mais uma equipe na unidade; esse fato deve-se à grande carência da população local e ao fato de ser o único serviço de saúde local (a Vila da Quinta é distante 25 km do centro). Tal fato já foi relatado para os governantes, estamos aguardando alguma modificação.

As duas equipes da ESF são a número 18 e a 19. A 18 é composta por mim (médica), uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e sete ACS, um para cada uma das sete micro-áreas da região. Cada micro-área acolhe cerca de 200 famílias. A equipe 19, que divide a estrutura física da UBS conosco, conta com um médico, uma enfermeira, um auxiliar

de enfermagem e apenas dois ACS, para cinco micro-áreas. A dentista e sua auxiliar, embora cadastradas para a equipe 18, atendem também a equipe 19.

A estrutura física da UBS é precária; o acesso à unidade é ruim, os idosos, deficientes físicos e principalmente os cadeirantes encontram grande dificuldade de acesso. Com relação ao espaço físico em si, algumas salas estão dentro do tamanho mínimo recomendado pelo manual das UBS, como a sala de reuniões e os consultórios médicos. Outras são extremamente pequenas, como a sala de vacinas, consultório odontológico, expurgo e até mesmo a farmácia, com menos de 5m², sendo os medicamentos dispensados no próprio corredor, sem privacidade nenhuma.

Temos poucas salas, tanto para acolhimentos, consultórios e salas de procedimentos, mas as salas de maior circulação possuem condicionadores de ar novos modelo “split”, como os consultórios, sala de espera, consultório odontológico e ginecológico.

Com relação aos materiais e medicações, que é o que mais sentimos falta, há bastante carência. Medicamentos básicos, até para uso na própria unidade, estão em falta: Buscopan Composto Ampolas, Paracetamol Gotas, Ibuprofeno Comprimidos, Amoxicilina-Clavulanato Comprimidos e Suspensão, Azitromicina Suspensão, entre outros. Falta otoscópio, oftalmoscópio, gaze, material de curativo, luvas estéreis de tamanho adequado, foco, pilhas, receituário B, pastas de prontuário, carbono, etc.

Já foram feitas inúmeras solicitações à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sem obter melhora; a única solução que vejo seria levarmos as nossas dificuldades para o Conselho Local de Saúde, para que eles façam essa solicitação.

Mesmo com a falta de medicações e insumos e a infra-estrutura precária em nossa unidade, um dos maiores problemas com certeza é a sobrecarga populacional e de tarefas dos profissionais. Temos grande dificuldade para realizar as atividades que envolvem mais de um profissional da equipe e aquelas que necessitam a saída dos mesmos da unidade.

Todos na equipe tentam realizar as atividades cabíveis da melhor maneira possível, apesar de encontrar algumas dificuldades, então acabamos nos adaptando ou re-dividindo as tarefas. Algumas atividades não são realizadas por todos os funcionários por falta de tempo, como por exemplo, eu, como médica, não participo

do gerenciamento de insumos necessários para a unidade, apenas enfermeiros e técnicos fazem isso. Também não realizamos pequenos procedimentos na UBS por falta de tempo, de espaço físico e também de materiais necessários.

Apesar de não termos capacidade de atender à demanda espontânea devido à sobrecarga profissional, acredito que a pior consequência para a saúde local ainda são as atividades de grupo e atividades educativas em prevenção da saúde, que são deixadas de lado. Infelizmente, torna-se uma “bola de neve”, já que a maioria dos problemas agudos de saúde poderia ser evitada com noções básicas principalmente de higiene (lavagem de mãos, higiene oral, genital, etc.).

A solução para o problema está na contratação de mais profissionais para completar o quadro da unidade, mas que por questões que não cabem a nós, ainda não pode ser feito. Por enquanto, o médico da equipe 19 está prestando suporte principalmente à demanda da equipe 18, pois a diferença populacional entre as duas equipes reflete em sobrecarga para uma e horários vagos para outra.

Outra questão que merece atenção na nossa unidade é a demanda espontânea. Talvez esse seja o maior de todos os nossos problemas. Aqui o "acolhimento" é só uma verificação de sinais vitais antes da consulta médica. Não existe a prática de “acolher” o paciente, ouvi-lo e designar a melhor forma de atendê-lo.

Temos, em nossa unidade, cerca de dez pacientes agendados/fichas por turno; esse número de atendimentos parece pouco, mas já aconteceu de termos mais de dez fichas de acolhimento por turno. Os piores dias são os que não estamos os dois na unidade, já que temos oito horas semanais para especialização.

Com relação ao trajeto que o paciente percorre na unidade, aqui funciona da seguinte forma: o paciente chega à UBS e pára no balcão de atendimento; ali estão duas estagiárias que não possuem nenhum conhecimento na área da saúde para realizar o primeiro contato com o doente. Ali, o paciente faz sua solicitação: consulta médica, de enfermagem, curativo, coleta de cito patológico, vacina, dentista, etc. As secretárias fazem uma ficha e deixam no balcão, por ordem de chegada.

Se a consulta médica está incluída dentro das fichas distribuídas ou agendadas, apenas são verificados os sinais vitais, não é realizado acolhimento. Não há qualquer conversa sobre o motivo da consulta, o que, às vezes, traz pacientes por motivos desnecessários.

Quando a consulta excede as fichas distribuídas, é chamada acolhimento, aí os auxiliares passam o paciente na sala de procedimentos e conversam com ele, brevemente, aferem os sinais vitais e na grande maioria (se não todas) passam a ficha para o médico. As fichas de acolhimento ficam todas para o final, depois que todas as fichas dadas forem atendidas, o que não faz sentido nenhum para mim. Ora, se o paciente está com alguma queixa aguda que justifique seu atendimento pelo médico naquele momento, que não pode esperar um dia para pegar uma ficha, como ele pode ficar sentado esperando por mais de cinco horas por atendimento? Porque ele não pode passar na frente das consultas muitas vezes de rotina?

Quando me encontro muito atarefada, com muitas consultas complicadas e mais os acolhimentos, solicito ajuda das enfermeiras da equipe e/ou do outro médico. Quando as enfermeiras estão menos atarefadas, elas mesmas realizam os acolhimentos, e, na maioria das vezes, vêm conversar comigo, e juntas resolvemos o problema, agendamos uma consulta quando não é urgência, medicamos se necessário e o paciente sai satisfeito e em pouco tempo de espera.

Se apenas os auxiliares realizam os acolhimentos, a escuta das queixas é deficiente (nunca perguntam o tempo de sintoma, vital para adequar se consulta aguda ou rotina) e passa toda e qualquer queixa para o médico, mesmo que seja solicitação de exames de rotina, por exemplo, uma consulta que poderia ser facilmente agendada, sem a menor urgência.

Para que nós, médicos, possamos atender toda a demanda, focamos na queixa do paciente no momento do acolhimento, e tratamos do fato agudo que fez o paciente vir à UBS. Não solicitamos exames nem manejamos patologias crônicas, da mesma forma que um pronto atendimento, totalmente contra o que o manual do Ministério da Saúde sobre Atenção à Demanda Espontânea sugere, de aproveitar o acolhimento para vincular o paciente à UBS. Soa-me extremamente utópica a sugestão do manual de, por exemplo, questionar a respeito de um cito patológico em uma consulta por gripe.

Resumindo tudo que foi escrito, venho procurando de todas as formas diminuir um pouco a busca pelo médico na demanda, visando melhorar a qualidade dos atendimentos, sem prejudicar (muito) a quantidade. Tenho encontrado grande resistência dentro da própria unidade pelas mudanças por mim solicitadas. Tenho total consciência das minhas limitações e capacidades como médica e não pretendo colocar minha profissão e muito menos a saúde dos pacientes em risco para “tocar

serviço” ou fazer política; por isso, esse assunto talvez seja o que eu mais me detenha aqui, pois, a meu ver, é o que mais necessita mudanças, em curto prazo.

Em nossa UBS, realizamos puericultura meio turno por semana (duas horas) em cada equipe, temos um caderno de agendamentos para cada e as consultas são registradas nos prontuários das famílias.

Os atendimentos são todos realizados pelos médicos, e todas as ações preconizadas são realizadas, porém como não temos ficha espelho, muitas vezes essas atividades são esquecidas, não existe nenhum padrão. Nós medimos, pesamos, colocamos nos gráficos, avaliamos desenvolvimento neuropsicomotor e vacinação, orientamos amamentação, alimentação complementar, suplementação com Sulfato Ferroso e Aditil, orientamos quanto a acidentes. Todas as informações são anotadas no prontuário da família e também na carteirinha da criança, que as mães sempre levam às consultas.

Não seguimos nenhum protocolo e também não temos registros específicos para a puericultura, portanto não conseguimos fazer o controle das ações realizadas. A falta de registros talvez seja o maior problema, pois acabamos perdendo acompanhamento simplesmente pela falta de controle com relação às consultas. Os retornos são agendados mensalmente e não segundo o Ministério da Saúde (MS), portanto acabamos com uma agenda bem restrita, difícil de marcar as crianças que nascem, ficando as primeiras consultas para até quatro ou seis meses de vida.

Outro fator debilitado em nossa UBS são os atendimentos até seis anos de idade; aqui, realizamos puericultura até os dois anos de idade, e, esse também é um fato que merece mudança.

Com relação à qualidade do serviço prestado e a adesão da população estamos próximos de 100%, e toda equipe contribui para que tal fato ocorra (busca ativa das puérperas, orientações).

O pré-natal também é realizado pelos médicos, à exceção da primeira consulta, realizada pelas enfermeiras. Temos dois arquivos separados, um para cada equipe, com os prontuários das gestantes em acompanhamento, o que facilita muito a organização e planejamento das equipes, diferente do que ocorre na puericultura.

Já a cobertura do pré-natal, apesar de o caderno de ações programáticas mostrarem uma cobertura de apenas 25% (30 gestantes), acredito que o número de

gestantes esteja superestimado, o que nos levaria a uma porcentagem bem superior. Conversando com as ACS, com relação à quantidade de gestantes não realizando o pré-natal na UBS, acredito que temos uma cobertura de aproximadamente 85% das gestantes da área, o que mostra um perfil populacional um pouco diferente do indicado, com um envelhecimento da população. Temos cerca de cinco gestantes realizando pré-natal particular e cinco que não estão realizando, mesmo com busca ativa na comunidade.

Quanto à avaliação da qualidade, acredito que temos um pré-natal de boa qualidade, o único indicador que prejudica nossa análise é a quantidade de consultas iniciadas no primeiro trimestre. A grande maioria das gestantes chega às consultas já no início do segundo trimestre. Apenas duas gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (7%).

Nem todas as gestantes comparecem às consultas regularmente, temos uma pequena parcela faltosa, mas a equipe está rotineiramente engajada em recuperar essas gestantes, semanalmente revisamos a pasta, e acionamos os ACS responsáveis para realizar busca ativa. As que comparecem às consultas realizam todas as ações preconizadas – exames, vacinas, medicamentos, cuidados, etc.

Temos também um grupo de gestantes, realizado semanalmente no mesmo dia do pré-natal, no qual as gestantes participam enquanto aguardam suas consultas. No grupo, formado por enfermeira, odontóloga, auxiliar de odontologia e auxiliar de enfermagem, são abordados assuntos como amamentação, cuidados com o recém nascido, alimentação saudável, etc.

Durante as consultas, seguimos como protocolo o Manual do Ministério da Saúde sobre Pré-Natal, de 2006. Em resumo, nosso pré-natal está muito bem estruturado e organizado, temos adesão muito boa da população, e quando não temos, a equipe se esforça para mudar a situação. Temos protocolo, registros específicos, atividades de grupo, etc.

Em nossa UBS, também realizamos atividades de prevenção do câncer de colo de útero e de mama; quem faz a coleta dos exames cito patológicos (CP) são as enfermeiras. Cada uma tem um dia/turno fixo para realização por semana, e os agendamentos são feitos pelas próprias pacientes, por orientação médica ou espontaneamente (rastreamento oportunístico). Já de início senti falta de haver algum método de rastreio organizado, pois freqüentemente são as mesmas pacientes que realizam, ficando uma grande parcela sem rastreio.

Existe um livro de registro e seguimento de cito patológico, no qual todas as pacientes que realizam ficam registradas, além de alguns fatores de risco (fumo, histórico gestacional/sexual) e os resultados e condutas. Da forma como as informações são dispostas, achei complicado responder ao caderno de ações pragmáticas. Não fica registrado, por exemplo, a data do último exame e o resultado anterior, para planejamento do próximo e quando este deve ser feito. As pacientes, em sua grande maioria, realizam anualmente, fato que mascara os valores encontrados.

Então, avaliando os dados do livro de registros nos últimos três anos, encontramos 816 (68%) que realizaram CP nesse período. Claro que esse valor é menor, tendo em vista que muitas delas realizaram-no anualmente e não a cada três anos, como seria o preconizado. Temos também muitas que realizaram antes dos 25 anos de idade. Portanto, a conclusão que se chega é de que esses valores são ainda menores, fato que me preocupa muito.

Com relação à qualidade da coleta, a imensa maioria das amostras é satisfatória e também com qualidade, possuindo junção escamo-colunar (JEC) representada. Todas as pacientes que comparecem à coleta são orientadas quanto à prevenção de câncer de colo e também doenças sexualmente transmissíveis, além de avaliados os fatores de risco. Porém, não temos esse tipo de controle/orientação com as pacientes que não realizam CP, pois não existe grupo de mulheres na unidade.

Acredito que deveria haver uma ficha somente para anotação de CP, para cada paciente dentro da faixa etária, ali ficando anotados todos os CP daquela mesma paciente, resultados e condutas, organizados em um arquivo somente para tal, assim como as mamografias. Esse tipo de organização só poderia ser possível digitalmente, para que, quando a paciente comparecesse à UBS por outros motivos, seria visto facilmente tempo de atraso, além de ficar extremamente fácil para visualizar todos os CP e realizar busca ativa das faltantes. Já está sendo implementado no município o prontuário eletrônico, porém sem previsão para chegada de computadores na unidade.

Com relação ao preenchimento da parte de câncer de mama no caderno de ações programáticas, a dificuldade foi ainda maior, pois existe apenas um livro onde são anotados a idade e o ano da mamografia solicitada. Não há nem ao menos justificativa para solicitações fora da data de rastreio, e existem muitas mamografias

entre 35-50 anos. Não é anotada a data da solicitação, quando foi a última, o exame físico, o resultado ou as condutas/seguimento da paciente.

Temos, na localidade, cerca de 320 mulheres entre 50-69 anos, 39% do estimado; destas, 150 mulheres (47%) realizaram mamografias nos últimos dois anos. Como não existe um dia para realização de rastreio para câncer de mama, fica a critério de cada mulher solicitar consulta para rastreio ou mamografia. Utilizamos as consultas clínicas e as coletas de CP como rastreio oportunístico para tal, mas como geralmente não temos muito tempo, o exame clínico das mamas fica sempre em segundo plano, sendo realizado apenas se a paciente tem alguma queixa mamária. Outro ponto importante, é que o livro de mamografias é preenchido pelas enfermeiras, com os exames solicitados nas coletas de CP, portanto as mamografias solicitadas pelos médicos em consultas clínicas não são anotadas. Não seguimos nenhum protocolo, tanto de mama quanto de colo.

Muitas mulheres ainda realizam mamografia (MMG) anualmente, o que prejudica também nossos indicadores. Quanto à qualidade do rastreio, todas as pacientes são pesquisada quanto a fatores de risco e orientações sobre prevenção, mas, igualmente ao que acontece com o câncer de colo de útero, apenas as pacientes que realizam mamografias passam por essa avaliação/orientação.

Como estratégia para vencer essa barreira, acredito que a implantação dos prontuários eletrônicos resolverá grande parte do problema, como já citado anteriormente. Também acredito que falta, e muito, ações para educação de toda a população alvo, para estimular àquelas que não estão realizando as ações preventivas, orientar àquelas que estão sobre a forma correta de realizá-las e maneiras de prevenir ambos os tipos de câncer, com palestras, grupos e atividades em centros comunitários.

Em se falando de doenças crônicas de grande morbidade e mortalidade, temos que falar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), muito prevalentes na região. Não existe, em nossa UBS, nenhum tipo de registro coletivo sobre HAS ou DM, tornando extremamente difícil o preenchimento do caderno de ações programáticas. Não existe planejamento de ações, nem agendamento de consultas, e os únicos registros são dos prontuários individuais. Também não seguimos nenhum protocolo durante as consultas.

Os usuários são orientados em cada consulta em quanto tempo devem retornar, mas não existe controle se eles comparecem às consultas e também não

existe busca ativa dos faltantes. Considero extremamente deficiente em nosso serviço os registros desse tipo de paciente, ainda mais se comparados aos registros que temos de pré-natal, por exemplo.

Os dados utilizados no preenchimento do caderno foram deduzidos em conversas informais com os funcionários da unidade, não tenho certeza sobre eles e também não tenho certeza se eles realmente relatam a realidade da população, mas são aproximados dos dados sugeridos pelo caderno, portanto acredito que essa semelhança seja significativa e realmente reflita nossa realidade.

Temos cerca de 95% dos hipertensos em acompanhamento, aproximadamente 1700 pessoas. Dos diabéticos, 78% (400 pessoas) estão em acompanhamento.

Com relação à qualidade do serviço prestado, acredito que esteja sendo bem realizado, ficando prejudicados apenas os dados com relação ao agendamento de consultas, tanto para HAS quanto para DM.

Outro fator que chamou a atenção foi no atendimento aos diabéticos, a avaliação de membros inferiores. Acredito que grande parte do problema seja por esquecimento, e um pouco também por falta de tempo, ficando esta avaliação restrita aos pacientes que apresentam alguma queixa nesse sentido.

Percebi, com essa avaliação, que medidas simples, como um caderno de agendamento de consultas, já melhoraria em muito a qualidade do serviço prestado, podendo haver um acompanhamento mais de perto e controle específico para essas classes de pacientes.

Acho que, antes de qualquer coisa, essa deve ser uma prioridade em nossa unidade, criar um turno fixo de atendimento agendado para HAS e DM, que crie um vínculo maior com o paciente e principalmente facilite o acesso às consultas médicas de rotina, pois estando o paciente assintomático é muito difícil comparecer à unidade para exames de rotina e acompanhamento, por exemplo.

Atendemos idosos todos os dias, em consultas de rotina (quando “tiram ficha”) e também nos acolhimentos, conforme a necessidade dos próprios pacientes. Realizamos agendamento de pacientes acima de 60 anos um turno por semana, no qual é disponibilizada uma consulta para cada uma das sete micro áreas; quem realiza os agendamentos são os ACS, conforme solicitação dos pacientes. Não existe nenhum tipo de planejamento e controle de atendimentos, assim como não temos uma forma de registro geral, apenas os prontuários individuais. Encontrei

dificuldade de realizar o preenchimento do caderno de ações por essa razão, e os dados foram coletados com ajuda dos ACS, principalmente.

Respondendo ao caderno, encontramos praticamente 70% de acompanhamento dos idosos em nossa UBS (cerca de 750 idosos), número bastante satisfatório, do meu ponto de vista, já que possuímos muitos pacientes que fazem acompanhamento em clínicas particulares da cidade. Acredito que esses números condizem com a realidade, devido ao discutido com os ACS e também devido à minha experiência na UBS até agora.

Com relação aos indicadores de qualidade, percebo que a maioria deles indica que estamos fazendo um bom atendimento às necessidades dos idosos, como o atendimento e manejo de diabéticos e hipertensos; porém também pude constatar que um importante ponto da qualidade não só dos nossos atendimentos, como também da qualidade de vida dos idosos, a avaliação multidimensional rápida, não está sendo realizada.

Ao ler o material proposto, tomei conhecimento dessa ferramenta de investigação rápida, que não conheci durante a faculdade. Achei muito interessante, apesar de não achá-la tão prática no dia a dia dos médicos. Não utilizamos nenhum tipo de protocolo de atendimento de idosos em nossa unidade. Temos grande demanda de idosos, e só realizamos atividades de rastreio e investigação em pacientes agendados, pois não há tempo hábil para realizá-las em consultas de acolhimento.

A saúde bucal também não abrange toda a população idosa, e creio que esse fato se deve a termos apenas uma odontóloga para as duas equipes (população de cerca de oito mil pessoas). Além de não termos outro odontólogo, também não temos outro consultório dentário, mesmo se houvesse demanda de pessoal.

Acredito que, para melhorar os indicadores, deveríamos começar realizando um registro geral dos idosos, com suas patologias e medicações, com as datas das últimas consultas e dando atenção especial àqueles que possuem mais necessidades, como os acamados. Um simples caderno, com os registros das consultas, já iniciaria o processo. Talvez, se iniciássemos os agendamentos eletivos, ou seja, se chamássemos os idosos à UBS para realizar consultas de rotina conforme a necessidade de cada um teria muito menos consultas para intercorrências, por exemplo, melhorando não só o fluxo do posto como também a morbidade e mortalidade da população idosa.

Como maior qualidade da nossa UBS, acredito que temos o Pré-Natal; organizado, protocolado, sistematizado, tudo de acordo com o preconizado, atingindo uma abrangência e aderência próximas a 100%; os maiores problemas que enfrentamos são o atendimento a diabéticos, hipertensos e idosos.

Apesar de esses grupos estarem sem organização e planejamento, acredito que o que mais atrapalha e que preferi dar atenção especial é a atenção à demanda espontânea. Esse problema atrapalha todas as outras atividades na unidade, desde as que já estão com dificuldades até as organizadas (como o pré-natal), já que é uma situação que ocorre todos os dias da semana, nos dois turnos. Acredito que se conseguirmos modificar isso, as outras atividades fluirão melhor, e será mais fácil organizá-las aos poucos.

Conversando com as enfermeiras da UBS, pensamos em criar um protocolo para o acolhimento na unidade, visto que os protocolos que existem são todos para hospitais e nenhum deles foi criado para servir à atenção básica. Está em projeto no município a criação de um protocolo municipal, mas como acredito que esse problema precisa ser solucionado de imediato, pensamos em criar um para a unidade e depois adaptar, se necessário.

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

Lendo o texto sobre a situação da ESF redigido nas primeiras semanas de trabalho, percebo o quanto a situação dos acolhimentos e a atenção à demanda já me preocupava, mas vejo também que já tivemos alguma melhora nessa questão. Antigamente, os acolhimentos eram exclusividade dos auxiliares de enfermagem, e hoje, pelo menos à tarde, as enfermeiras auxiliam bastante. Ainda assim, durante o turno da manhã é que temos mais movimento na UBS, por isso faz-se necessária a aplicação de um protocolo específico, já que as enfermeiras têm outras atividades durante a manhã.

A quantidade de atendimentos tem se mantido um pouco menor, podendo ser realizado um atendimento melhor. Quanto a melhorias na estrutura física, a única mudança até agora foi o conserto da rede elétrica na unidade, ocorrido há uma semana. Todas as outras reclamações continuam nas mesmas situações.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

Puericultura (do latim puer, pueris, criança) é a ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento. É uma ciência relativamente recente, descrita pela primeira vez na Suécia em 1762, começou a ser difundida no Brasil apenas na década de 1930 ⁽¹⁾. A puericultura é de fundamental importância uma vez que é por meio dela que o profissional de saúde tem condições de detectar precocemente e intervir nos distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, pode prevenir uma série de problemas, fornecendo adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional, além de acompanhamento vacinal e de saúde bucal ⁽²⁾. A maior prova da eficiência da puericultura são as quedas constantes nos índices de mortalidade infantil no Brasil. Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou queda de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990 para 15,6 neste mesmo ano ⁽³⁾.

Na UBS Décio Vignoli, na Vila da Quinta, temos duas equipes de ESF, cada uma com um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem (dois para uma equipe e um para a outra), nove agentes comunitários de saúde (sete em uma equipe e dois em outra) e uma dentista com sua auxiliar de consultório dentário, que atuam em ambas as equipes. Nossa estrutura física é razoável, mas pequena para a população; temos na área cerca de oito mil pessoas, divididas em cinco e três mil para cada equipe. Temos carência e alguns materiais e medicamentos, carência de transporte para realizar visitas domiciliares e atividades fora da UBS.

Com relação à puericultura em si, realizamos semanalmente, um turno específico para cada área, consultas de puericultura de crianças de zero a 24 meses. Não seguimos nenhum protocolo de atendimento e os registros ficam nos prontuários individuais, não temos registro coletivo e isso prejudica a monitorização e acompanhamento das consultas. Temos boa qualidade das consultas, mas não conseguimos expandir nossos atendimentos para crianças de 24 a 72 meses. Houve planejamento no início do ano da criação de um grupo de puericultura para crianças até seis anos, para pesagem, acompanhamento vacinal e orientações para as mães,

mas nunca chegou a ser realizado. Temos 96 crianças menores de um ano na unidade, mas apenas 40 realizam acompanhamento (42%).

Esperamos, com essa intervenção, aumentar consideravelmente a abrangência da puericultura na nossa unidade, realizar uma forma de registro que possibilite revisão sistemática das atividades e busca ativa dos faltantes, também implementar puericultura em crianças de 24 a 72 meses, implantar a ficha espelho padronizada pelo Ministério da Saúde para que nenhuma atividade fique descoberta ou esquecida e ampliar o engajamento da equipe toda, com participação das enfermeiras nas consultas e dos agentes de saúde na busca dos faltantes. Também quero integrar as atividades médicas com as odontológicas, com 100% das crianças avaliadas para saúde bucal.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Décio Vignoli, Vila da Quinta, Rio Grande.

2.2.2 Objetivos Específicos

Objetivos específicos em relação à saúde da criança:

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças;

Objetivos específicos em relação à saúde bucal:

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Objetivo 5. Promover a saúde das crianças;

2.2.3 Metas

Metas em relação à saúde da criança:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde;

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

Meta 3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Meta 4. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;

Meta 5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

Meta 6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

Meta 7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;

Meta 8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;

Meta 9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

Meta 10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;

Meta 12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde;

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

Meta 13. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 14. Manter registro 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 15. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças;

Meta 16. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

Meta 17. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

Meta 18. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

Meta 19. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária;

Metas em relação à saúde bucal das crianças:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde;

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

Meta 2. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência;

Meta 3. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico;

Meta 4. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

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

Meta 5. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram;

Meta 6. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas;

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 7. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Objetivo 5. Promover a saúde das crianças;

Meta 8. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 9. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 10. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática;

2.3 Metodologia

O nosso trabalho em Puericultura na UBS Décio Vignoli, na Vila da Quinta, em Rio Grande, será feito sob forma de um projeto de intervenção na qual realizaremos intervenção ativa nas atividades locais já realizadas. Nosso planejamento inclui ações, intervenções, atividades educativas, reuniões e capacitações da equipe de saúde, proporcionando aumento da quantidade e da qualidade dos atendimentos, por meio de sistematização e organização dos mesmos.

A coleta de dados será feita de modo simultâneo, semanalmente, realizando um comparativo com os dados coletados no início da pesquisa. Utilizaremos como instrumentos de trabalho fichas espelho de atendimento clínico e odontológico, anexadas ao final deste trabalho, além de uma planilha de indicadores, citados em seguida, e também uma planilha para coleta de dados.

A intervenção durará 12 semanas, e será aplicada em toda população pertencente à área de cobertura da UBS, cerca de 8.000 pessoas, obedecendo aos critérios de inclusão da pesquisa (crianças de zero a 72 meses de idade).

2.3.1 Detalhamento de Ações

Ações na Puericultura:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: cada equipe realizará avaliação semanal dos cadastros das crianças e fará o comparativo entre a agenda de consultas, sendo os médicos os responsáveis por essa avaliação.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: A equipe de saúde irá atualizar os cadastros das crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, semanalmente, sendo os responsáveis pela ação os médicos de cada equipe, priorizando o atendimento das mesmas.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Os ACS e os técnicos irão às casas de famílias com crianças na faixa etária de zero a 72 meses e orientar sobre a importância da puericultura, as ações realizadas nela e os seus benefícios, sendo esta ação desenvolvida semanalmente no turno da manhã.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: os médicos realizarão orientações aos técnicos e agentes de saúde, para capacitar o atendimento e fornecer orientações aos familiares que não necessitam da presença do médico. Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Essas capacitações serão feitas sob forma de grupos de discussão nas reuniões de equipe, em que cada membro ficará responsável por ler e discutir com a equipe sobre um tema do protocolo.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

Meta 3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Meta 4. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;

Meta 5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

Meta 6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

Meta 7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;

Meta 8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;

Meta 9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

Meta 10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida;

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis e 72 meses;

Meta 12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão avaliar semanalmente os indicadores de saúde: monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida; avaliação da

curva de crescimento; déficit de peso; excesso de peso; avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo; vacinas atrasadas ou vacinação incompleta ao final da puericultura; recebimento de suplementação de ferro; realização de triagem auditiva e teste do pezinho antes dos sete dias de vida. Essas ações serão realizadas no mesmo turno dos atendimentos, logo antes ou após, por meio da revisão das fichas espelho.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Os ACS irão fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, nos dois turnos de visitas. Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) ficou a cargo dos técnicos de enfermagem, que semanalmente realizam o balanço dos materiais e insumos faltantes na unidade e solicitam à secretaria. Os médicos terão versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento (enfermeiras). Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação (enfermeiras). Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), a cargo das enfermeiras. Os técnicos realizarão controle da cadeia de frio, além de fazerem adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e realizar controle da data de vencimento do estoque. As enfermeiras garantirão a dispensação do medicamento (suplemento), além de garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo e a realização de teste do pezinho. Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde fica a cargo dos técnicos e das enfermeiras da unidade. Os ACS irão cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, antes de se iniciar a intervenção. Toda a equipe irá oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. A dentista e a assistente bucal irão organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Os ACS e os técnicos irão informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança durante as visitas domiciliares, além de compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. OS

médicos, durante as consultas, irão informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, além de informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. Os médicos, enfermeiras e técnicos irão orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, além de orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento deste. Também irão orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida. A odontóloga irá informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, além de informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Os médicos irão capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, além de capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Toda a equipe irá fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, sob orientação dos médicos, para padronizar a equipe. Os médicos também capacitarão a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, para o preenchimento da ficha de desenvolvimento e na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento. Os médicos revisarão as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde e sobre a importância da incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança. As enfermeiras irão verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, irão providenciar a capacitação. A odontóloga irá capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade. As enfermeiras irão capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo. A auxiliar de saúde bucal irá capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a

72 meses de idade para o serviço odontológico. A dentista revisará os passos para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

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

Meta 13. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças e também as buscas a crianças faltosas.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Os ACS irão organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Os médicos irão organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Toda a equipe irá informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Os médicos irão fazer treinamento dos ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 14. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Toda a equipe irá preencher SIAB/folha de acompanhamento. Implantar ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Os ACS e técnicos irão orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Os médicos irão treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

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

Meta 15. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Toda a equipe, particularmente médicos e enfermeiras, irão dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Toda a equipe, principalmente ACS e técnicos, irá fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Os médicos irão capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças;

Meta 16. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

Meta 17. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

Meta 18. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

Meta 19. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho. As enfermeiras irão monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto. Médicos monitorarão o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos. Os médicos irão monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho. As enfermeiras e a odontóloga monitorarão as atividades educativas coletivas.

Ações do eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional. As enfermeiras irão organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, além de identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas e todo material necessário para essas atividades. Também organizarão listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Ações do eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: ENGAJAMENTO PÚBLICO: Toda a equipe irá orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, além de orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Também irão orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. Os médicos durante as consultas, as enfermeiras nos grupos e acolhimentos e os ACS durante visitas domiciliares. A dentista irá divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, além de promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Enfermeiras e dentista irão promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças. A odontóloga irá esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Ações do eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Os médicos irão informar os demais profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, além de capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega". Também fazer a capacitação dos profissionais para

orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. As enfermeiras irão capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade e capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Ações em saúde bucal:

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

META 1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% 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;

Ações do eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos irão monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança semanalmente.

Ações no eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Os ACS irão organizar uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS. A auxiliar de saúde bucal irá organizar a agenda para as consultas programáticas. Os ACS devem organizar visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS. Realizar reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

Ações no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: A dentista irá esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade, além de informar a comunidade sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS. Realizar reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

Ações no eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: A dentista irá capacitar toda a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos seis meses de idade. Irá também capacitar os ACS para informar às famílias das crianças

inscritas no programa Saúde da Criança da UBS da necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

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

META 2. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência;

META 3. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico;

META 4. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Ações no eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos e a dentista irão monitorar e/ou avaliar semanalmente o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da Unidade que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, além de monitorar e/ou avaliar semanalmente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática. A odontóloga irá monitorar e/ou avaliar semanalmente o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído.

Ações no eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: A dentista irá organizar a agenda para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade. Ela também irá organizar, com a ajuda dos ACS, uma lista com o nome e o contato das crianças que necessitam realizar atendimento odontológico. Médicos e dentista irão organizar as agendas para coincidir o agendamento da avaliação da necessidade de atendimento odontológico com as consultas de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. A dentista irá organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento, além de agendar o atendimento odontológico

logo após a identificação da sua necessidade e também organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento. Também fica a cargo da odontóloga garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Ações no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: A dentista irá esclarecer a comunidade sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação e sobre a importância de realizar quantas consultas for necessário para concluir o tratamento dentário.

Ações no eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: A dentista irá treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ela revisará os protocolos de atendimento e o manejo do paciente infantil. Ela também capacitará a equipe e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação. A dentista também treinará a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária; capacitará os profissionais para o manejo da criança e a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

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

META 5. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram;

META 6. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subseqüentes;

Ações no eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Os médicos e a dentista irão monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subseqüentes previstas no protocolo (consultas em dia). Também irão monitorar as buscas a crianças faltosas. O monitoramento será realizado através da revisão das fichas espelho de todas as

crianças que consultaram, e tiveram a primeira avaliação odontológica, identificando as faltosas, sendo este realizado semanalmente, sendo os médicos os responsáveis.

Ações no eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Os médicos e a dentista organizarão, com a ajuda dos ACS, uma lista com o nome e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e subseqüentes) e organizarão as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. Também organizarão a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, semanalmente. Os ACS e os técnicos farão a busca ativa, semanalmente.

Ações no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Toda a equipe deverá informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança.

Ações no eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: A dentista capacitará a equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

META 7. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Ações no eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: A auxiliar de saúde bucal deverá monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS, semanalmente, revisando os prontuários e as ficha espelho.

Ações no eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: A dentista e a sua auxiliar deverão preencher SIAB/folha de acompanhamento, além de implantar registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das crianças (tipo ficha espelho da Caderneta da Criança) para os atendimentos odontológicos. Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos.

Ações no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: A auxiliar de saúde bucal deverá orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Ações no eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: A dentista deverá capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Objetivo 5. Promover a saúde das crianças;

META 8. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

META 9. Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

META 10. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Ações no eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Médicos e dentista deverão monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática. Também monitorar os registros de orientação sobre dieta aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática. A dentista deverá monitorar os registros de orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Ações no eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: A dentista definirá o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, além de definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre dieta, sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Ações no eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO: Toda a equipe deverá esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças. Também esclarecer a comunidade sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças, sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Ações no eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: A dentista ficará responsável por capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança. A dentista e as enfermeiras capacitarão os profissionais para orientar adequadamente sobre dieta conforme a idade da criança. A dentista capacitará os profissionais para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

2.3.2. Indicadores

Indicadores referentes à saúde da criança:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde;

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

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

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

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

Meta 3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Indicador 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Meta 4. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;

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

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

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

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

Indicador 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta 7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;

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

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

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

Meta 8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;

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

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

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

Meta 9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

Indicador 9. Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Meta 10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;

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

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

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

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;

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

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

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

Meta 12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde;

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

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

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

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

Meta 13. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;

Indicador 13. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 14. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço;

Indicador 14. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

Meta 15. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

Indicador 15. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças;

Meta 16. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

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

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

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

Meta 17. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

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

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

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

Meta 18. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

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

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

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

Meta 19. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária;

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

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

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

Indicadores referentes à saúde bucal das crianças:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade;

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

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

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

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

Meta 2. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência;

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

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

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

Meta 3. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico;

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

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

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

Meta 4. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática;

Indicador 4. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

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

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

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

Meta 5. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas;

Indicador 5. Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

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

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

Meta 6. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram;

Indicador 6. Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica e que faltaram.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 7. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta;

Indicador 7. Proporção de crianças com registro atualizado.

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

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

Objetivo 5. Promover a saúde das crianças;

Meta 8. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica;

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

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

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

Meta 9. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica;

Indicador 9. Proporção de crianças com orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

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

Meta 10. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica;

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

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

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

2.3.3 Logística

Definido o tema da intervenção em nossa UBS, a puericultura, e os objetivos e metas a serem cumpridos nela, partimos então para as ações que nos levarão aos resultados. Utilizaremos como protocolo oficial o Caderno de Atenção Básica

número 33 do Ministério da Saúde de 2012, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.

Não tínhamos ficha de puericultura ou ficha espelho disponíveis na unidade, portanto será utilizada a ficha disponibilizada pelo curso, para que nela fiquem todos os registros. Estima-se que cada ACS tenha cerca de 25 crianças nessa faixa etária, totalizando cerca de 225 crianças. Estimamos alcançar com a intervenção 68 crianças. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 68 fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e dar início as atividades, os ACS serão orientados a revisar o cadastramento de todas as famílias de suas micro áreas, e cadastrarão os novos moradores; todos os ACS farão uma lista de crianças de zero à 72 meses, que juntaremos para formar o nosso cadastro inicial, o ponto de partida de todas as outras atividades. Essa lista ficará em um arquivo em local de fácil acesso para todos da unidade, juntamente com as fichas individuais de cada criança e uma cópia do protocolo. O atendimento a essas crianças será priorizado.

Será conversado com o responsável pela equipe, sobre a necessidade da capacitação sobre o tema da intervenção, onde será abordada a importância de seguir as informações do Manual do Ministério da Saúde, a definição dos papéis de cada profissional na intervenção, capacitação da equipe em relação acolhimento, busca ativa, informações técnicas, padronização das informações às mães, condutas, preenchimento de dados e fichas, organização da agenda.

Para melhorar a qualidade do atendimento à criança, será realizado o monitoramento de todas as ações desenvolvidas como: busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, garantia do material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), uma versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, e organizar agenda de saúde bucal

para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. Enfim será garantida a realização das atividades conforme estabelecidas no protocolo.

Para melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, será realizada a sensibilização da comunidade sobre a importância da puericultura e da realização das consultas, através de palestras e cartazes, também será afixado na recepção um cartaz com o dia e horário de atendimento. O acolhimento das mães que buscarem o serviço de puericultura para suas crianças, será realizado por todos os profissionais da unidade, e as crianças que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada, sendo monitoradas as crianças que comparecem as consultas e realizado visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, acolhendo as faltosas na agenda de puericultura. O monitoramento e avaliação serão realizados semanalmente, pelos médicos no dia das consultas agendadas, e qualquer ausência será notificada aos ACS nas reuniões de equipe para realizar busca ativa o mais breve possível por meio da avaliação dos registros nas fichas espelhos das crianças, serão identificadas aquelas que estão com consultas, vacinas, exames em atraso. Os ACS farão as buscas ativas de todas as crianças faltosas, neste momento já será acordado uma nova data para o agendamento junto aos pais ou responsáveis, de acordo com a sua conveniência.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as crianças que vieram ao serviço para consulta de puericultura nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destas crianças e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso. As enfermeiras serão orientadas sobre a importância do preenchimento correto da ficha de registro e de todos os dados disponíveis na ficha espelho que será implementada. Nessa ficha de atendimento serão realizadas todas as ações realizadas com as crianças, desde pesagens, medidas, uso de sulfato ferroso, vacinas, etc. Também terá um espaço destinado às atividades preventivas, como as orientações sobre acidentes, alimentação, escovação e também avaliação de risco.

Para Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, será estabelecido um alerta na pasta, agrupando as crianças que apresentarem alterações em comum, como excesso de peso, vacinas em atraso, consultas em

3. Relatório da Intervenção

A intervenção em Saúde da Criança foi realizada no município de Rio Grande, na Vila da Quinta, Unidade Básica de Saúde Décio Vignoli. Teve duração de três meses de aplicação, de agosto à outubro de 2014. Usamos como referência o Manual do Ministério da Saúde número 33, Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento. A população alvo eram crianças de zero a 72 meses de idade residentes na área de cobertura da unidade.

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

Os registros (prontuários) das crianças foram todos atualizados e realizamos o arquivo conjunto que havia sido proposto, o que facilitou enormemente o acompanhamento das crianças na unidade. As ficha espelho são separadas por micro área e também temos a separação das crianças de risco para fácil acesso.

Estamos conseguindo monitorar tranquilamente nossas crianças com alterações de peso, ou desenvolvimento, graças à organização das fichas espelho e dos arquivos que criamos.

Todos os nascidos no período da intervenção estão com teste do pezinho sendo feito antes de sete dias, mas os indicadores não ficaram em 100% porque muitas mães dos maiores não sabiam se as crianças tinham feito e não havia registro nenhum, então optamos por considerar não feito. Durante a intervenção os técnicos de enfermagem da unidade foram todos capacitados para realizar teste do pezinho, porque quando apenas as enfermeiras realizavam acabava dando conflito com horários e atividades, assim fica mais acessível para as mães.

Os testes da orelhinha também estão sendo feitos padrão no hospital, todos dão alta com o teste já realizado, mas os indicadores não são 100% principalmente porque a implantação do teste da orelhinha como obrigatório se deu apenas em 2010, e quase todas as crianças que nasceram antes disso o realizaram.

A suplementação do ferro é uma consequência da falta de acompanhamento que essas crianças vinham sofrendo, pois todas que atendemos dentro da faixa

etária indicada que não faziam uso iniciamos, exceto aquelas com leite materno exclusivo.

A avaliação e primeira consulta odontológica foram também muito bem inseridos na rotina da unidade, os índices não foram 100% porque nossa dentista tirou férias durante algumas semanas da intervenção. Mesmo assim considero a intervenção um sucesso e que valeu a pena cada esforço só por causa disso. Virou total rotina tanto as crianças quanto as gestantes saírem da consulta médica e automaticamente serem avaliadas pela dentista, coisa absurda de se pensar a algum tempo atrás. É extremamente chocante ver a carência dessa população. Atendi uma criança uma vez com quase um ano e meio, que nunca havia ido ao dentista e a mãe nunca tinha escovado os dentes dela! Impressionante mesmo, e muito gratificante ver a mudança acontecendo, as crianças saindo felizes com a escovinha na mão.

Outro ponto muito positivo foi a organização da agenda odontológica para coincidir com os dias da puericultura, pois antes nem havia agenda para os pequenos.

Nosso material estava sempre em dia, nunca faltaram vacinas ou instrumentos e, parece que de propósito essa semana sumiu uma das nossas fitas métricas. Já solicitamos nova ao gestor. Nunca faltou também sulfato ferroso na unidade.

Melhoramos muito a adesão do programa saúde da criança. Revisamos semanalmente as fichas das crianças e realizamos busca ativa até em crianças que há mais de dois anos não vinham à unidade. Os ACS se encarregaram das buscas sem problemas, nós já enviávamos a data da consulta definida, o que acho que contribuiu pra aceitação.

Os registros estão muito bem atualizados graças as ficha espelho do Unasus. As crianças de risco estão mapeadas, pois separamos suas fichas para um melhor controle.

Fizemos grupo de puericultura, com palestra sobre alimentação, prevenção de acidentes, saúde bucal. Também orientamos sobre a importância da puericultura, cuidados com o recém nascido e amamentação.

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

Nossa primeira ação da intervenção era aumentar a cobertura do programa saúde da criança em nossa unidade. Infelizmente ficamos muito longe de cumpri-la, alcançando apenas 30%. Acredito que isso se deve a vários fatores, começando pela total falta de noção da quantidade de crianças na nossa área de cobertura.

Quando começamos a avaliar todas as atividades, pela quantidade de crianças que foi passada pelos ACS, nossa avaliação era de 60% de cobertura, mas quando peguei as listas e somei por conta própria percebi que na verdade tínhamos muito mais crianças na área e pouquíssimas estavam em acompanhamento. Não havia traçado uma meta muito alta dentro da realidade que tinha, mas com certeza se soubesse antes da cobertura muito pequena teria traçado uma meta de no máximo 40%.

Outro motivo que considero bem importante é a falta de tempo para atender mais crianças, pois temos meio turno cada médico para realizar puericultura, dividindo à tarde também com as visitas domiciliares. Também certamente influenciou negativamente nossos índices a grande quantidade de crianças que faltavam às consultas agendadas, pois acabavam tirando lugar de outras.

Ainda estamos tendo dificuldade para realizar as consultas das crianças recém nascidas nos primeiros sete dias de vida, em parte pela demora dos ACS em nos trazer a informação do nascimento, mas também e principalmente pela nossa agenda sempre cheia de crianças. Um índice que me deixou bem chateada foi a vacinação. Conversamos muitas e muitas vezes em reunião de equipe e as ACS relataram que cansam de ir às casas, revisar as carteiras de vacina e orientar as mães, mas mesmo assim muitas não comparecem. Inclusive quando conseguimos estamos usando a chantagem com as mães, como por exemplo um menino com intolerância à lactose que recebe acompanhamento e leite especial da nutricionista, dissemos para a mãe que a vacina em dia é obrigatória para que ele receba a alimentação. Muito triste e frustrante que só proteger e cuidar dos filhos não adiante como estímulo.

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

A única dificuldade que encontrei foi com relação ao tempo para digitar as ficha espelho nas planilhas, pois em algumas semanas cadastrávamos várias crianças novas. Mas mesmo assim as planilhas são simples e muito práticas.

3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

A incorporação das fichas espelho na unidade já se deu de forma natural, continuamos usando, além da organização por meio de arquivos, separando as crianças por micro área e também as crianças de risco. Também está mais que incorporada na unidade a avaliação odontológica de rotina, o agendamento específico para os pequenos realizarem consultas odontológicas. Temos também mantido o grupo de puericultura semanalmente ou quinzenalmente quando não conseguimos realizar toda semana devido a outros compromissos.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Metas em relação à saúde da criança:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde;

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

A unidade Décio Vignoli, na Vila da Quinta, possui 327 crianças de zero a 72 meses na área de cobertura. Muito poucas delas estavam fazendo acompanhamento antes de começarmos a intervenção, não sabíamos ao certo, pois os registros também eram bastante deficientes, mas acreditamos que cerca de 40 crianças faziam puericultura regularmente, porém crianças apenas de zero a 24 meses, os maiores não recebiam acompanhamento. Temos também uma grande proporção de crianças que realizam puericultura particular, cerca de 100 crianças. Acreditamos que nossa meta ficou muito abaixo do esperado porque nem a equipe que trabalha há anos na área tinha noção da quantidade de crianças quando começamos. Tivemos inúmeras dificuldades durante a intervenção, principalmente no que se refere às faltas das crianças, o que prejudicou enormemente nossa intervenção. No primeiro mês cadastramos apenas 32 crianças (9,8%), no segundo mês atingimos 55 crianças (6,2%) e no último mês cadastramos 97 crianças. Atingimos 29,7% de todas as crianças da área de cobertura, conforme mostra a figura 1. Se considerarmos apenas as crianças sem acompanhamento (aquelas que não estão fazendo puericultura particular), esse índice subiria para 42,7%.

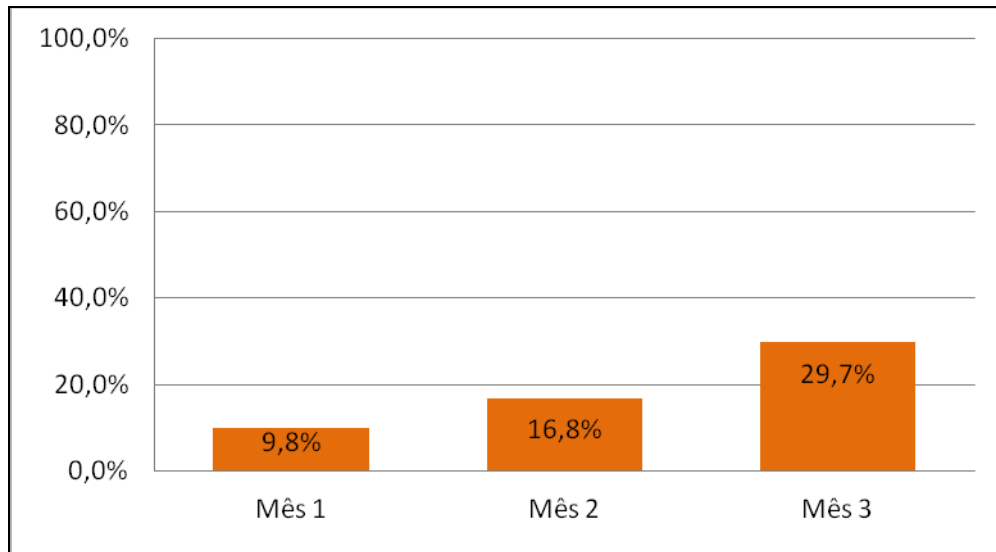


Figura 1. Gráfico referente à proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Rio Grande, RS, 2014.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança;

Meta 2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

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

Esse índice fica bastante prejudicado pelo fato de ser retrospectivo na grande maioria das vezes. No primeiro mês apenas quatro crianças (12,5%) haviam sido atendidas na primeira semana de vida, no segundo mês alcançamos 11 crianças (20%) e no terceiro mês atingimos apenas 25 crianças (25,8%), conforme a figura 2. As crianças que não possuíamos as informações em prontuário e as mães também não lembravam, consideramos que não haviam realizado a primeira consulta na primeira semana de vida. Considerando as crianças nascidas durante a intervenção, que foram sete, todas elas realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, ou seja, 100% delas.

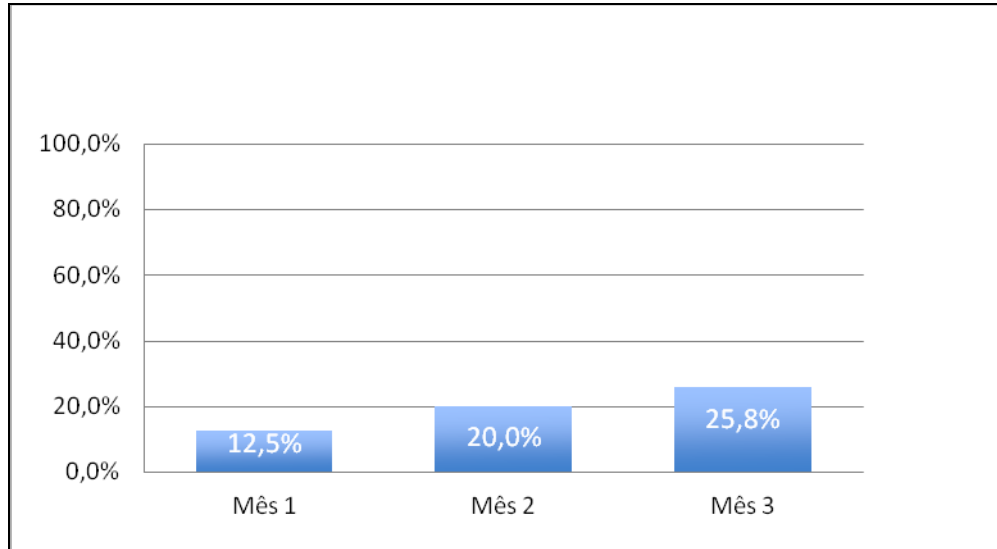


Figura 2. Gráfico referente à proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Indicador 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

No primeiro mês tínhamos 32 crianças (100%), no segundo 48 (87,3%) e no final atingimos 94,8% neste indicador, ou seja, 92 das 97 crianças vistas. No início da intervenção tínhamos 100%, mas essas cinco crianças são crianças que consultaram em um dia que faltou luz na unidade, e como todas nossas balanças são digitais, não conseguimos aferir o peso delas. Eram sete crianças no segundo mês, mas duas delas nós conseguimos atender novamente no último mês e realizar a aferição do peso, o que mostra a figura 3.

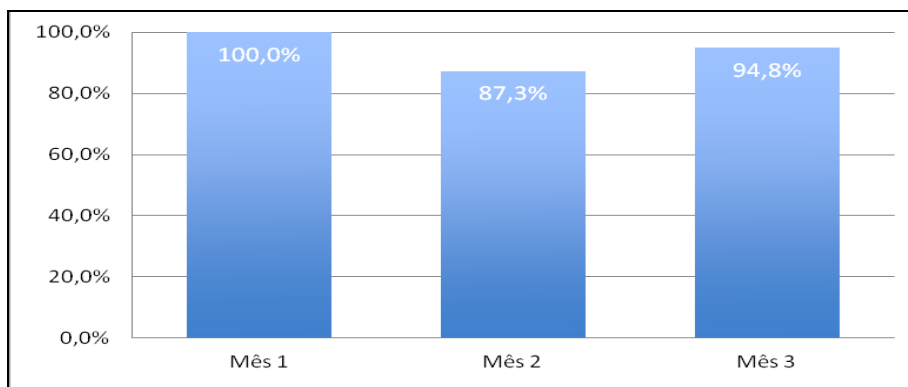


Figura 3. Gráfico referente à proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 4. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;

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

Temos apenas três crianças com baixo peso na unidade, uma cadastrada em cada mês, e todas elas estão monitoradas, atingindo 100% do indicador em todos os meses.

Meta 5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

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

Temos 24 crianças na área com excesso de peso, e todas elas também estão acompanhadas, atingindo 100% do indicador. No primeiro mês eram 13, no segundo 17 e no final encontramos as 24 crianças citadas. Assustador tantas crianças acima do peso, na última reunião com a equipe do NASF discutimos sobre isso e acordamos realizar um grupo apenas com as crianças maiores de dois anos, onde o sobrepeso é mais prevalente, para orientações nutricionais com a nutricionista do NASF.

Meta 6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

Indicador 6. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Neste indicador infelizmente não atingimos 100% por falha nossa. Esquecimento durante as consultas de realizar a avaliação do desenvolvimento. Foram apenas sete crianças, mas baixou nosso indicador para 92,8%. No primeiro mês fizemos em todas as 32 crianças (100%), no segundo em 49 crianças (89,1%) e no final 90 crianças, equivalente a 92,8%, conforme a figura 4.

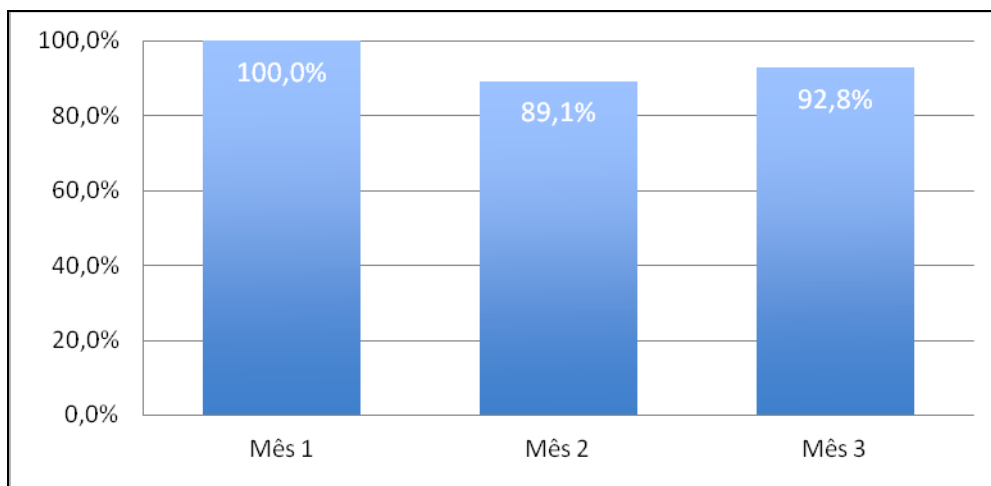


Figura 4. Gráfico referente à proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;

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

Foi surpreendente ver a quantidade de crianças que estava com a carteira de vacinas atrasada! Ao final da intervenção, 71 das 97 crianças apresentavam a carteira em dia, o que equivale a 73,2%. Durante o primeiro mês foram 24 crianças (75%), no segundo mês 39 crianças (70,9%), conforme figura 5. Aquelas que esqueciam as carteiras eram consideradas em atraso, mesmo com as mães referindo verbalmente estarem em dia. Todos eram orientados já ao sair da consulta a passar no balcão e atualizar a carteira, o que a grande maioria fazia, mas mesmo assim preferimos considerar em dia apenas aquelas crianças que retornaram em outra ocasião e que pudemos confirmar esse fato.

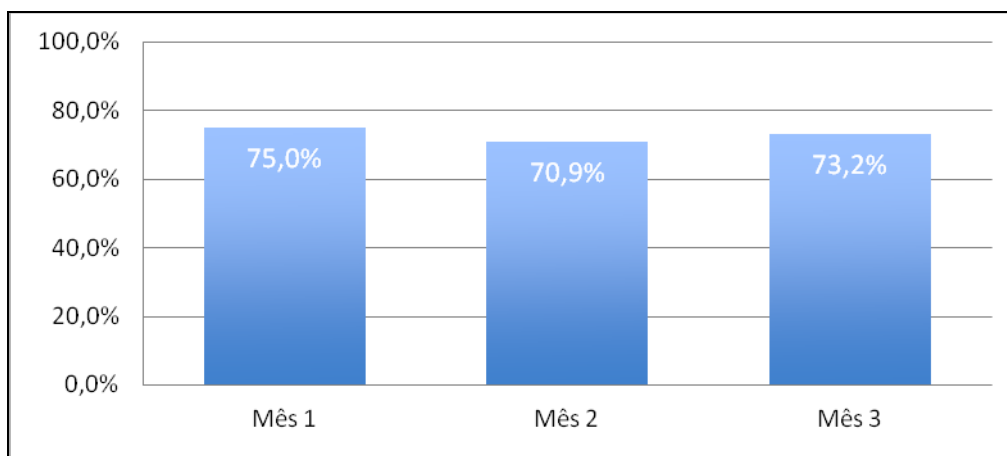


Figura 5. Gráfico referente à proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;

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

Infelizmente, tínhamos pouquíssimas crianças usando sulfato ferroso. Das 41 entre seis e 24 meses, apenas 23 estavam em uso, o que corresponde a 56,1%. Todos aqueles que completaram seis meses desde que iniciamos nosso trabalho na UBS, iniciamos o uso do sulfato ferroso, além dos menores de um ano que também não estavam usando. Mesmo assim, para maiores de um ano que não usaram sulfato desde os seis meses, já há indicação de realizar hemograma ao completar um ano para rastreio da anemia, portanto não iniciamos o uso profilático para essas crianças. Os médicos que atuavam antes de nós na unidade não prescreviam sulfato para nenhuma criança. No primeiro mês tínhamos 10 crianças (100%), no segundo mês 16 crianças (59,3%) e ao final da intervenção eram apenas 23 crianças, equivalente a 56,1%, conforme a figura 6.

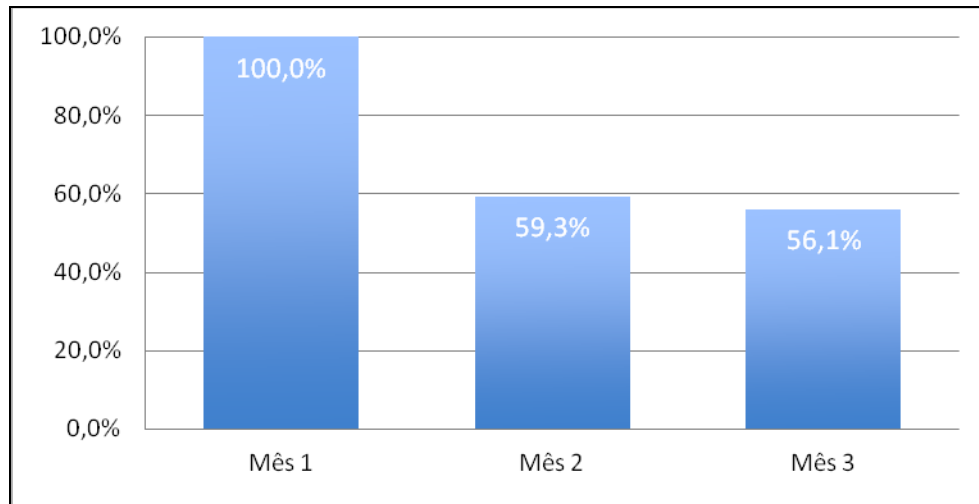


Figura 6. Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

Indicador 9. Proporção de crianças com triagem auditiva.

No início da intervenção, tínhamos a grande maioria das crianças com a triagem auditiva neonatal (TAN) em dia. As crianças que não traziam a carteirinha na consulta, assim como na vacinação, consideramos que não haviam feito, quando a mãe não lembrava se a criança realmente havia realizado. Quase todas as crianças nascidas no município realizam TAN ainda no hospital, mas como temos algumas crianças nascidas em outras cidades menores próximas, acreditamos que essas cidades não realizem TAN com tanta facilidade. No início da intervenção, 28 crianças realizaram TAN (87,5%), no segundo mês foram 40 crianças, equivalente a 72,7%. Ao final da intervenção, percebe-se que das 97 crianças apenas 63, o que corresponde a 64,9%, realizaram TAN, conforme a figura 7. Esse fato deve-se principalmente por termos começado a realizar puericultura em crianças de 24 a 72 meses também, pois a TAN só se tornou obrigatória a partir do final de 2010, por isso quase nenhuma das crianças mais velhas a realizaram. As crianças nascidas no período da intervenção todas realizaram o teste, correspondendo a 100%.

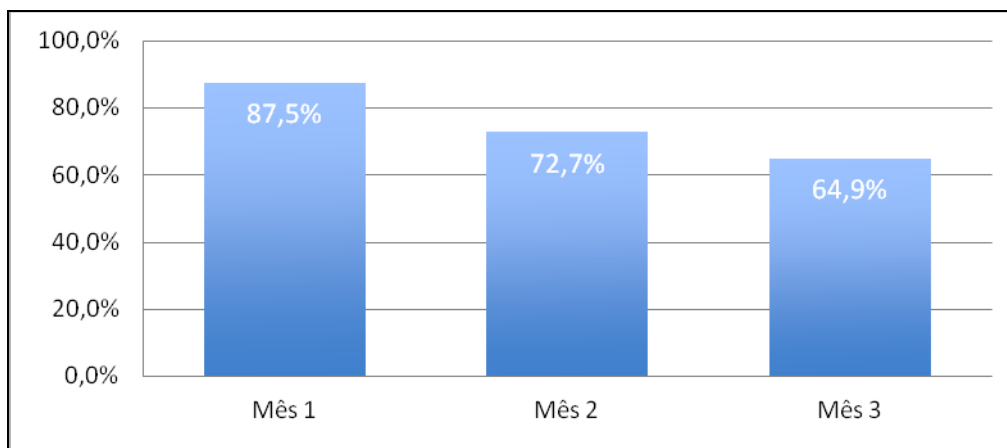


Figura 7. Gráfico referente à proporção de crianças com triagem auditiva. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida;

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

Das 97 crianças cadastradas, 69, o que equivale a 71,1% realizou o teste do pezinho, e percebemos que a grande maioria delas são crianças mais velhas, de quatro a seis anos. Acreditamos que antigamente o teste do pezinho era menos difundido e também não era tão fácil realizá-lo. Hoje em dia todas as enfermeiras e técnicos da unidade o realizam, em qualquer dia da semana. Os ACS realizam uma visita ao bebê e a puérpera assim que eles dão alta e orienta sobre o teste do pezinho, por isso, as crianças nascidas atualmente todas tem teste do pezinho em menos de sete dias, correspondendo a 100%. Também assim como a TAN, quando não havia carteirinha e a mãe não lembrava, consideramos que não foi realizado. Dessa forma, no início da intervenção, 24 crianças haviam realizado teste do pezinho (75%), no segundo mês foram 37 crianças, equivalente a 67,3%, e no final 69 crianças, 71,1%, conforme mostra a figura 8.

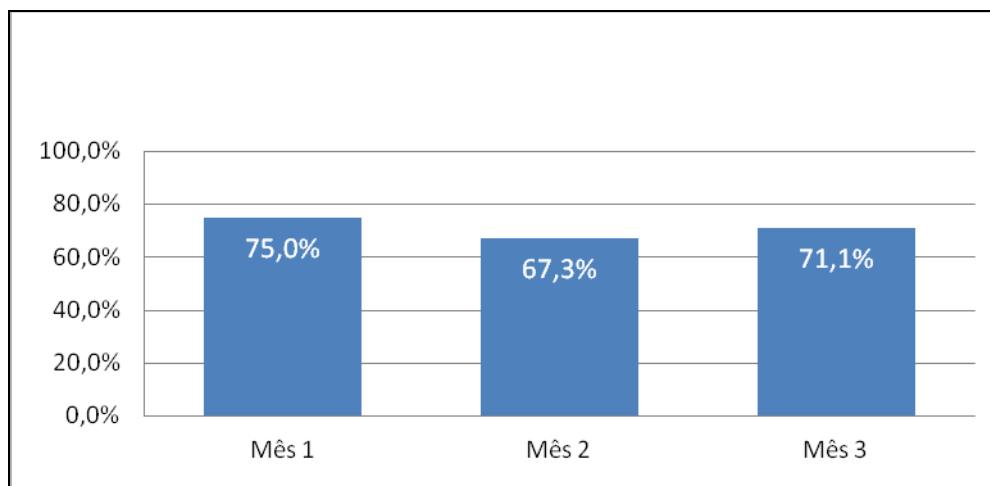


Figura 8. Gráfico referente à proporção de crianças com teste do pezinho realizado até sete dias de vida. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis e 72 meses;

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

Quando começamos a intervenção, não havia avaliação odontológica nas crianças da unidade. A odontóloga realizava a avaliação nos escolares através do Programa Saúde na Escola (PSE), mas mesmo assim era uma pequena parcela de era avaliada, pois temos poucas escolas na localidade e muitas crianças não conseguem vaga. Discutimos muito a respeito disso e concordamos então de acertar os dias dos atendimentos na puericultura para que ela realizasse avaliação e atendimento odontológico nessas crianças. Foi talvez a maior e melhor mudança da intervenção, pois deu muito certo. Todas as crianças saem das consultas e já passam para ela avaliar e, além disso, ela realiza grupos de puericultura nesses dias. Infelizmente não atingimos 100% do indicador porque a dentista entrou em férias durante cerca de três semanas da intervenção, então acabou prejudicando. Algumas crianças já conseguimos recuperar e foram avaliadas. Das 97 crianças, 59 foram avaliadas ao final da intervenção, o que equivale a 72,8%. No primeiro mês eram 12 crianças (85,7%) e no segundo mês 19 crianças (47,5%), conforme mostra a figura 9. Mesmo a indicador incluindo apenas os maiores de seis meses, a dentista realizou a avaliação também nos menores, para das orientações de higiene bucal e

já ir acostumando as mães e as crianças a comparecerem ao dentista regularmente (tornar um hábito).

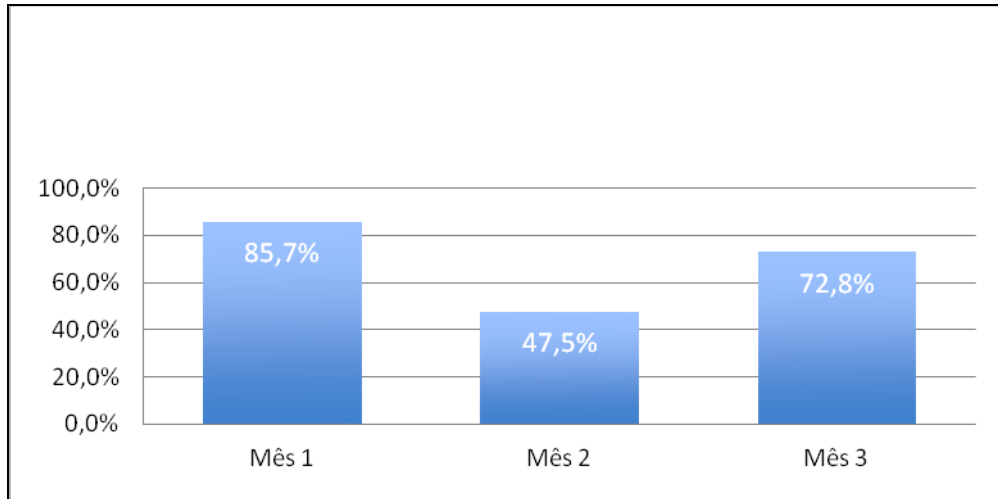


Figura 9. Gráfico referente à proporção de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde;

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

Assim como a avaliação odontológica, a primeira consulta está sendo rotina na unidade, e permanece mesmo após o término da intervenção. Também alcançamos 72,8% por conta das férias da dentista no último mês, equivalente a 59 crianças. No primeiro mês eram 12 crianças (85,7%) e no segundo 19 crianças (47,5%), conforme mostra a figura 10.

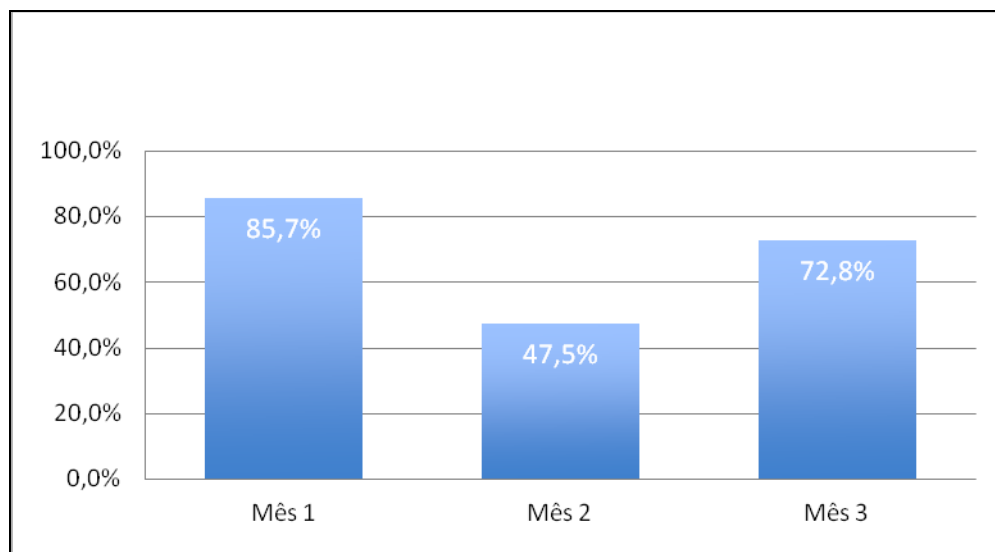


Figura 10. Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Rio Grande, RS, 2014.

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

Meta 13. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;

Indicador 13. Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Tivemos um imenso número de crianças faltosas às consultas, mais da metade delas faltou! Foram 55 crianças que não compareceram no último mês, sendo que todas elas foram buscadas, remar cadas e algumas mesmo assim faltaram novamente, sendo feita busca ativa mais de uma vez. Atingimos 100% deste indicador. No primeiro mês faltaram oito e no segundo 21 crianças.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 14. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço;

Indicador 14. Proporção de crianças com registro atualizado.

Consideramos aquelas crianças que não havíamos conseguido pesar como registro incompleto na ficha espelho, por esse motivo não atingimos 100%,

mas todas as outras crianças apresentam registro adequado, totalizando 92,8% (90 crianças) ao final da intervenção. No primeiro mês todas as 32 crianças tinham registro atualizado (100%) e no segundo mês 49 das 55 crianças (89,1%). Outras duas estavam com registro incompleto também, conforme mostra a figura 11.

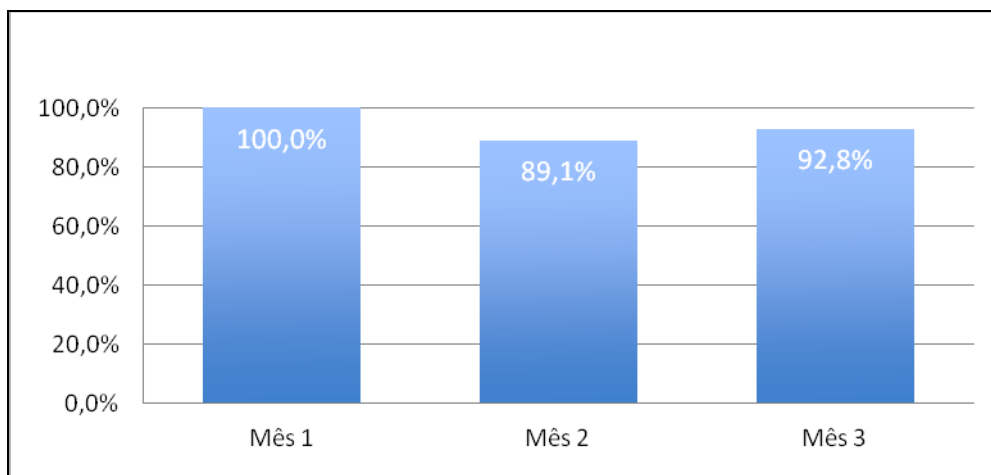


Figura 11. Gráfico referente à proporção de crianças com registro atualizado. Rio Grande, RS, 2014.

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

Meta 15. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

Indicador 15. Proporção de crianças com avaliação de risco.

Todas as crianças foram avaliadas quanto ao risco, menos aquelas cinco que não conseguimos pesar, portanto nosso indicador atingiu 94,8% (92 crianças) no último mês. No primeiro mês era de 100% (32 crianças) e no segundo mês eram 48 crianças (87,3%), conforme mostra a figura 12 abaixo.

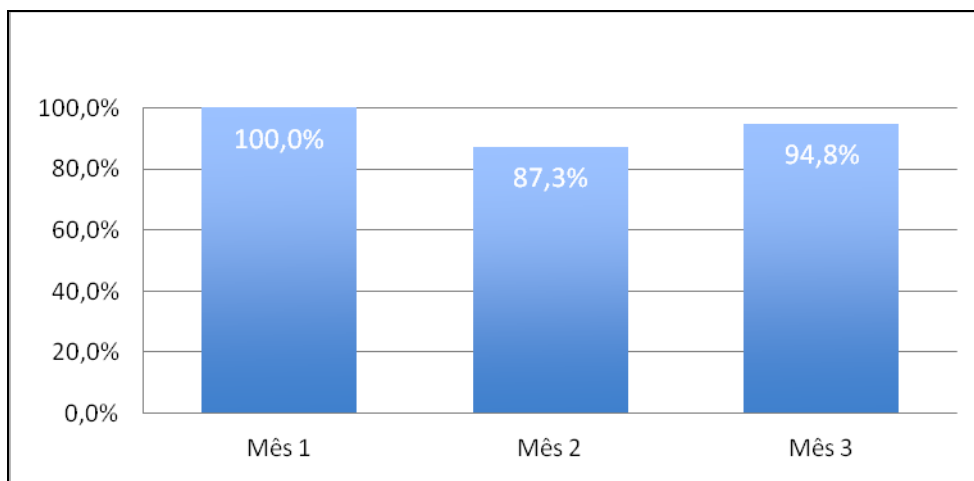


Figura 12. Gráfico referente à proporção de crianças com avaliação de risco. Rio Grande, RS, 2014.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças;

Meta 16. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

Indicador 16. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária.

Apenas quatro mães não foram orientadas quanto ao risco de acidentes, por esquecimento durante as consultas. Infelizmente a implantação das atividades na rotina ainda levará algum tempo. Atingimos, portanto 95,9% do indicador (93 crianças) ao final da intervenção. No primeiro mês era 100% (32 crianças) e no segundo mês 49 crianças (89,1%), conforme a figura 13, abaixo representada.

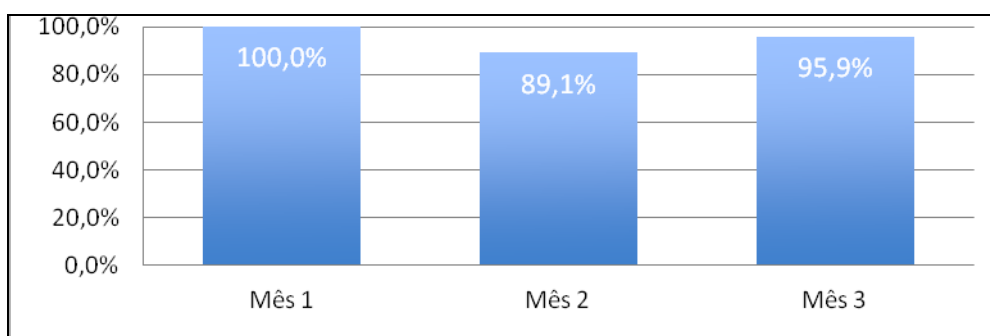


Figura 13. Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 17. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

Indicador 17. Proporção de crianças que foram colocadas para mamar na primeira consulta.

Esse possivelmente foi o pior de nossos indicadores, principalmente porque é retrospectivo. Muito poucas crianças haviam sido postas para mamar em sua primeira consulta, quase não tínhamos registros, muitas mães também não lembravam. Apenas 27 das 97 crianças foram postas para mamar na primeira consulta ao final da intervenção, o índice foi de 27,8%. Durante o primeiro mês, oito das 32 crianças haviam sido postas (25%) e no segundo mês 14 crianças, 25,5%. Mesmo assim, das crianças nascidas durante a intervenção, 100% delas foram postas para mamar durante a primeira consulta. Segue figura explicativa número 14.

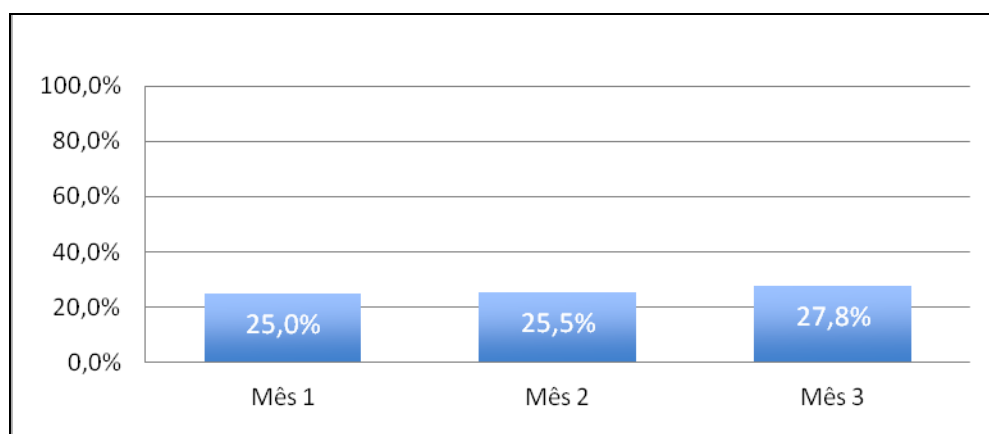


Figura 14. Gráfico referente à proporção de crianças que foram colocadas para mamar na primeira consulta. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 18. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

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

Assim como as orientações sobre prevenção de acidentes, as orientações nutricionais também atingiram os mesmos índices. Foram esquecidas quatro crianças, atingindo 95,9% (93 crianças) ao final da intervenção. No primeiro

mês era 100% (32 crianças) e no segundo mês 49 crianças (89,1%), conforme a figura abaixo número 15.

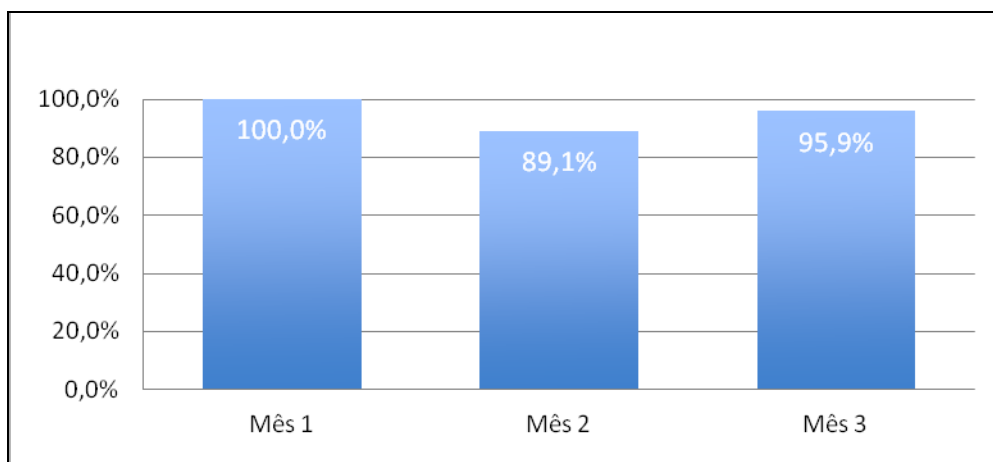


Figura 15. Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 19. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária;

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

Assim como as outras orientações, as orientações de saúde bucal também foram esquecidas nas mesmas quatro crianças, totalizando também 95,9% de 97 crianças (total de 93 mães orientadas). No primeiro mês era 100% (32 crianças) e no segundo mês 49 crianças (89,1%), conforme a figura abaixo número 16.

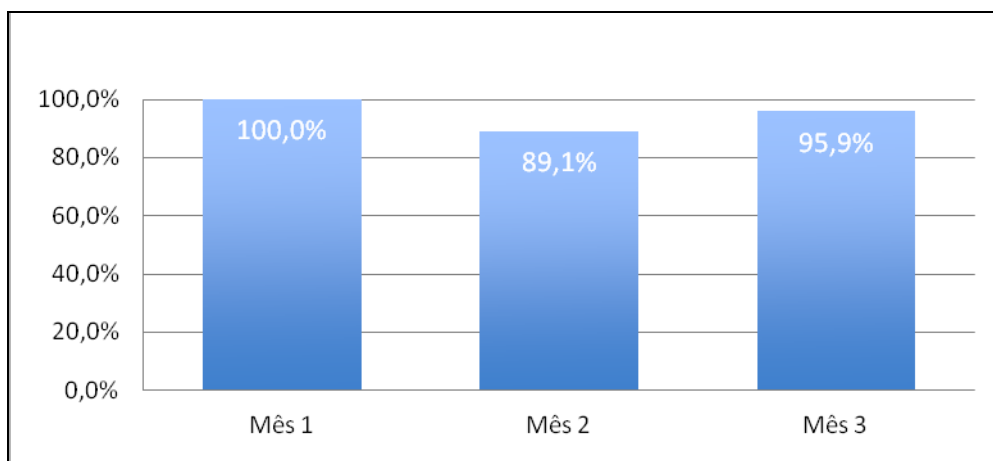


Figura 16. Gráfico referente à proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. Rio Grande, RS, 2014.

Metas em relação à saúde bucal das crianças:

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde;

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

Esse indicador reflete o indicador de abrangência da puericultura, também sofreu efeito da quantidade de crianças que faltaram as consultas da puericultura. Também reflete as semanas em férias da odontóloga, e somados esses dois fatores principais, temos apenas 58 das 291 crianças de seis a 72 meses de idade, correspondendo a 19,9%. No primeiro mês eram apenas 11 crianças (3,8%) e no segundo mês eram 18 crianças (6,2%), conforme a figura 17 abaixo.

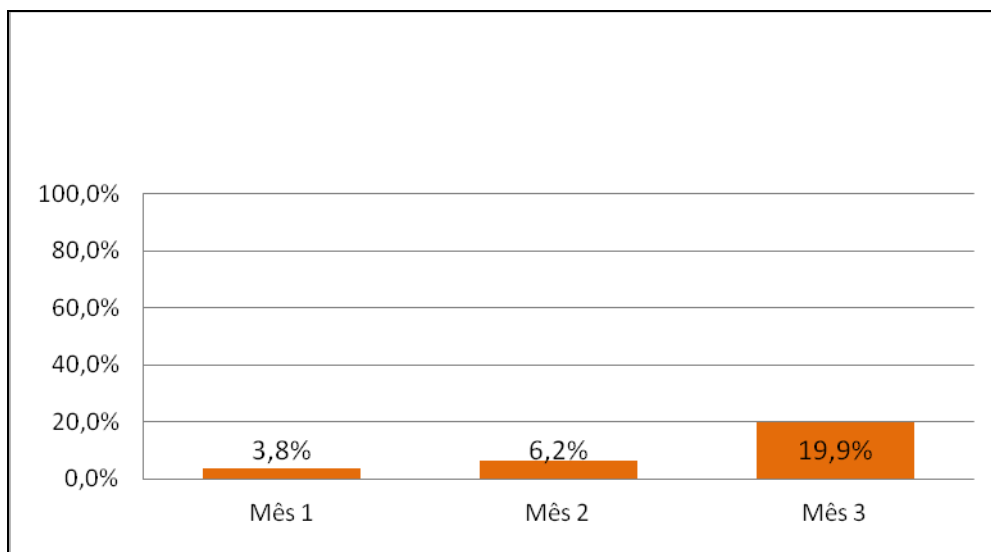


Figura 17. Gráfico referente à proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Rio Grande, RS, 2014.

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

Meta 2. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência;

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

De todas as crianças avaliadas pela odontóloga durante a intervenção, apenas cinco delas necessitaram de atendimento odontológico ao final da intervenção, correspondendo a 8,6% do total de crianças avaliadas. Nos dois primeiros meses de intervenção nenhuma criança necessitou de atendimento, conforme mostra a figura 18 abaixo.

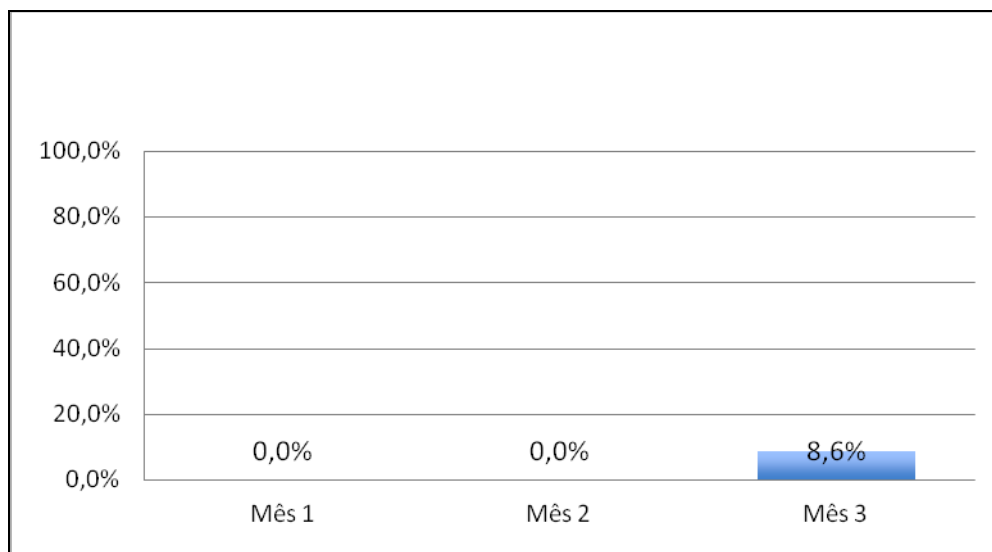


Figura 18. Gráfico referente à proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento odontológico. Rio Grande, RS, 2014.

Meta 3. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 3. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Das 58 crianças avaliadas, 46 delas estavam com tratamento dentário concluído, correspondendo a 79,3% delas ao final da intervenção. As outras 12 crianças já estão agendadas e seguirão seu tratamento na unidade básica de saúde. No primeiro mês eram nove crianças (81,8%) e no segundo mês eram 14 crianças (77,8%), conforme a figura 19.

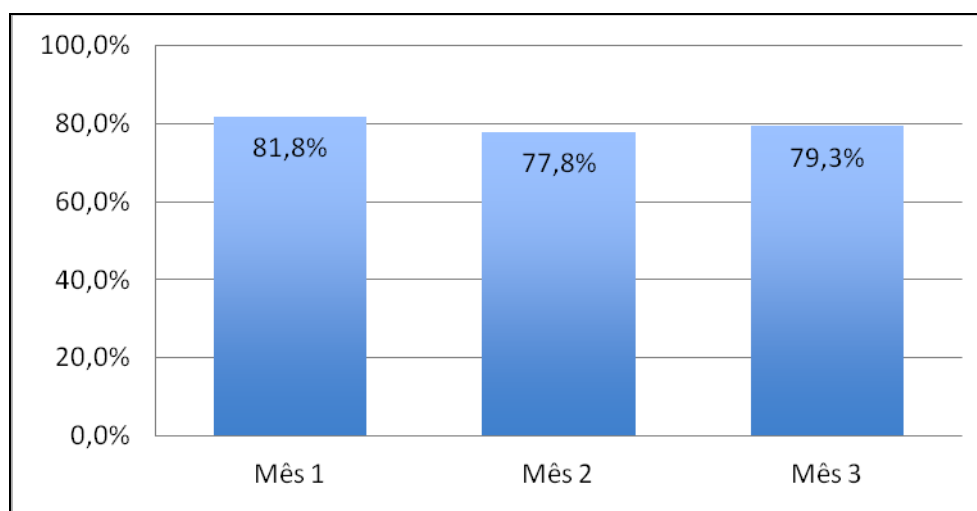


Figura 19. Gráfico referente à proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Rio Grande, RS, 2014.

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

Meta 4. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram;

Indicador 4. Proporção de buscas realizadas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Apenas seis crianças faltaram exclusivamente à consulta de saúde bucal, muito provavelmente são aquelas que não esperaram para serem atendidas pela odontóloga após a consulta médica. Destas, todas elas foram buscadas e agendadas para atendimento, correspondendo a 100% do indicador, apenas no terceiro mês, pois nos dois primeiros meses não tivemos nenhuma falta, conforme mostra a figura 20.

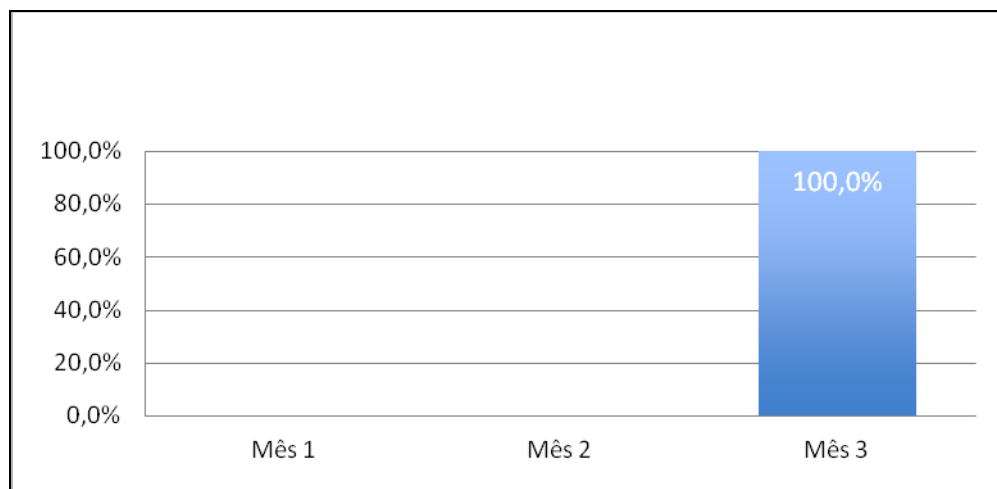


Figura 20. Gráfico referente à proporção de buscas realizadas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Rio Grande, RS, 2014.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Meta 5. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5. Proporção de crianças com registro atualizado.

Nos dois primeiros meses de intervenção nosso registro estava em 100% das crianças, equivalente a 11 e 18 crianças respectivamente, mas como no terceiro mês muitas crianças foram avaliadas durante o grupo de puericultura, os dados não foram anotados na ficha espelho, a não ser que houvesse alguma alteração digna de nota. Por isso, das 58 crianças avaliadas, 36 delas possuem registro atualizado, correspondendo a 62,1% ao final da intervenção, conforme a figura 21 nos representa.

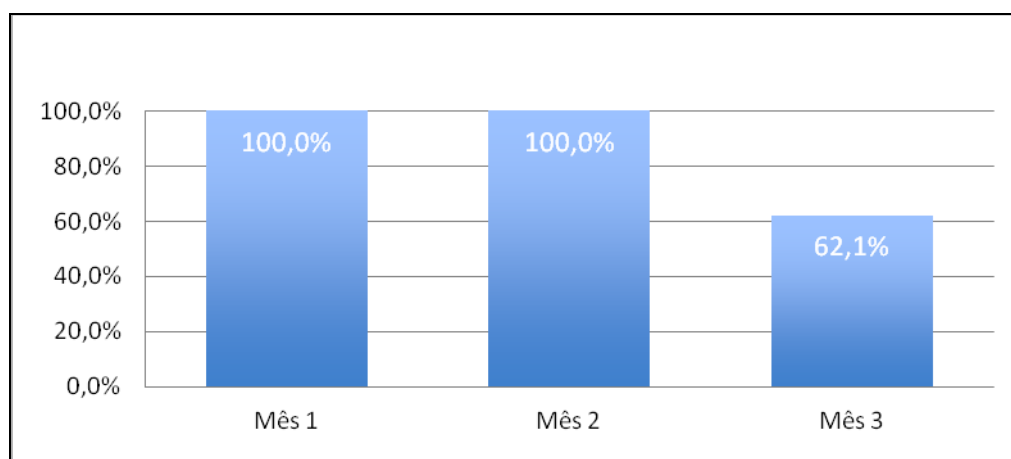


Figura 21. Gráfico referente à proporção de crianças com registro atualizado. Rio Grande, RS, 2014.

Objetivo 5. Promover a saúde das crianças;

Meta 6. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 6. Proporção de crianças com orientações sobre saúde bucal.

Orientamos 100% das crianças e mães sobre saúde bucal em todos os meses, correspondendo a 11, 18 e 59 crianças, respectivamente.

Meta 7. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 7. Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Todas as crianças atendidas pela odontóloga receberam orientações sobre dieta, ou seja, 100% do indicador em todos os meses, correspondendo a 11, 18 e 59 crianças, respectivamente.

Meta 8. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 8. Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Todas as crianças foram orientadas pela odontóloga, ou seja, 100% das crianças atendidas. Assim como nos índices acima, correspondem respectivamente a 11, 18 e 59 crianças.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na unidade de saúde Décio Vignoli, na Vila da Quinta, foi realizada com as crianças de zero a 72 meses de idade, moradoras da área de cobertura da unidade. Conseguimos, através dela, ampliar a cobertura da puericultura, melhorar os registros e o controle das crianças de risco, além de introduzir como rotina a avaliação da saúde bucal das crianças e o atendimento odontológico prioritário a essas crianças. Também qualificamos a equipe e melhoramos a qualidade da puericultura, expandindo a vacinação e o uso do sulfato ferroso.

Com a intervenção capacitamos à equipe, expandimos a coleta do teste do pezinho na unidade. A equipe ficou mais unida e foram definidas as atribuições de cada um dentro da intervenção. Isso facilitou a conversa entre todos e sistematizou a utilização dos feedbacks entre médicos e ACS principalmente. Os agentes de saúde são encarregados de realizar busca ativa, orientações gerais e sobre a puericultura, revisão de carteiras de vacinação e agendamento de consultas. Os técnicos realizam vacinação, teste do pezinho e participam dos grupos. Enfermeiros fazem teste do pezinho, consultas de puericultura, atividades educativas coletivas e participam do PSE. Os médicos atendem puericultura, participam dos grupos,

revisam os registros e organizam as atividades da equipe. A odontóloga e sua auxiliar realizam avaliação odontológica, orientações de saúde bucal, atividades coletivas, organizam e participam dos grupos e do PSE, além de atender e priorizar consultas de saúde bucal para os menores de seis anos. Também iniciamos a organização do pré-natal semelhante à puericultura, com os registros, a busca ativa, os grupos. Este ocorreu de forma muito mais simples e fácil que a puericultura na verdade, pois temos um número consideravelmente menor de gestantes na unidade e esses atendimentos não estavam tão bagunçados como a puericultura.

A intervenção realizada foi de suma importância para a unidade de serviço, conseguimos expandir os atendimentos na puericultura, queixa que era muito comum entre os usuários da unidade. Priorizamos os atendimentos as crianças na demanda espontânea. A utilização dos instrumentos disponibilizados pelo curso em especial a ficha espelho agilizou os atendimentos e os padronizou, a introdução da avaliação bucal melhorou muito a saúde das crianças do local.

Em relação à importância deste para a comunidade, verificamos que aumentamos consideravelmente os atendimentos às crianças locais, além de ter diminuído as visitas das crianças com doenças agudas à unidade, em parte pelo aumento da vacinação e também pelas orientações quanto à higiene e prevenção de acidentes. Ainda temos uma parcela importante de crianças sem acompanhamento, e também temos dificuldade em expandir mais nossa agenda, tendo em vista a dificuldade em conciliar essas atividades sem prejudicar o resto dos atendimentos da unidade.

Caso fosse realizar a intervenção novamente, analisando e conversando com a equipe, sobre a importância desta a necessidade de intervir em outras ações, verificamos que há uma necessidade urgente em realizar algum tipo de intervenção com os idosos da unidade, talvez se tivesse tido essas conversas antes de decidir pela intervenção na puericultura (decisão que tomei sozinha), talvez tivesse realizado em saúde do idoso. Se tivéssemos noção da quantidade de ausências, teríamos marcado o dobro de crianças por semana, para atingir um número maior de crianças com a intervenção. Se dependesse apenas da equipe, separaríamos um turno completo para atendimento das crianças e não apenas meio, como ocorre atualmente. Como essa decisão foi uma imposição recente da secretaria de saúde, não temos como mudar.

A intervenção já está incorporada à rotina da unidade, mas pretendemos ampliar ainda mais a cobertura da saúde da criança. Continuamos utilizando a ficha espelho e o arquivo em separado, mas uma dificuldade que temos encontrado é a revisão sistemática das crianças de risco em atraso, função que foi definida como do médico. Penso em discutir o assunto em reunião e achar uma forma mais simples de realizá-la, talvez passando essa função para as enfermeiras das áreas ou para os agentes de saúde revisar as crianças das suas próprias micro áreas. Já estamos organizando a expansão dos grupos de puericultura, pois notamos benefício muito grande com a ampliação das orientações alimentares, de higiene, saúde bucal e prevenção de acidentes. Já temos um grupo marcado para o início do próximo mês para crianças que já iniciaram alimentação complementar, que contará com a participação dos médicos e principalmente da nutricionista do NASF, tendo em vista a grande quantidade de crianças com sobrepeso que descobrimos com a análise dos dados coletados durante a intervenção.

Como já citado anteriormente, estamos expandindo os grupos de puericultura, já a partir do próximo mês. Pretendemos também aumentar a cobertura da puericultura, assim que adquirirmos mais ACS (faltam três) para a unidade, ainda sem previsão de contratação. Penso em discutir com a equipe outras formas de organizar nossa agenda para aumentar e dar ainda mais prioridade aos atendimentos às crianças e também aos idosos da unidade, visto que essa demanda também é grande no posto. Planejamos para o início do ano que vem reformular toda a agenda novamente, discutindo com a equipe e com a secretaria de saúde, já que agora temos indicadores que comprovam a melhoria dos atendimentos e a precariedade que se tinha anteriormente, como justificativa para essas mudanças.

4.3 Relatório da intervenção para o Gestor

Nesse ano em que participo do PROVAB, realizo uma Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e para tal, realizei, em conjunto com toda a equipe da UBS, uma intervenção em puericultura. Na UBS Décio Vignoli, nosso objetivo era aumentar a cobertura da puericultura na unidade e melhorar a qualidade dos atendimentos. A principal mudança foi a ampliação dos atendimentos, que antes eram até 24 meses, agora para até 72 meses. Iniciamos

dando prioridade aos atendimentos das crianças, tanto consultas médicas quanto de enfermagem e odontológicas.

Quando decidimos realizar a intervenção na puericultura, achávamos que tínhamos cerca de 100 crianças até dois anos na unidade e destas, apenas 40 dessas faziam acompanhamento. Isso equivalia a 42% desse total de crianças.

Como o objetivo da intervenção é ampliar e melhorar a qualidade dos atendimentos não só até dois, mas sim seis anos de idade, os agentes de saúde fizeram um levantamento de que até seis anos temos na unidade 327 crianças. Conseguimos atender nesses três meses de intervenção 97 crianças, o que corresponde a 29,7%. Parece que o número total diminuiu, mas se contarmos que antes atendíamos 40 crianças das 327, a porcentagem daria 12,2%, ou seja, ampliamos nossos atendimentos em 17,5%.

Capacitamos a equipe, através da utilização do manual do Ministério da Saúde de Puericultura de 2012 para que todos pudessem melhorar a qualidade das suas funções em relação à saúde da criança. Capacitamos os técnicos para realizarem também o teste do pezinho na unidade, para facilitar para as mães.

Iniciamos a avaliação da saúde bucal das crianças, assim, todas as crianças quando saem da consulta médica passam para a dentista, que avalia, orienta, e já realiza tratamentos se necessário. Também organizamos a agenda para disponibilizar um turno por semana apenas para o atendimento odontológico dos menores de seis anos.

Com relação à organização dos registros, utilizamos a ficha espelho disponível na especialização, fornecida pelo curso da UFPel, para padronizar os atendimentos. Tanto médicos como enfermeiros foram orientados ao preenchimento correto das fichas. Organizamos um arquivo, separando as crianças dos prontuários das famílias, separando por micro área e também as crianças de risco. Assim facilitamos a revisão sistemática dos prontuários para realizar busca ativa nos faltosos e também facilitar a organização dos grupos.

Conversamos com a gestão municipal para garantir o fornecimento do material necessário para a intervenção e também futuramente na unidade, e desde que começamos, nunca faltou material, vacinas, medicamentos ou insumos para tal.

A equipe discutiu muito o tema em reunião e opinou a respeito, o que gerou um sentimento de responsabilidade em cada um, fazendo todos sua parte para um bem maior na população.

Iniciamos os grupos de puericultura, nos quais a grande maioria da equipe participa, e as atividades de prevenção realizadas já demonstram resultado, diminuindo consideravelmente os acolhimentos por diarreia aguda, síndromes gripais e suas complicações. Já temos inclusive um grupo de puericultura marcado para as crianças de dois a seis anos de idade, realizado em parceria com o NASF, para dar orientações alimentares pela nutricionista.

Tivemos alguns percalços no caminho, mas de maneira geral, a intervenção foi extremamente proveitosa e melhorou grandemente a saúde dos menores de seis anos, conseguimos realizar teste do pezinho e orelhinha em 100% das crianças nascidas desde que iniciamos a intervenção, além de termos iniciado o fornecimento de orientações sobre saúde bucal, prevenção de acidentes e alimentação saudável como rotina da nossa puericultura.

Mesmo após a fase de coleta de dados, a intervenção permanece ativa na unidade, uma das maiores vitórias até aqui. Esperamos conseguir também expandir essas atividades para os outros grupos de populações da unidade, assim como já iniciamos também os grupos de gestante, crônicos, planejamento familiar e outros. Para que possamos melhorar ainda mais nossa puericultura e também aplicar o mesmo tipo de rotina nas outras populações da unidade, necessitamos cada vez mais do apoio da gestão e da secretaria de saúde. Nossa maior dificuldade é a atenção à demanda que ainda atrapalha bastante o funcionamento das atividades planejadas na UBS, mas acreditamos que com o apoio e a orientação da gestão poderemos cada vez mais educar a população da região a utilizar o serviço de saúde de forma correta.

4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade

Durante o ano de 2014, na Unidade da Quinta, foi desenvolvido, na UBS Décio Vignoli, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar e aumentar o número de atendimentos das crianças menores de seis anos da área de cobertura, essas atividades são parte integrante do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas sendo realizada pela médica Juliana Pereira da Silva e demais membros da equipe de saúde, a intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, entre os meses de agosto a novembro de 2014.

A equipe decidiu por esse foco em conjunto através de reunião de equipe, com a análise dos dados coletados pelos ACS sobre a comunidade, chegamos à conclusão de que essa era uma população que estava carente e que poderíamos nos empenhar para melhorar os atendimentos consideravelmente. Quando decidimos realizar a intervenção na puericultura, achávamos que tínhamos cerca de 100 crianças até dois anos na unidade, e apenas 40 dessas faziam acompanhamento. Isso equivalia a 42% desse total de crianças.

Como o objetivo da intervenção é ampliar e melhorar a qualidade dos atendimentos até seis anos de idade, os agentes de saúde descobriram que até seis anos temos na unidade 327 crianças. Conseguimos atender nesses três meses de intervenção 97 crianças, o que corresponde a 29,7%. Parece que o número total diminuiu, mas se contarmos que antes atendíamos 40 crianças das 327, a porcentagem daria 12,2%, ou seja, ampliamos nossos atendimentos em 17,5%. Para que isso acontecesse, primeiro precisamos organizar a agenda e o serviço. Modificamos algumas atividades e conseguimos aumentar o número de atendimentos a essas crianças.

Também capacitamos os funcionários para atender as crianças, ou seja, usamos o manual do Ministério da Saúde como referência e discutimos em reunião de equipe melhorias para os atendimentos, além de termos feito um treinamento com os técnicos da unidade para eles também coletarem o teste do pezinho. Dessa forma, todos os funcionários da equipe são capazes de tirar dúvidas das mães e dar orientações, seja durante as consultas, nos acolhimentos pelos técnicos e enfermeiros e principalmente os agentes de saúde nas casas dos pacientes.

Utilizamos uma ficha de atendimento para as crianças, fornecida pela Universidade de Pelotas, que fez com que os atendimentos fossem mais rápidos e também mais semelhantes, serve como um roteiro para que qualquer funcionário da unidade que faça o atendimento o faça da mesma maneira, independente de ser o médico ou o enfermeiro.

Separamos as fichas das crianças dos arquivos das famílias, para podermos revisar com frequência e saber quais são as crianças que estão faltando às consultas e quais as que têm risco, que são aquelas com o peso mais alto ou mais baixo que a média, além daquelas que apresentam algum atraso no desenvolvimento. Todas as crianças atendidas são pesadas e medidas e colocadas

nos gráficos para avaliar o risco de cada uma e podermos dar atenção especial para essas que mais precisam.

Promovemos a saúde bucal das crianças, agora a dentista avalia todas as crianças depois da consulta médica, orienta a mães sobre higiene bucal, agenda consultas quando é preciso e realiza tratamentos. Também separamos uma tarde por semana da agenda da dentista só para os menores de seis anos.

Começamos a fazer grupos com as mães e as crianças, para orientar sobre amamentação, alimentação, prevenção de acidentes, cuidados de higiene e tirar dúvidas das mães sobre quaisquer assuntos de interesse. É muito importante a participação das mães nos grupos e também nas consultas, pois nesses três meses já notamos uma diminuição considerável aos atendimentos de crianças em acolhimento, o que reflete uma melhoria na saúde das nossas crianças, pois elas tem tido menos casos de diarreia, gripe e pneumonia. Pudemos notar uma melhoria na saúde das crianças, graças à participação das mães nos grupos e também nas consultas, diminuíram as faltas das crianças ao colégio por doença e inclusive das mães ao trabalho para cuidar dos seus filhos. Outra vantagem muito importante foi o aumento considerável da vacinação, ampliamos o acesso e agora quase a totalidade das nossas crianças estão com a vacinação em dia.

Também estamos dando prioridade para os atendimentos dos pequenos em todos os dias da semana, as mães podem agendar as consultas para seus filhos no balcão da unidade, tanto médica quanto odontológica. Também podem solicitar aos ACS que marquem, sem precisar se deslocar até a unidade. Além disso, todas as crianças que consultam já saem com a próxima consulta agendada, diminuindo assim o número de faltantes. Da mesma forma, as crianças que chegam à unidade por demanda espontânea, além de serem tratadas por suas queixas agudas, são também avaliadas quanto ao risco e agendadas para realizar acompanhamento, se já não o fazem.

Todas as melhorias citadas acima, que foram obtidas nesses três meses de intervenção, já estão incorporadas à rotina da nossa unidade e permanecem ocorrendo mesmo depois do final da intervenção. O cuidado com as crianças é fundamental para formar adultos saudáveis e conscientes da importância do cuidado com a saúde.

Sabemos da importância da comunidade para o sucesso de promover melhorias nas atividades desenvolvidas no posto, e presenciamos esse fato durante a intervenção, em que só foi possível obter todos os avanços citados graças à participação da comunidade. Gostaríamos de uma maior participação dos usuários nas decisões também no que diz respeito aos outros tipos de atendimentos realizados, para que possamos expandir essas melhorias para outros grupos da unidade, onde quando a comunidade participa, cobra, sugere melhorias, ela sensibiliza mais os gestores para que juntos possamos adquirir melhorias para a unidade e a população da região.

5. Reflexão Crítica Sobre Seu Processo Pessoal de Aprendizagem

O trabalho realizado na Vila da Quinta foi surpreendente. Mesmo tendo sido feita uma análise prévia detalhada, o trabalho se desenvolveu de forma bem diferente do esperado. Tentamos desde o início pensar nas dificuldades que encontraríamos ao longo da intervenção, desenvolvendo meios de contorná-las, mas alguns acontecimentos foram imprevisíveis.

Não esperávamos, por exemplo, o grande número de faltantes que encontraríamos. Quando fizemos o planejamento, pensamos numa margem de faltas que já vinha ocorrendo na unidade sem, no entanto, lembrar que as crianças que não estavam acompanhando regularmente na unidade seriam menos assíduas.

Eu não imaginava que seria tão difícil aprimorar uma atividade que já vinha sido feita na unidade. Percebi que são necessários grandes esforços por parte de toda a equipe para que consigamos uma pequena, mas importante melhoria. Também não esperava tanta relutância por parte da equipe em desenvolver as atividades propostas. Mesmo tendo engajado toda unidade desde o início da intervenção, senti que alguns colegas realizavam o mínimo possível de esforço, infelizmente.

Acredito que não só a intervenção, mas também todo curso de especialização foi muito importante para meu crescimento profissional e pessoal. Achei muito interessante a utilização dos fóruns como rotina no curso, que serviram de apoio para cada um de nós, fazendo comparações entre as UBS e buscando sempre utilizar as boas idéias que cada um trazia de suas unidades para aplicar e melhorar as nossas. Os casos e os estudos clínicos, além dos testes de qualificação clínica (TQC), foram de enorme valia para a qualificação profissional dos estudantes, principalmente porque pudemos tirar dúvidas sobre esses assuntos com os colegas e equipe orientadora.

Além disso, os estudos voltados para o foco da minha intervenção com certeza foram os que eu mais aprendi e também fixei, pois se tornaram parte da minha rotina na unidade. Exemplos disso são a amamentação e alimentação infantil, a caderneta de vacinas, utilização dos gráficos de peso, estatura e Índice de Massa Corpórea (IMC) e a avaliação de risco.

O suporte dado pela orientadora do curso na realização das tarefas voltadas ao TCC foi fundamental mesmo que, às vezes, tenha sido cansativo refazer algumas tarefas, acredito que foi o alicerce para o aprimoramento do mesmo e também minha experiência pessoal, pois foi a primeira vez que realizei uma especialização e necessitei formular um TCC, fato que eu não conseguiria sozinha.

Importante salientar porque obtive também crescimento pessoal nesse ano em que realizei a especialização. Estar inserido em uma equipe de UBS vai muito além do trabalho realizado na unidade. Por muitas vezes estivemos nas casas dos pacientes, interferindo positivamente nos conflitos pessoais e familiares de cada um e como eles interferem no processo saúde-doença, tentamos entender e ajudar a melhorar uma realidade que muitas vezes é bem diferente da nossa, e acredito que eu não teria feito isso da mesma forma que fiz se não tivesse todo o suporte do curso.

Por fim, eu esperava desde o início do curso aprimorar minha prática clínica, obter evolução pessoal e profissional, trazer melhorias que fossem duradouras na unidade em que trabalhei, além de fomentar um estímulo de aprendizado e busca de melhorias na equipe, e todos os meus anseios foram atingidos, para minha felicidade, da equipe e principalmente da comunidade beneficiada.

Referências

1. VITOLLO, Márcia Regina; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 86, n. 1, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 12 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000100014>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)
3. <http://noticias.uol.com.br/album/2013/03/14/veja-os-20-paises-que-mais-melhoraram-seu-idh-desde-1990.html>

Anexos

Anexo A – 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.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



APÊNDICES

Fotos da Unidade e das Equipes



Localização geográfica do município.



Parte das equipes 18 e 19.



Atendimentos em puericultura na zona rural, Escola Franklin Roosevelt.



Reuniões de equipe semanais para discussão de resultados e melhorias.



Atendimento em puericultura pela enfermeira da área 18.



Atendimentos realizados pela equipe 19.



Grupo de puericultura com orientações de higiene bucal.