

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na
Unidade de Saúde Fátima, Colombo/PR**

LEISE CARLA DZIECINNY FERREIRA

Pelotas, 2014

LEISE CARLA DZIECINNY FERREIRA

**Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na
Unidade de Saúde Fátima, Colombo/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família –
modalidade a Distância- Universidade
Federal de Pelotas/UNASUS, como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Michelle Barboza Jacondino

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F384m Ferreira, Leise Carla Dziecinny
Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72
meses na Unidade de Saúde Fátima, em Colombo/PR /
Leise Carla Dziecinny Ferreira ; Michelle Barboza
Jacondino, orientadora. — Pelotas, 2014.
128 f.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I.
Jacondino, Michelle Barboza, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de muita dedicação e da bagagem de conhecimentos adquiridos durante o curso de especialização. Tal aprendizado concretizou-se graças à Universidade Federal de Pelotas que, juntamente com a UNASUS parecem acreditar que as grandes mudanças podem e devem ser propulsionadas pelos atores envolvidos na rotina dos processos de trabalho.

Agradeço à minha querida e motivadora orientadora, Michelle Barboza Jacondino, que por várias vezes me levantou do chão e me colocou novamente na luta, mostrando sempre o nosso papel de profissional da saúde e que é possível sim transformar, mesmo com pequenas ações.

Aos servidores da Unidade de Saúde Fátima, fica a minha eterna gratidão por abraçarem esta causa que certamente é de todos, mas que só aconteceu pela vontade de fazer melhor em benefício de nossas crianças.

E, por fim, agradeço ao meu porto seguro, minha família, que soube compreender os meus isolamentos para estudo aos finais de semana, me incentivando com tanto amor.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no Programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	83
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	84
Figura 3	Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da Creche Gota de Orvalho, participantes da ação coletiva de exame bucal. Colombo/PR (2014).....	86
Figura 4	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	87
Figura 5	Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco, com primeira consulta odontológica, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	88
Figura 6	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao Programa de Saúde da Criança, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	89
Figura 7	Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	90
Figura 8	Proporção de crianças com monitoramento do crescimento, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	91
Figura 9	Proporção de crianças com déficit de peso, monitoradas pela Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	92

Figura 10	Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas pela Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	93
Figura 11	Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	94
Figura 12	Proporção de crianças com vacinação em dia da Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	95
Figura 13	Proporção de crianças com suplementação de ferro, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	96
Figura 14	Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	97
Figura 15	Proporção de crianças de 36 a 72 meses da Creche Gota de Orvalho com escovação supervisionada com creme dental. Colombo/PR (2014).....	98
Figura 16	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica e que tiveram o tratamento odontológico concluído, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	99
Figura 17	Proporção de crianças com registro atualizado, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	100
Figura 18	Proporção de crianças com avaliação de risco, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	101
Figura 19	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	102

Figura 20	Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	103
Figura 21	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	105
Figura 22	Proporção de crianças da Creche Gota de Orvalho, cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Colombo/PR (2014).....	106
Figura 23	Proporção de crianças cadastradas na Unidade de Saúde Fátima, cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Colombo/PR (2014).....	107
Figura 24	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).....	108
Figura 25	Proporção de crianças da Creche Gota de Orvalho cujas mães receberam orientações nutricionais. Colombo/PR (2014).....	109

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CME – Central de Marcação de Especialidades
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SUS – Sistema Único de Saúde
TSB – Técnico de Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF.....	13
1.2 Relatório da análise situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas.....	27
2.2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2.2 Objetivos Específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	65
2.3.3 Logística.....	72
2.3.4 Cronograma.....	74
3 Relatório da Intervenção.....	76
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	76
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	78
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....	79

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.....	80
4 Avaliação da Intervenção.....	82
4.1 Resultados.....	82
4.2 Discussão.....	110
4.3 Relatório da Intervenção para a Gestão.....	112
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	114
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	116
6 Referências.....	118
Anexos.....	119
Anexo A - Ficha de Acompanhamento da Criança.....	120
Anexo B - Espelho de Vacina.....	121
Anexo C - Autorização de um dos pais/responsáveis.....	122
Anexo D - Planilha de Coleta de Dados.....	123
Anexo E – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa...	126
Apêndice.....	127
Apêndice A - Relatório de Puericultura Odontológica.....	128

Resumo

FERREIRA, Leise Carla Dziecinny. JACONDINO, Michelle Barboza. **Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses na Unidade de Saúde Fátima, Colombo/PR.** 2014. 128 fls. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2014.

O programa de saúde da criança é uma das principais estratégias do SUS para a redução da mortalidade infantil e consequente melhoria das condições de saúde da população brasileira. Este trabalho visou à melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, na Unidade de Saúde Fátima, no município de Colombo, região metropolitana de Curitiba, Paraná. Os objetivos específicos deste trabalho foram: ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento e os registros das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a saúde. Para se conseguir alcançar tais objetivos, foram pactuadas várias metas, sendo que a maioria delas foi atingida, como por exemplo: realização de exames bucais e escovação supervisionada em 100% das crianças da creche foco da intervenção; realização da primeira consulta odontológica em 96,3% das crianças atendidas pelo programa; foi feita busca ativa para 80,6% das crianças faltosas ao programa e para 71% das faltosas na odontologia e que haviam realizado a primeira consulta odontológica; 100% das crianças tiveram uma avaliação mais minuciosa abrangendo fatores de risco, crescimento, desenvolvimento, orientações nutricionais, prevenção de acidentes e atualização de vacinas, o tratamento odontológico foi concluído em 99,4% das crianças atendidas e os registros foram atualizados para 93,5% das crianças. Algumas metas não foram atingidas, como as ações coletivas educacionais dirigidas aos pais ou responsáveis pelas crianças da creche, devido à baixa adesão às palestras programadas. Outra dificuldade encontrada foi a utilização do sulfato ferroso por somente 58,8% das crianças do programa, mostrando um importante elemento a ser melhor trabalhado pelas equipes de saúde. A intervenção contribuiu para a qualificação dos profissionais da unidade, bem como, a melhoria dos fluxos de atendimentos e registros de informações em todos os setores, tornando o serviço mais organizado. As consultas de puericultura tornaram-se mais completas e padronizadas e a adesão ao programa apresentou um relevante aumento.

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

Apresentação

Este trabalho teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade de Saúde Fátima, em Colombo, Paraná.

Ele está organizado em cinco capítulos que retratam todo o desenvolvimento das ações, tanto dos quatro meses do projeto de intervenção, como do curso como um todo.

O primeiro capítulo aborda a análise situacional que avalia o município, a unidade de saúde e a sua área de abrangência e a rotina da ação foco do estudo.

No segundo capítulo, está contemplada a análise estratégica através do projeto de intervenção proposto. Nesta análise estão dispostos os objetivos, as metas, as ações e seus devidos detalhamentos, os indicadores, a logística que apoiou todo o processo e o cronograma de execução.

O relatório de intervenção está descrito no terceiro capítulo, através das ações previstas no projeto que foram ou não desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo trata da avaliação da intervenção, através de um descritivo dos resultados e discussão sobre a importância, o alcance e os limites do projeto. Neste capítulo, também estão presentes os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

No quinto capítulo, ocorre uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, como se deu este desenvolvimento e quais os avanços na prática profissional.

O sexto e último capítulo trata das referências que nortearam todo este trabalho e ações que se concretizaram na unidade de saúde.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

A Unidade de Saúde foco deste estudo chama-se Alexandre de Lima Moraes. No entanto, a nomenclatura utilizada pela comunidade é a da antiga e precária estrutura chamada Unidade de Saúde Fátima, a primeira do município de Colombo, região metropolitana de Curitiba, a capital paranaense.

Conforme relatos, antes da fundação da unidade funcionava no local uma casa noturna. Em 1977, a comunidade conservadora reuniu-se e fecharam-na. No local, foi fundada a associação de moradores Nossa Senhora de Fátima com espaço para o então chamado “postinho de saúde”, custeado pela Prefeitura. Em julho de 2012, foi inaugurada a nova e moderna unidade, com capacidade para quatro equipes Estratégia de Saúde da Família (ESF) e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Na área de abrangência da unidade, existem vários equipamentos de saúde, como a Maternidade do Maracanã, onde nasce a maioria dos bebês colombenses, já que o município não tem nenhum hospital em seu território. Outro serviço de saúde é o Pronto Atendimento Alto Maracanã, referência municipal para o atendimento de urgência e emergência 24 horas. Também na área de abrangência existem consultórios médicos e clínicas particulares, igrejas de várias religiões e comércio.

Além destes serviços, existem ainda três escolas municipais, uma escola estadual, duas creches, um centro de convivência, um Projeto Pró-Criando (para crianças de 7 a 14 anos) e áreas de lazer como academia ao ar livre, quadra poliesportiva, praça, campo de futebol e o principal shopping do município.

Em relação ao meio ambiente, a área de abrangência da unidade possui uma área considerada de risco, que é uma invasão cujas casas foram construídas na beira do córrego onde a população despeja seus esgotos e dejetos, além de

jogarem lixo doméstico. É frequente a ocorrência de inundações quando ocorrem fortes chuvas.

Economicamente, nota-se que de um modo geral a comunidade é trabalhadora, formal e informalmente, com moradias simples, porém boas. A maioria possui água tratada e energia elétrica. Estima-se que somente 5% possuem planos de saúde, sendo a maior parte dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população estimada para área da Unidade de Saúde Fátima pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2011 é de 11.711 habitantes, justificando assim as quatro equipes de ESF já implantadas.

No momento, existem duas equipes ESF completas e duas que estão funcionando sem médicos, no aguardo das contratações, fato este comum aqui no município. Conforme normativa do Ministério da Saúde (MS), cada equipe deve ter um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Atualmente, vários programas estão em pleno funcionamento como o Hipertensão (hipertensão e diabetes), Gestantes, Puericultura, Acolhimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Saúde da Mulher. Já os programas de Adolescentes e de Saúde Mental se encontram em fase de estruturação.

O fluxo de atendimento para usuários com hipertensão, diabetes, da puericultura, idosos e gestantes é diferenciado, não havendo a necessidade de enfrentamento de filas para o agendamento. Os demais usuários devem se adequar ao agendamento diário para consultas médicas e ao agendamento semanal ou mensal da odontologia.

Além da excelente estrutura física necessária para atendimento da população adstrita, contamos também com uma pequena farmácia dentro da própria unidade, com o elenco básico de medicamentos preconizado pelo Ministério da Saúde. Temos ainda sala de vacinas, curativos, pré-consulta, esterilização, expurgo, sete consultórios médicos, dois consultórios para enfermagem, quatro consultórios odontológicos e área para os funcionários. Tudo cuidadosamente planejado conforme o Manual para Construção de Unidade Básica de Saúde (UBS) do Ministério da Saúde.

Em relação à odontologia, duas equipes são compostas por Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e as outras duas com Cirurgiões

Dentistas e Técnicas de Saúde Bucal (TSB). Há um Protocolo de Saúde Bucal que organiza e norteia todas as nossas ações e que antes de ser implantado, foi amplamente estudado e discutido. Ele contempla fluxos para acesso aos serviços da atenção primária e secundária, ações coletivas na odontologia em cada área de abrangência, participações nos programas das unidades de saúde, além da padronização de procedimentos e rotinas odontológicas.

Contudo, quando se pensava que as políticas de saúde bucal já estavam consolidadas em Colombo, a gestão que assumiu no início deste ano está se posicionando contrariamente a estas diretrizes. Lamentavelmente, este fato não é novidade para nenhum município do Brasil, pois sempre há uma ideia errônea de que se precisa desconstruir para aí construir novamente, “reinventando a roda”. Com isso, todos perdem, tanto a população como o serviço.

Por se tratar de uma unidade que era básica, sem odontologia e com algumas especialidades, o início dos trabalhos logo após a mudança para a nova estrutura foi um pouco conturbado. Mas, rapidamente a comunidade começou a perceber que estava ganhando muito, mesmo sem ter os especialistas de anteriormente.

Na odontologia, está sendo muito gratificante ofertar um serviço que não era antes disponibilizado. Percebe-se apoio e uma valorização geral por parte da população com tudo que vem sendo desenvolvido. As famílias ainda não estão totalmente cadastradas, mas a maioria já está inserida nas novas rotinas da unidade.

Quanto ao controle social, na Conferência Municipal de Saúde de 2011, foi sugerida a criação de um Conselho Local de Saúde para esta região, mas não houve interesse da comunidade naquele momento.

No trabalho diário, percebe-se que os usuários são muito pacíficos e não demonstram interesse em participar das decisões relacionadas aos fluxos e rotinas da unidade, pelo menos por hora.

De maneira geral, a Unidade de Saúde Fátima está muito bem estruturada fisicamente. Na questão de recursos humanos, há a necessidade urgente de que as equipes estejam completas, principalmente com médicos. Outra carência é o apoio e a organização de todos os serviços que só será conseguida quando o nível gerencial definir as políticas de saúde que desejam para o município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Colombo integra a região metropolitana de Curitiba e, como tal, agrega as características ainda de uma cidade-dormitório, que cresceu desordenadamente e sem planejamento.

Com uma população de 215.988 habitantes (IBGE, 2010), possui 21 unidades de saúde, sendo 11 Unidades ESF e 10 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Saúde da Mulher, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para portadores de AIDS e DST, 02 Prontos Atendimentos 24 horas e uma Maternidade Municipal (Plano Municipal de Saúde, 2010).

Grandes dificuldades são enfrentadas pelo fato de não existir um hospital geral municipal, ficando a população à mercê de vagas hospitalares e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) quando disponíveis em Curitiba e demais municípios da região metropolitana, através da Central de Regulação do Estado. Nem sempre estas vagas chegam a tempo de salvar vidas, causando indignação tanto aos usuários e familiares, como na equipe de trabalho. Com isso, existem muitos problemas para a contratação de médicos, pois a maioria se recusa a aceitar tal situação.

A rede especializada municipal é bem restrita. Há um Centro de Especialidades Médicas com neurologista, cardiologista, urologista, pneumologista, ortopedista, otorrinolaringologista, pediatra, geriatra, endocrinologista pediátrico e acupunturista. A maioria da demanda para consultas especializadas e exames complementares dependem da Central de Marcação de Especialidades do Estado, levando por vezes os usuários a terem que esperar por longo tempo pelo serviço. O aumento da oferta na atenção secundária é de extrema importância para a qualidade de vida da população.

Existem também um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD), um CAPS II e não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme o Plano Municipal de Saúde (SMS, 2010).

Na Odontologia, existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia e pacientes especiais, sendo que a espera para tais serviços é de alguns meses.

Entre os serviços de saúde prestados à população colombense, situa-se a Unidade de Saúde Alexandre de Lima Moraes ou simplesmente, Unidade de Saúde Fátima. Trata-se de uma unidade urbana e passou a ser chamada pelos dois nomes a partir de agosto de 2012, quando foi inaugurada em substituição à antiga e precária estrutura, a primeira do município de Colombo. A população de sua área de abrangência é de 11.711 habitantes, sendo 5.774 homens e 5.937 mulheres (IBGE, 2010), justificando assim as quatro equipes de ESF já implantadas.

Atualmente, duas destas equipes encontram-se sem médico. Esta situação que ocorre em quase todas as unidades de saúde, prejudica o acesso dos usuários aos serviços. Como em outros municípios, há fila diária para se conseguir uma consulta na atenção básica. Ocorre que todo o restante da equipe fica sobrecarregado, tentando explicar e suprir a falta dos profissionais.

Em relação à Odontologia, existem quatro Equipes de Saúde Bucal, sendo que duas equipes são compostas por Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal e as outras duas por Cirurgiões Dentistas e Técnicas de Saúde Bucal.

Na área de abrangência da unidade, existem vários equipamentos de saúde, como a Maternidade do Maracanã, onde nasce a maioria dos bebês colombenses, já que o município não tem hospital em seu território. Outro serviço de saúde é o Pronto Atendimento Alto Maracanã, referência municipal para o atendimento de urgência e emergência 24 horas. Também na área de abrangência existem consultórios médicos e clínicas particulares, igrejas de várias religiões e comércio em geral.

Além destes serviços, existem ainda três escolas municipais, uma escola estadual, duas creches, um centro de convivência, um Projeto Pró-Criando (crianças de 7 a 14 anos) e áreas de lazer como academia ao ar livre, quadra poliesportiva, praça, campo de futebol e o principal shopping do município.

Economicamente, nota-se que de um modo geral a comunidade é trabalhadora, com moradias simples, porém boas. A maioria possui água tratada e energia elétrica. Estima-se que somente 5% da população possui planos de saúde, sendo a maior parte SUS dependente.

Observou-se que a estrutura física é adequada para atendimento de toda a população adstrita, através do preenchimento do questionário sobre Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, pois contempla os números de ambientes

específicos preconizados no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008).

Além da ampla recepção, banheiro para usuários e cadeirantes, há uma pequena farmácia dentro da própria unidade, sala de imunização, sala de inalação, sala de curativos, pré-consulta, sala da coordenação, esterilização, expurgo, almoxarifado, sete consultórios médicos, quatro consultórios odontológicos, sala de reuniões, sala dos ACS e área para os funcionários (cozinha, lavanderia e vestiários com banheiros).

Também com base no questionário sobre Estrutura Física das UBS, pode-se perceber que algumas características destes ambientes não estão totalmente dentro das normas do manual acima.

A sala de espera que deveria abrigar 60 pessoas já que há quatro Equipes de Saúde da Família, deveria ser um pouco maior, permitindo a colocação de mais cadeiras e aumentando o conforto dos usuários que lá necessitam ficar.

A sala de reuniões é pequena demais para uma unidade deste porte e acomoda somente cerca de 20 cadeiras, o que ocasiona a utilização somente pelos ACS, já que o espaço de reunião deste grupo é ainda menor.

A farmácia possui somente uma sala, tanto para armazenamento como dispensação da medicação que é feita pelo pessoal da enfermagem. Dispõe de alguns medicamentos básicos (antibiótico, anti-inflamatório e analgésico), bem como, os relativos aos programas de saúde da atenção básica.

Dos sete consultórios médicos, há três com sanitários geralmente utilizados para ginecologia e pediatria, tanto por médicos como enfermeiros. No entanto, as torneiras são normais e somente a Odontologia dispõe de torneiras que dispensam o uso de mãos. Este item é fator muito importante no controle da infecção cruzada e deveria ser prioritário nas obras da saúde.

Dentre outras situações observadas, a sinalização é escrita e por figuras, não havendo a opção do Braille e nem sonora. Também não existe corrimão nos corredores para auxílio aos idosos. Ele só está presente no sanitário para cadeirantes.

Por se tratar de uma construção térrea, não existem rampas internas. No entanto, no acesso da rua para a unidade através do portão de entrada há um pequeno degrau que não deveria existir. A opção para cadeirantes seria pelo estacionamento, o que não é adequado.

Em termos de estrutura física a Odontologia está muito bem. O que restringe o trabalho por vezes é a qualidade dos equipamentos adquiridos. É o sério problema das licitações que ocorre em todo o país, cujas leis acabam priorizando o menor preço e pouco se pode fazer para garantir a qualidade. Perde o usuário em termos de qualidade de serviços e perde o profissional pela frustração com esta realidade.

Em relação ao fluxo interno, de maneira geral tudo parece funcionar muito bem, com usuários transitando somente em áreas que dizem respeito a eles.

Em relação à visão da comunidade é importante salientar que ela não se cansa de elogiar a beleza e qualidade das estruturas físicas e sente-se orgulhosa por pertencer a uma área com este equipamento de saúde.

Não há como se pensar em melhoria de estrutura física sem relacionar com recurso, orçamento, ou seja, dinheiro mesmo. Dentro da governabilidade dos funcionários desta unidade, o que pode ser feito para melhoria ou resolução dos problemas físicos seria mostrar as consequências destas obras inadequadas aos gestores e solicitar para que tudo seja resolvido. Deve-se também evidenciar o prejuízo aos serviços e à comunidade.

Porém, a menor ação pode levar anos para ser realizada quando se trata de gasto público. Os funcionários colocam toda a criatividade em prática e acabam se adequando, dentro do possível, para conseguir oferecer os serviços da melhor forma possível. Esta atitude é louvável, mas, por vezes, acaba perpetuando problemas que deveriam ser rapidamente solucionados pela gestão.

Uma das dificuldades que se percebe na unidade de saúde é a questão de alguns profissionais contratados há muito tempo e que não se reciclam ao longo da carreira profissional e também daqueles despreparados para o atendimento aos usuários. A falta de capacitações profissionais para tal e a falta de perfil do funcionário acabam criando por vezes situações constrangedoras no serviço, ficando a desejar quanto ao ambiente acolhedor e humanizado. Os baixos salários de todo o funcionalismo e um plano de carreira falho acabam por desmotivar ainda mais a equipe.

Todas estas situações dificultam o manejo da demanda reprimida ocasionada pela falta dos médicos, tornando o momento da abertura matinal da unidade muito tenso para quem executa esta atividade.

A demanda espontânea é a mais afetada com este fato, porém, os casos problemáticos são poucos quando relacionados ao contingente total de pessoas

atendidas diariamente. A comunidade reconhece o esforço da equipe em solucionar tudo o que é possível. A enfermagem está sempre disponível para esta demanda dentro de sua área de atuação e a odontologia não enfrenta problemas com esta forma de acesso dos usuários.

A maioria dos profissionais parece exercer suas atribuições da melhor forma possível. A coordenação da unidade é feita por um enfermeiro, sendo de sua responsabilidade o fechamento de relatórios, controle e pedido de materiais e insumos e todas outras funções administrativas. Quanto aos programas, a responsabilidade de coordenação é do enfermeiro da equipe ESF.

Contudo, talvez o maior entrave realmente seja o não cadastramento de 100% das famílias da área de abrangência pelos ACS, fazendo com que não se consigam dados fidedignos sobre a realidade local e fatores epidemiológicos. Esta baixa cobertura nos cadastros ocorre principalmente devido ao fato da comunidade ser economicamente ativa, não permanecendo em seus domicílios em horário comercial, e também devido à falta de dois agentes comunitários de saúde no quadro profissional da unidade.

Os programas na unidade de saúde poderiam funcionar mais efetivamente. Melhorar todo o fluxo dos programas e implementar as ações preventivo-educativas ajudaria a aumentar o acesso dos usuários aos serviços. O monitoramento e avaliação não são realizados e as formas de registro são precárias, já que não dispomos de um sistema informatizado. Apesar de existir um protocolo municipal para cada ação, nem sempre as coisas acontecem como deveriam.

As crianças de 0 a 72 meses possuem um cronograma baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde, podendo acessar os serviços de maneira programada. No entanto, observa-se que até dois anos de idade as mães respeitam esta rotina, mas com o passar do tempo, preocupam-se menos com as consultas de caráter preventivo e a adesão é menor. São falhos as busca ativa e o monitoramento destas crianças que não aderem ou desistem do programa.

A Odontologia consegue trabalhar melhor se agir paralelamente ao atendimento da puericultura do médico ou enfermeiro, pois no caso de haver uma marcação específica para a saúde bucal, as faltas são frequentes. As atividades coletivas de educação em saúde inexistem para este grupo e o repasse de informações praticamente restringe-se às consultas de puericultura individuais, explicitando um modelo centrado no assistencialismo médico puramente.

Em relação ao pré-natal, as gestantes cadastradas na unidade participam das ações programáticas, com todas as facilidades de acesso aos serviços, conforme preconizado no protocolo municipal, baseado no do Ministério da Saúde. Elas têm a disponibilidade de exames laboratoriais, porém, quando precisam das ecografias as dificuldades começam. A ecografia morfológica é praticamente impossível de se conseguir dentro do período gestacional adequado e as usuárias acabam fazendo na rede privada (as que têm condições). Como ocorrem nos demais programas da unidade, não existe um monitoramento destas gestantes quanto à participação da rotina do pré-natal e a forma de registro dos dados é precária.

Já nas ações de educação em saúde, a participação é mínima, não chegando a 10% das gestantes. Há um claro desinteresse das futuras mães neste tipo de ação, mesmo quando realizada aos sábados, com a equipe multidisciplinar, lanches, brindes e outros atrativos. É uma questão cultural complexa, pois se percebe na rotina diária que os hábitos repassados por avós e mães das gestantes são mais fortes que as informações com embasamento técnico-científico proporcionadas pelos profissionais.

A adesão da gestante é complicada também na odontologia, pois apesar de possuir facilidades como o agendamento imediato de consulta, ela falta, desiste e por vezes nem inicia o tratamento. A captação deste grupo é realmente um grande desafio nos dias de hoje.

Para a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama também é utilizado o protocolo municipal como diretriz e não existe monitoramento e avaliação. Os registros de todos os exames coletados são realizados em caderno específico e as buscas ativas são realizadas para os que possuem resultados alterados. As mamografias não eram registradas, porém, com o início deste curso, a enfermagem começou este controle.

As ações coletivas para este grupo inexistem, sendo repassadas informações preventivas somente no momento da consulta com o médico ou enfermeiro. Um grande ponto positivo são os mutirões para exames preventivos realizados aos sábados, pois não há necessidade de agendamento prévio e a adesão é grande, desde que o clima esteja bom. Mesmo para o atendimento diário o agendamento é sempre facilitado.

O Programa do Hiperdia (Hipertensão e Diabetes) é o que parece funcionar

mais adequadamente na unidade. Também existe um protocolo municipal para nortear as ações, mas a captação dos dados é falha. As listagens disponíveis encontram-se desatualizadas, pois não existe uma rotina para preenchimento destes dados. Observa-se também que não existe registro específico para a diabetes e não há como adquirir este dado separadamente, pois está sempre associado à hipertensão.

Teoricamente, todos os usuários vêm à unidade de saúde uma vez ao mês para participar deste programa e pegar medicação e este momento não está sendo utilizado para organização e atualização dos dados. Deveria haver palestras de educação em saúde neste dia, com várias categorias profissionais ao longo do ano, mas isto não está ocorrendo em todas as equipes ESF.

Os exames laboratoriais e as consultas médicas para este grupo são conseguidos com facilidade. Também o acesso à odontologia é prioritário e imediato, sendo estes usuários comprometidos com o tratamento e interessados em todas as informações a eles repassadas. Agradecem frequentemente pelo serviço prestado e pela qualidade nele empregada.

Em relação à saúde dos idosos, infelizmente a unidade está sendo totalmente falha, pois não existe ação alguma específica para este grupo. Se o usuário não estiver inserido no Hiperdia, fica desassistido em termos de ações específicas. No entanto, o acesso às consultas médicas, odontológicas e exames é sempre prioritário. Há a necessidade de implantação imediata de um programa de atenção ao idoso, na unidade de saúde.

Quanto à saúde bucal, são realizadas ações tanto preventivas como clínicas. Todas as primeiras terças-feiras do mês são agendados 18 usuários para cada cirurgião dentista, onde cada qual terá direito a até quatro consultas no decorrer deste mês para realização de procedimentos clínicos. Casos emergenciais são atendidos todos os dias na forma de encaixe e nas segundas-feiras ocorre o pronto atendimento, para se resolver a queixa principal do usuário, naquela única consulta (demanda espontânea). Um período da semana é destinado de forma programática para cada grupo: gestantes, escolares, Hiperdia e puericultura.

As ações coletivas e educativas acontecem anualmente em creches e escolas da rede pública municipal, realizando-se palestra com vídeos, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, após o levantamento epidemiológico

concluído. Além destas ações, são feitas palestras em outros equipamentos sociais, conforme solicitação dos mesmos.

Com o estudo dos indicadores de saúde bucal, percebeu-se que ainda há muito que se avançar, principalmente em relação ao atendimento clínico aos grupos e maior participação nas ações coletivas.

Um grande ponto positivo que precisa ser salientado frente à realidade brasileira é que a Unidade de Saúde Fátima apresenta uma ótima estrutura física, apesar de necessitar de pequenas adequações a serem realizadas. A equipe que nela atua é muito boa, mas precisa ser motivada e frequentemente atualizada na questão técnica. As equipes ESF precisam estar completas para que não haja sobrecarga e acúmulo de funções.

Um fato ocorrido no decorrer da aplicação dos questionários e que chamou a atenção da equipe (inclusive dos que não fazem este curso) foi a surpresa pelas muitas fragilidades afloradas nos fluxos e ações, desde então. A equipe tinha uma ideia errônea de que as coisas funcionavam bem, o que não se confirmou. Os baixos índices de cobertura dos programas e a dificuldade na captação e armazenamento das informações trouxeram à tona muita reflexão e até certa angústia do quanto ainda precisa ser feito.

No entanto, já é possível se observar pequenas modificações fomentadas pelo curso. Os registros das mamografias estão sendo realizados pela enfermagem e há um pequeno movimento para implementação das ações coletivas de educação em saúde. Só assim será possível caminhar para a completa inversão deste modelo assistencial focado na medicalização e não na prevenção.

Outra mudança ocorreu na odontologia da unidade de saúde, onde os relatórios estão sendo mais detalhados possibilitando o acesso às informações perdidas até então. Claro que um sistema informatizado é indispensável para melhorar a qualidade da atenção na unidade como um todo.

Um grande desafio a ser enfrentado pela equipe é o estímulo ao controle social. Sinalizar as lideranças locais e mobilizar toda a comunidade não são tarefas fáceis. O bairro precisa de representatividade no Conselho Municipal de Saúde através da criação de um Conselho Local de Saúde.

Outra situação referente aos funcionários é a necessidade de se trabalhar padronizadamente, sem diferenças de condutas entre as quatro equipes ESF que atuam na unidade de saúde. Isso facilitará a organização do trabalho e melhoria dos

fluxos internos. Tal atitude deveria ser motivada pelos demais níveis gerenciais, com elaboração de políticas de saúde mais concretas para o município e postura de respaldo e apoio aos serviços.

Ainda referente aos servidores municipais, ficou clara a necessidade de se implantar ações efetivas de educação permanente para todas as categorias profissionais, possibilitando a excelência nos atendimentos diários, com conseqüente satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados e melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

Em relação ao usuário, a dificuldade está em fazer com que ele se corresponsabilize pela própria saúde e assuma seu papel. A medicação administrada de forma inadequada ou não realizada, o não comparecimento às ações preventivas desenvolvidas na unidade, os atrasos vacinais, na puericultura, no pré-natal e muitos outros fatos diários fazem com que sejam repensados certos conceitos que acabam levando a um paternalismo perigoso. Aliás, este limiar entre responsabilidades do usuário e do profissional parece bastante tênue.

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

Comparando-se os dois textos, pode-se perceber que alguns dados foram atualizados e melhorados com o aprofundamento do estudo e pesquisa.

Em relação aos serviços propriamente ditos, não houve mudanças significativas. Os programas não foram aprimorados e a falta de médicos não foi solucionada, perdurando os problemas com a demanda.

Alguns avanços ocorreram, como a preocupação com uma melhor forma de captação e arquivamento de informações. Na odontologia, os relatórios foram aprimorados ficando os mesmos mais completos.

Quanto à estrutura física da unidade que a princípio parecia adequada, percebeu-se através dos questionários e do Manual de Construção de Unidades Básicas de Saúde que existem pequenas falhas que precisam ser melhoradas.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O fortalecimento da Atenção Primária está sendo considerado como principal desafio na consolidação do SUS. Para tal, a formulação de políticas públicas voltadas para os principais problemas de saúde da população tornaram-se ferramentas imprescindíveis e, dentre estas, a saúde da criança. Apesar de normativas como os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e o Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012), percebe-se ainda grande dificuldade em executar esta ação programática, tanto em sua rotina clínica como na preventiva.

Este protocolo do município contempla cinco linhas de ação: promoção do nascimento saudável; vigilância do recém-nascido na Atenção Básica; acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável e atenção às doenças prevalentes na infância.

Levando-se em consideração a população de 11.711 habitantes da área de abrangência da Unidade de Saúde Fátima, a estimativa para crianças na faixa etária de 0 a 72 meses seria de 819 crianças, aproximadamente. No entanto, a maioria dos registros de atendimentos é de menores de um ano, totalizando 177 crianças. Mesmo podendo acessar aos serviços de maneira programada, observa-se que até dois anos de idade as mães respeitam a rotina conforme diretrizes do protocolo municipal, mas com o passar do tempo, preocupam-se menos com as consultas de caráter preventivo e a adesão é menor.

A busca ativa e o monitoramento destas crianças que não aderem ou desistem do programa ainda é precário. As atividades coletivas de educação em saúde inexistem para este grupo e o repasse de informações praticamente restringe-

se às consultas de puericultura individuais, explicitando um modelo centrado no assistencialismo médico puramente. Além disso, as quatro Equipes de Saúde da Família trabalham de forma fragmentada, onde cada profissional de enfermagem realiza a consulta de uma maneira, sem padronização de condutas.

Também na Odontologia existe uma grande dificuldade na captação e adesão de crianças entre 0 e 72 meses. Das 177 crianças menores de um ano, somente 47 cumprem o cronograma relativo ao atendimento odontológico. O número de faltas é alto e a importância da saúde bucal é subestimada pela população. Fatores culturais em relação à desvalorização da dentição decídua aumentam a responsabilidade da equipe quanto aos desafios de se informar e educar esta comunidade quanto à necessidade de preservação destes dentes.

Com a intervenção nesta área, espera-se otimizar o atendimento às crianças que já utilizam os serviços da unidade de saúde, de forma que várias ações possam ser executadas no mesmo dia, inclusive o atendimento pela odontologia, minimizando a possibilidade de faltas.

Outra preocupação se refere à qualificação da forma de captação e arquivamento de registros, para que se possa realmente dominar os conhecimentos relativos à área de abrangência, com dados concretos. Haverá a necessidade de que as equipes trabalhem de forma harmônica e em conformidade com o Protocolo Municipal de Saúde da Criança.

Será primordial o envolvimento de toda a enfermagem e médicos, para que as crianças possam ser encaminhadas para a odontologia. Os Agentes Comunitários de Saúde também terão responsabilidades frente à captação e busca ativa dos usuários faltosos. Além disso, há a necessidade de que sejam criados momentos para a capacitação de toda a equipe da unidade, melhorando-se o acolhimento à clientela, as rotinas e os fluxos do processo de trabalho.

Espera-se que esta intervenção que ocorrerá nas quatro ESF da unidade, organize a assistência e auxilie na melhoria das condições de vida da população, uma vez que contribuirá para a formação de adultos mais saudáveis e responsáveis por esta condição.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, na Unidade de Saúde Fátima, em Colombo/PR.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
- Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
- Melhorar os registros das informações.
- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
- Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Para cada objetivo deste projeto de intervenção, estão relacionadas as metas a serem atingidas.

Quanto às metas relacionadas à triagem auditiva (3.7 Realizar triagem auditiva nas crianças) e ao teste do pezinho (3.8 Realizar teste do pezinho em crianças até 7 dias de vida) não puderam ser pactuadas, uma vez que no município de Colombo estes testes são realizados somente na maternidade municipal, única referência para todas as unidades de saúde. O controle e avaliação destes serviços são de gerência da Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, justifica-se a exclusão destas metas relacionadas à triagem auditiva e ao teste do pezinho.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre 0 e 72 meses da unidade saúde para 20%.

Meta 1.2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 1.3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação

das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, da Creche Gota de Orvalho.

Meta 1.4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Meta 1.5: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, classificadas como alto risco para doenças bucais.

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

Meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Meta 2.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 3.1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 3.2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 3.3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 3.4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 3.5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 3.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Meta 3.7: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses, frequentadoras da Creche Gota de Orvalho.

Meta 3.8: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde

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

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

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

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis, frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

Meta 6.5: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 6.6: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 6.7: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

2.3 Metodologia

Este trabalho propõe a melhoria do programa de saúde das crianças de 0 a 72 meses, através da efetiva adoção dos protocolos municipais, capacitações com toda a equipe da unidade da saúde e um planejamento de todas as ações a serem executadas, conforme cronograma estabelecido.

2.3.1 Ações

Com o foco na melhoria da atenção à saúde da criança, propõem-se ações norteadoras para cada meta, conforme os quatro eixos pedagógicos abaixo.

Em relação à meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre 0 e 72 meses da unidade saúde para 20%.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento da ação: através de conferência da pasta específica por áreas da sala de puericultura, a ser realizada no dia 30 de cada mês, onde cada enfermeiro fará o monitoramento de sua respectiva área.

Organização e Gestão do Serviço

- Melhorar o cadastramento de crianças entre 0 e 72 meses da área adstrita.

Detalhamento da ação: com uma ação mais efetiva dos ACS nas visitas da área e também através da captação de crianças nas procuras dos familiares à unidade, inclusive no serviço odontológico, em todas as oportunidades que surgirem e por todos os servidores.

- Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: sempre que houver a procura de atendimento pelos pais ou responsáveis, a consulta deve ter prioridade de agendamento por todos os profissionais, sem necessidade de enfrentamento de filas.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: todos os profissionais deverão aproveitar os momentos das ações coletivas dos vários grupos da unidade, para repassar informações sobre o programa quanto às ações, calendários e fluxos, inclusive nos momentos de espera por consultas, na recepção da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança com base nas políticas de humanização e no Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012).

Detalhamento da ação: durante a reunião semanal da unidade, certificar-se de que toda a equipe domina os fluxos e rotinas do processo de trabalho,

para que possam ser dadas informações corretas, acolhendo a comunidade sempre que esta procurar pelos serviços.

- 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. Detalhamento da ação: na reunião semanal da equipe da unidade saúde, trazer as principais diretrizes do protocolo, onde cada profissional deverá se responsabilizar por suas competências, enfatizando a importância de se cumprir o cronograma municipal de puericultura, inclusive quanto às consultas odontológicas (1 mês, 6 meses, 12 meses, 24 meses e anualmente a partir desta data).

Em relação à meta 1.2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, realizando-se o levantamento no dia 30 de cada mês, onde cada enfermeiro fará o monitoramento de sua respectiva área.

Organização e Gestão do Serviço

- Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido na unidade na primeira semana após a data provável do parto. Detalhamento da ação: sob a supervisão e ciência do enfermeiro da área, o ACS deverá proceder com a busca ativa após a chegada da Declaração de Nascidos Vivos da Maternidade Maracanã, referência municipal. Em caso de atraso da mesma, ao se perceber que a data provável do parto já aconteceu e a mãe ainda não procurou a unidade, o ACS também deverá buscar o recém-nato.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: todos os profissionais deverão aproveitar qualquer contato com as mães (consultas, coletas de preventivos, etc.) para informar quanto ao agendamento para consultas médicas, de enfermagem e odontologia sem necessidade de enfrentar filas, quanto a vacinação realizada a qualquer hora do dia, medicação disponível e outros.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas políticas de humanização e para adoção do Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012), baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação: durante a reunião semanal da unidade, certificar-se de que toda a equipe domina os fluxos e rotinas do processo de trabalho, para que possam ser dadas informações corretas, acolhendo a comunidade sempre que esta procurar pelos serviços.

- Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Detalhamento da ação: na reunião semanal da equipe da unidade saúde, trazer as principais diretrizes do protocolo, onde cada profissional deverá se responsabilizar por suas competências, enfatizando a importância de se cumprir o cronograma municipal de puericultura, principalmente a primeira consulta na primeira semana de vida.

Em relação à meta 1.3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, da Creche Gota de Orvalho.

Monitoramento e Avaliação

- Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadoras da Creche Gota de Orvalho.

Detalhamento da ação: através de registro de dados pessoais e classificação de risco no Relatório de Saúde Bucal da Creche, sempre que o cirurgião dentista visitar a creche e, mensalmente, pelo ACS da área.

Organização e Gestão do Serviço

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade da Creche Gota de Orvalho.

Detalhamento da ação: envolver o ACS responsável pela creche, reforçando que ele deverá incluir a mesma em suas visitas de área, atualizando os dados mensalmente.

- Organizar rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade, na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: com a supervisão do enfermeiro, cada ACS deverá promover a atualização do cadastro das crianças de sua microárea, mensalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: os ACS em suas visitas domiciliares e os demais profissionais durante as ações coletivas dos vários grupos da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro.

Detalhamento da ação: em todas as visitas da criança à unidade, os dados da Ficha de Acompanhamento da Criança e do prontuário deverão ser atualizados, por todos os profissionais envolvidos no processo, principalmente a recepção que é responsável pelo primeiro contato e localização destes documentos.

Em relação à meta 1.4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: através do Relatório de Puericultura Odontológica, a ser preenchido pelas quatro Equipes de Saúde Bucal, onde cada cirurgião dentista deverá monitorar sua área, possibilitando o lançamento na Planilha de Coleta de Dados (Anexo D), mensalmente, pelo cirurgião dentista responsável.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: na reunião com toda equipe a ser realizada na primeira semana de intervenção, explicando e estabelecendo o fluxo para atendimento odontológico, com encaminhamento da criança para o profissional da saúde bucal de sua área, a qualquer momento.

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

Detalhamento da ação: com o trabalho conjunto de todas as categorias, as crianças que não estão ainda cadastradas, deverão ser encaminhadas ao serviço para que ingressem no programa da puericultura, inclusive na odontologia, sempre que tal situação for detectada.

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

Detalhamento da ação: com informações dadas pela recepção ou demais profissionais aos familiares sobre esta facilidade, bem como, após avaliação de risco a ser realizada pelos cirurgiões dentistas.

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

Detalhamento da ação: cada ESB deverá reservar na agenda o mesmo período em que haverá atendimento de puericultura pelo médico ou enfermeiro da sua área, semanalmente, respeitando-se o Protocolo Municipal de Saúde Bucal (COLOMBO, 2012).

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: aproveitar os momentos das ações coletivas dos vários grupos da unidade para repassar informações sobre o programa a respeito das ações nele desenvolvidas. Também nas consultas odontológicas com adultos, a ESB deverá questionar sobre a existência de crianças na família que não estejam sendo acompanhadas pela unidade e que nunca fizeram avaliação da saúde bucal.

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

Detalhamento da ação: dando ênfase à necessidade da preservação dos mesmos até a esfoliação, em todas as consultas de puericultura e demais momentos de educação em saúde da unidade, por todos os profissionais da unidade, inclusive os ACS, em suas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: na reunião semanal da unidade, todos deverão reconhecer como se dá o ingresso na odontologia para esta faixa etária, podendo assim acolher da melhor forma possível estas crianças, encaminhando as mesmas à odontologia a qualquer momento, conforme prioridade estabelecida no protocolo.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.
Detalhamento da ação: os ACS, nas visitas domiciliares das famílias e médicos e equipe de enfermagem, no momento das consultas.
- Capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade.
Detalhamento da ação: em reunião semanal da equipe, o cirurgião dentista deverá reforçar a necessidade de que esta faixa etária seja priorizada e que as consultas odontológicas devem ser realizadas desde o nascimento da criança. Salientar que a odontologia faz a anotação na carteirinha da criança em todas suas consultas, facilitando o reconhecimento da adesão da criança à odontologia.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.
Detalhamento da ação: na reunião específica da ESB, lembrando sobre a adesão das crianças ao programa, conforme Protocolo Municipal de Saúde Bucal (COLOMBO, 2012).

Em relação à meta 1.5: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, classificadas como alto risco para doenças bucais.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar número de crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica.
Detalhamento da ação: pelo cirurgião dentista, mensalmente, estabelecendo acompanhamento rotineiro, com pré-agendamento de consulta, conforme necessidade.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de alto risco.

Detalhamento da ação: a criança deverá ter seu retorno pré-agendado, conforme necessidade estabelecida pelo cirurgião dentista.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de idade, de alto risco. Detalhamento da ação: aproveitar as consultas com adultos e os momentos das ações coletivas dos vários grupos da unidade para repassar informações sobre o programa a respeito das ações desenvolvidas, ressaltando a importância da priorização das que apresentam alto risco, garantindo assim uma dentição permanente saudável, por todos os profissionais da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: na reunião da ESB, todos deverão reconhecer como se dá o ingresso na odontologia para esta faixa etária, podendo assim acolher da melhor forma possível estas crianças a qualquer momento, conforme prioridade de agendamento estabelecida no protocolo.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.

Detalhamento da ação: em reunião específica da Equipe de Saúde Bucal, reforçando que a mesma deve sempre estar atenta à existência de crianças ainda não cadastradas, garantindo assim o agendamento prioritário, na odontologia.

Em relação à meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação: onde a equipe de enfermagem faz a revisão mensal de todas as Fichas de Acompanhamento da Criança de sua área, ao final de cada mês, avaliando as consultas que estão ou não em dia.

- Monitorar o número médio das consultas realizadas pelas crianças.
Detalhamento da ação: pela equipe de enfermagem, através da revisão mensal de todas as Fichas de Acompanhamento da Criança de sua área, ao final de cada mês, monitorando se as consultas estão sendo realizadas com forme cronograma do protocolo municipal.

- Monitorar as buscas às crianças faltosas.
Detalhamento da ação: ao se identificar tais casos pela avaliação do caderno da puericultura com o aprazamento, no final de cada mês o enfermeiro deverá acionar o ACS responsável por aquela família, o qual fará contato telefônico ou visita domiciliar.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas às consultas.
Detalhamento da ação: através da revisão mensal da Ficha de Acompanhamento da Criança pelo enfermeiro, cada qual de sua área.
- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.
Detalhamento da ação: pela equipe de enfermagem, assim que houver o retorno da busca ativa realizada pelo ACS da microárea correspondente, garantindo o agendamento da consulta.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: por informações repassadas pela equipe de saúde em todas as oportunidades na unidade e nas ações coletivas dos programas, com ênfase à detecção precoce de problemas de saúde, levando a um maior êxito no tratamento.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: aproveitando-se a reunião semanal da unidade, com auxílio de um profissional de enfermagem.

Em relação à meta 2.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a periodicidade das consultas odontológicas.

Detalhamento da ação: cada cirurgião dentista deverá revisar seu Relatório de Puericultura Odontológica mensalmente, para observar a presença das crianças em todas as consultas agendadas e se houve ou não a conclusão do tratamento.

- Monitorar os faltosos às consultas odontológicas.

Detalhamento da ação: cada cirurgião dentista deverá revisar seu Relatório de Puericultura Odontológica mensalmente, detectando as crianças faltosas às consultas, providenciando a busca ativa.

- Monitorar as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar.

Detalhamento da ação: após detecção dos faltosos pelo cirurgião dentista, providenciar o contato telefônico do ASB ou do TSB com estes usuários e em caso de não haver êxito, entregar para o ACS fazer a busca ativa, anotando sempre a conduta tomada na Ficha de Puericultura Odontológica.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos nas consultas odontológicas.

Detalhamento da ação: mensalmente, cada cirurgião dentista deverá proceder com o levantamento dos faltosos e estabelecer um fluxo para encaminhamento ao ACS, após o contato sem êxito do ASB ou TSB.

- Organizar a agenda da odontologia para acomodar os faltosos após a busca. Detalhamento da ação: ao fazer o contato telefônico, o ASB ou TSB procede com o reagendamento da consulta para a data mais breve possível.

Engajamento Público

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.
- Detalhamento da ação: toda equipe deve sempre estar atenta às considerações por parte da comunidade em relação à melhoria dos serviços, em reuniões de grupos ou na rotina da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal.

Detalhamento da ação: em reunião semanal da equipe, orientar que se devem aproveitar as consultas com adultos e os momentos das ações coletivas dos vários grupos da unidade para repassar informações sobre o atendimento odontológico, das ações desenvolvidas e sua importância, garantindo assim a saúde bucal das crianças.

- Capacitar os ACS para realização de buscas às crianças faltosas ao tratamento odontológico.

Detalhamento da ação: orientá-los que a primeira tentativa de reagendamento será realizada pela própria ESB, por telefone e que em caso de não se

conseguir o contato, eles deverão realizar a busca ativa, lembrando aos responsáveis pela criança, a importância da saúde bucal.

Em relação à meta 3.1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.
Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, durante a consulta médica ou de enfermagem, sendo que em caso de detecção de problemas de crescimento, estes profissionais deverão encaminhar a criança para a especialidade correspondente, via Central de Marcação de Especialidades Municipal.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro e fita métrica).
Detalhamento da ação: assegurando que o coordenador local providenciará a reposição junto à gestão municipal, em caso de danos aos existentes na unidade.
- Ter versão atualizada dos protocolos impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
Detalhamento da ação: o coordenador irá solicitar cópia impressa à gestão, na semana anterior ao início da intervenção.

Engajamento Público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pelas crianças quais as condutas esperadas em cada consulta do programa, para que possam exercer o controle social.
Detalhamento da ação: fazendo as orientações tanto nas consultas médicas, como de enfermagem e odontologia.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como acompanhar os gráficos da carteirinha, identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento da ação: utilizando o momento da consulta médica ou de enfermagem para que estes profissionais possam ensinar aos pais como acompanhar os gráficos, podendo detectar distúrbios precocemente.

Qualificação da Prática Clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem.

- Padronizar a equipe.

Detalhamento da ação: através de treinamento abordando técnicas adequadas para realização das medidas, conforme o Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança (COLOMBO, 2012) aproveitando uma reunião semanal da equipe, onde um dos enfermeiros deverá comandar a discussão.

- Fazer treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem, revisando todos os conceitos e padronizando o preenchimento das curvas de crescimento.

Em relação à meta 3.2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, durante a consulta médica ou de enfermagem, sendo que em caso de detecção deste problema, estes profissionais deverão encaminhar a criança

para a especialidade correspondente, via Central de Marcação de Especialidades Municipal.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: assegurando que o coordenador local providenciará a reposição junto à gestão municipal, em caso de danos aos existentes na unidade.

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

Detalhamento da ação: o coordenador irá solicitar cópia impressa à gestão, na semana anterior ao início da intervenção.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: fazendo as orientações tanto nas consultas médicas, como de enfermagem e odontologia.

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

Detalhamento da ação: utilizando o momento da consulta médica ou de enfermagem para que estes profissionais possam ensinar aos pais como interpretar as curvas, podendo com isso detectar distúrbios precocemente.

Qualificação da Prática Clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem.

- Padronizar a equipe.
Detalhamento da ação: através de treinamento abordando técnicas adequadas para realização das medidas, conforme o Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança (COLOMBO, 2012) aproveitando uma reunião semanal da equipe, onde um dos enfermeiros deverá comandar a discussão.
- Fazer treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem, revisando todos os conceitos.

Em relação à meta 3.3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a crianças com excesso de peso.
Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, durante a consulta médica ou de enfermagem, sendo que em caso de detecção de problemas, estes profissionais deverão encaminhar a criança para a especialidade correspondente, via Central de Marcação de Especialidades.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro e fita métrica).
Detalhamento da ação: assegurando que o coordenador local providenciará a reposição junto à gestão municipal, em caso de danos aos existentes na unidade.
- Ter versão atualizada dos protocolos impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento da ação: o coordenador irá solicitar cópia impressa à gestão, na semana anterior ao início da intervenção.

Engajamento Público

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pelas crianças quais as condutas esperadas em cada consulta do Programa de Saúde da Criança, para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: fazendo as orientações tanto nas consultas médicas, como de enfermagem e odontologia.

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

Detalhamento da ação: utilizando o momento da consulta médica ou de enfermagem para que estes profissionais possam ensinar aos pais como interpretar as curvas, podendo detectar distúrbios precocemente.

Qualificação da Prática Clínica

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem.

- Padronizar a equipe.

Detalhamento da ação: através de treinamento abordando técnicas adequadas para realização das medidas, conforme o Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança (COLOMBO, 2012) aproveitando uma reunião semanal da equipe, onde um dos enfermeiros deverá comandar a discussão.

- Fazer treinamento para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento da ação: por um enfermeiro, na reunião com a equipe de enfermagem, revisando todos os conceitos e padronizando o preenchimento das curvas de crescimento.

Em relação à meta 3.4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, durante a consulta médica ou de enfermagem, sendo que em caso de detecção de problemas, estes profissionais deverão encaminhar a criança para a especialidade correspondente, via Central de Marcação de Especialidades.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: através da guia de referência e contrarreferência a ser preenchida pelo médico da unidade e encaminhada à CME do município, pela recepção da unidade.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: fazendo as orientações aos pais, tanto nas consultas médicas como de enfermagem e odontologia.

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

Detalhamento da ação: utilizando o momento da consulta de puericultura médica ou de enfermagem para que estes profissionais possam ensinar aos pais as atitudes esperadas para aquela idade da criança.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: aproveitando uma reunião semanal da equipe, um dos médicos ou enfermeiros deverá comandar o treinamento, reforçando a existência de uma pasta na sala de puericultura contendo todas as fases da criança com as respectivas condutas esperadas para cada faixa etária.

- Capacitar a equipe para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento da ação: aproveitando uma reunião semanal da equipe, um dos médicos ou enfermeiros deverá comandar a capacitação para preenchimento adequado dos dados de desenvolvimento, tanto na carteirinha, como na Ficha de Acompanhamento da Criança.

Em relação à meta 3.5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento da ação: através de conferência mensal da Ficha Espelho de Vacina, onde a técnica de enfermagem responsável fará o levantamento.

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

Detalhamento da ação: através de conferência semanal da Ficha de Acompanhamento da Criança após as consultas de puericultura, onde cada enfermeiro deverá revisar as fichas de sua área e fazer o levantamento.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: através de contato do enfermeiro coordenador da unidade com a Vigilância Epidemiológica do município, mensalmente ou sempre que se fizer necessário.

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

Detalhamento da ação: através da manutenção do fluxo de vacinação diário, sem pré-agendamentos, pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros responsáveis pelas vacinas, conforme escala mensalmente realizada pelo coordenador.

- Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento da ação: a equipe de enfermagem deverá fazer o controle da cadeia de frio, três vezes ao dia, com registros em mapa específico.

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

Detalhamento da ação: a equipe de enfermagem ou a técnica responsável pelas vacinas deverá fazer o controle de estoque diariamente, com registros em mapa específico, comunicando ao coordenador da unidade quando houver necessidade de novos pedidos para a Vigilância Epidemiológica do município.

- Realizar controle de data de vencimento do estoque.

Detalhamento da ação: a equipe de enfermagem ou a técnica responsável pelas vacinas deverá fazer o controle da data de vencimento de todos os lotes de vacinas, com registros em mapa específico, priorizando as mais antigas para uso imediato antes que estejam fora do prazo de validade, evitando assim desperdícios.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: nas consultas de puericultura realizadas por médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, estes profissionais devem orientar sobre a importância de se manter atualizadas as vacinas, respeitando-se o aprazamento das carteirinhas.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na Ficha de Acompanhamento da Criança e Ficha Espelho de Vacina, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Detalhamento da ação: aproveitando uma reunião semanal da equipe, um dos enfermeiros deverá comandar a capacitação, retomando todos os conceitos referentes às vacinas, principalmente técnicas, registros e aprazamentos.

Em relação à meta 3.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.
Detalhamento da ação: através da Ficha de Acompanhamento da Criança, durante a consulta médica ou de enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir a dispensação do sulfato ferroso.
Detalhamento da ação: a equipe de enfermagem deverá manter estoque adequado do medicamento na unidade, evitando a falta.

Engajamento Público

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.
Detalhamento da ação: durante as consultas médicas e de enfermagem, pelos respectivos profissionais, ressaltando a importância deste medicamento para a saúde da criança.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso conforme o Ministério da Saúde.
Detalhamento da ação: durante reunião de equipe, retomar os protocolos para prescrição do sulfato ferroso.

Em relação à meta 3.7: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses, frequentadoras da Creche Gota de Orvalho.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada para cada criança.

Detalhamento da ação: através do Relatório de Saúde Bucal da Creche, pelo cirurgião dentista responsável pela área onde está situada a creche, após cada período de execução de tal ação.

Organização e Gestão do Serviço

- Planejar a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades na creche.

Detalhamento da ação: através da listagem de número de crianças, o cirurgião dentista deverá garantir antecipadamente o material para exame bucal coletivo e Kits de higiene oral para realização da escovação supervisionada junto ao gestor municipal, uma semana antes do início da intervenção.

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

Detalhamento da ação: com base na quantidade de crianças da creche, o cirurgião dentista deverá planejar as atividades de escovação supervisionada, verificando quantos turnos serão necessários para se atingir toda a creche, estabelecendo a quantidade diária de crianças.

- Pactuar com a creche os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal.

Detalhamento da ação: na visita à creche, o cirurgião dentista deverá acordar com a coordenação da mesma, o melhor dia e período para as ações, levando-se em consideração a quantidade de crianças e o tempo reservado para a ação e respeitando-se o cumprimento do cronograma da intervenção e

a agenda da odontologia. Também deverá ser enviada aos pais a autorização para a realização do exame e da escovação supervisionada.

- Elaborar lista de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança.

Detalhamento da ação: com base na lista de alunos cedida pela creche, o dentista deverá elaborar uma planilha para controle das crianças que realizaram as escovações supervisionadas.

Engajamento Público

- Informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades odontológicas na Creche Gota de Orvalho.

Detalhamento da ação: através de bilhetes enviados pela equipe da unidade aos pais, solicitando autorização para os trabalhos e destacando a importância do comparecimento das crianças naqueles dias.

- Sensibilizar cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental na creche.

Detalhamento da ação: através de reunião do cirurgião dentista com a equipe de funcionários que lá atua.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Detalhamento da ação: planejando antecipadamente cada passo da atividade e os devidos papéis de cada componente, para que não haja imprevistos.

Em relação à meta 3.8: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e que tiveram o tratamento odontológico concluído.

Detalhamento da ação: através de avaliação da Ficha de Puericultura Odontológica, mensalmente, sendo que cada cirurgião dentista fará o monitoramento de sua área.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: conforme disponibilidades descritas no Protocolo Municipal de Saúde Bucal (COLOMBO, 2012), o cirurgião dentista deverá reservar um período da semana para atendimento clínico destas crianças.

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

Detalhamento da ação: através de pedido de material mensal enviado à Central de Distribuição de materiais pela TSB, para que não haja interrupção no tratamento.

Engajamento Público

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

Detalhamento da ação: por toda equipe de saúde, sempre que se fizer o contato com a comunidade, seja na unidade ou em qualquer outro espaço coletivo.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a ESB para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária. através de revisão da literatura.

Detalhamento da ação: em reunião com a equipe da odontologia, através de revisão da literatura.

- Capacitar os profissionais para o manejo de crianças.
Detalhamento da ação: em reunião com a equipe da odontologia, através de revisão da literatura.
- Capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.
Detalhamento da ação: em reunião semanal da equipe, o cirurgião dentista deverá reforçar que as consultas odontológicas devem ser realizadas desde o nascimento da criança e que a odontologia faz a anotação na carteirinha da criança em todas suas consultas, facilitando o reconhecimento da adesão da criança à odontologia.

Em relação à meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar os registros de vacinas das crianças na unidade de saúde.
Detalhamento da ação: pela técnica de enfermagem responsável pelas vacinas, mensalmente e em seguida informando os enfermeiros das condições de suas respectivas áreas para que tomem as atitudes necessárias.

Organização e Gestão do Serviço

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
Detalhamento da ação: em reunião com toda a equipe de funcionários, na segunda sexta-feira da intervenção, salientar a importância do correto preenchimento dos documentos e também com a odontologia, na reunião específica das ESB.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento da ação: no momento das reuniões, sendo que cada enfermeiro deverá monitorar os registros de sua área e cada cirurgião dentista da mesma forma.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: a qualquer momento e sempre que possível, a equipe de enfermagem deverá aproveitar o contato com familiares para informar sobre a existência do Espelho de Vacinas, Ficha de Acompanhamento da Criança, Ficha Odontológica e Prontuário Clínico.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros vacinais das crianças na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: aproveitando uma reunião semanal da equipe, um dos enfermeiros deverá comandar a capacitação, retomando os critérios para proceder com os registros vacinais de maneira adequada.

Em relação à meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: através da avaliação da Ficha de Acompanhamento da Criança, onde cada enfermeiro será responsável por monitorar semanalmente sua área.

Organização e Gestão do Serviço

- Dar prioridade ao atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento da ação: pela equipe da recepção, sempre que houver a procura dos responsáveis na unidade, procurando repassar a situação imediatamente ao enfermeiro responsável.

- Identificar na Ficha de Acompanhamento da Criança as crianças de alto risco.
Detalhamento da ação: através de anotação no campo específico, no momento da consulta com o enfermeiro ou médico.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: os ACS em suas visitas domiciliares e os demais profissionais durante as ações coletivas dos vários grupos da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: em reunião semanal da equipe, a ser ministrada por um enfermeiro.

Em relação à meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes na Ficha de Acompanhamento da Criança.

Detalhamento da ação: através da avaliação desta ficha, onde cada enfermeiro será responsável por sua área, mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: nas reuniões da equipe, enfatizando que as informações sobre prevenção de acidentes devem ser abordadas pelos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas em todas as consultas ou sempre que houver o contato com a criança e seu responsável.

Engajamento Público

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.
Detalhamento da ação: todos os profissionais, tanto em consultas de puericultura, seja ela médica, odontológica ou de enfermagem, como também em reuniões de grupo, pois é notório o fato de que muitos avós cuidam dos netos durante o dia.

Qualificação da Prática Clínica

- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.
Detalhamento da ação: em reunião semanal da equipe, a ser ministrada por um enfermeiro e um cirurgião dentista, abordando tanto acidentes domésticos como traumas bucais.

Em relação à meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o aleitamento materno.
Detalhamento da ação: em conjunto com a equipe de enfermagem.
- Monitorar o percentual de crianças que foram observadas mamando na primeira consulta.
Detalhamento da ação: através da avaliação mensal da Ficha de Acompanhamento da Criança, onde cada enfermeiro será responsável por sua área.

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

Detalhamento da ação: através da avaliação mensal da Ficha de Acompanhamento da Criança, onde cada enfermeiro será responsável por sua área.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: nas reuniões da equipe, enfatizando que tais informações devem ser abordadas pelos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas em todas as consultas ou sempre que houver o contato com a criança e seu responsável.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: em todas as consultas de puericultura de enfermagem, médica e odontológica e em visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: por um profissional médico ou enfermeiro, em reunião semanal da equipe.

Em relação à meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o registro das orientações na Ficha de Acompanhamento da Criança.

Detalhamento da ação: através da avaliação mensal desta ficha, sendo que cada enfermeiro deverá monitorar as crianças de sua área.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: nas reuniões da equipe, enfatizando que tais informações devem ser abordadas pelos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas em todas as consultas ou sempre que houver o contato com a criança e seu responsável.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: em todas as consultas de puericultura de enfermagem, médica e odontológica e em visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: por um profissional médico ou enfermeiro, em reunião semanal da equipe.

Em relação à meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis, frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento da ação: pelo cirurgião dentista, a fim de que aconteçam com frequência na creche e com registro no Relatório de Saúde Bucal da Creche, para se avaliar o índice da participação do público alvo.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: respeitando-se o Protocolo Municipal de Saúde Bucal, a ESB deverá planejar as atividades, reservando os períodos na agenda da odontologia.

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

Detalhamento da ação: a ESB deverá selecionar um vídeo educativo com linguagem e tema adequados, com foco na faixa etária a ser trabalhada, se possível, com ajuda de um nutricionista.

- Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento da ação: o cirurgião dentista deverá reservar folders, providenciar vídeos educativos e em visita à creche antes do início da intervenção, verificar a disponibilidade do equipamento audiovisual, na data programada para a intervenção.

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

Detalhamento da ação: através de registro em uma folha de frequência, onde o cirurgião dentista e a Técnica de Saúde Bucal deverão proceder com o correto registro das crianças e responsáveis participantes em cada turno, garantindo que todos tenham acesso às ações.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: através de qualquer oportunidade de contato com a comunidade, por qualquer profissional da unidade de saúde, mostrando a importância do controle social.

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

Detalhamento da ação: nas ações coletivas realizadas pela equipe da unidade, propiciando a criação de espaços saudáveis para discussão.

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

Detalhamento da ação: dando ênfase à necessidade da preservação dos mesmos até a esfoliação, em todas as consultas de puericultura e demais momentos de educação em saúde da unidade, por todos os profissionais da unidade, inclusive os ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: em uma das reuniões semanais da equipe, o cirurgião dentista deverá abordar ações de promoção em saúde para conhecimento de toda a equipe.

- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento da ação: orientar os funcionários da creche sobre a prevenção da cárie e demais doenças bucais, inclusive sobre cuidados com talheres e chupetas, em palestra específica a ser comandada pela ESB.

Em relação à meta 6.5: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação: de forma que sejam dadas todas as informações durante a consulta odontológica, rotineiramente, pelos quatro cirurgiões dentistas, conforme padronização pactuada em reunião.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: com adequação da agenda, por todos os cirurgiões dentistas, ASB e TSB.

Engajamento Público

- Orientar familiares e crianças a partir de 4 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção.

Detalhamento da ação: a ESB deverá adequar os hábitos alimentares da criança, orientar quanto à técnica de higiene oral mais indicada para a idade e ressaltar a importância das consultas odontológicas para detecção precoce da cárie dentária.

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

Detalhamento da ação: dando ênfase à necessidade da preservação dos mesmos até a esfoliação, em todas as consultas de puericultura e demais momentos de educação em saúde da unidade, por todos os profissionais da unidade, inclusive os ACS.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Detalhamento da ação: em palestra a ser realizada por um dentista, em reunião semanal da equipe da unidade de saúde.

Em relação à meta 6.6: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação: de forma que sejam dadas todas as informações preventivas durante a consulta odontológica, rotineiramente, pelos quatro cirurgiões dentistas, conforme padronização pactuada entre a equipe ESB, durante as reuniões.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: com adequação da agenda, por todos os cirurgiões dentistas, ASB e TSB.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: em consultas de puericultura, com qualquer profissional.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

Detalhamento da ação: por um cirurgião dentista, em reunião semanal com a equipe da unidade.

Em relação à meta 6.7: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar as atividades educativas coletivas.
Detalhamento da ação: pelo cirurgião dentista, a fim de que aconteçam com frequência na creche e com registro no Relatório de Saúde Bucal da Creche, para se avaliar o índice da participação do público alvo.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na creche.
- Detalhamento da ação: respeitando-se o Protocolo Municipal de Saúde Bucal, a ESB deverá planejar as atividades, reservando os períodos na agenda da odontologia.
- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.
Detalhamento da ação: a ESB deverá selecionar um vídeo educativo com linguagem e tema adequados, com foco na faixa etária a ser trabalhada, se possível, com ajuda de um nutricionista.
- Organizar todo material necessário para essas atividades.
Detalhamento da ação: o cirurgião dentista deverá reservar folders, providenciar vídeos educativos e em visita à creche antes do início da intervenção, verificar a disponibilidade do equipamento audiovisual, na data programada para a intervenção.
- Organizar lista de presença para monitoramento dos escolares que participaram destas atividades.
Detalhamento da ação: através de registro em uma folha de frequência, onde o cirurgião dentista e a Técnica de Saúde Bucal deverão proceder com o correto registro das crianças e responsáveis participantes em cada turno, garantindo que todos tenham acesso às ações.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: através de qualquer oportunidade de contato com a comunidade, por qualquer profissional da unidade de saúde, mostrando a importância do controle social.

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

Detalhamento da ação: nas ações coletivas realizadas pela equipe da unidade, propiciando a criação de espaços saudáveis para discussão.

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

Detalhamento da ação: dando ênfase à necessidade da preservação dos mesmos até a esfoliação, em todas as consultas de puericultura e demais momentos de educação em saúde da unidade, por todos os profissionais da unidade, inclusive os ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: em palestra a ser realizada por um dentista, em reunião semanal da equipe da unidade de saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Referente à meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da criança entre 0 e 72 meses da unidade de saúde para 20%.

Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde:

- Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.
- Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 1.2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

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.

Referente à meta 1.3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, da Creche Gota de Orvalho.

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

- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.
- Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 1.4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

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.

Referente à meta 1.5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, classificadas como alto risco para doenças bucais.

Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica:

- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco, moradoras da área de abrangência e que realizaram primeira consulta odontológica.
- Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco, moradoras da área de abrangência.

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

Referente à meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança:

- Numerador: Número de crianças buscadas.
- Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Referente à meta 2.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas:

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

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

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Referente à meta 3.1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Proporção de crianças com monitoramento de crescimento:

- Numerador: Número de crianças inscritas no programa 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.

Referente à meta 3.2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Proporção de crianças com déficit de peso monitorado:

- Numerador: Número de crianças com déficit de peso, monitoradas pela equipe de saúde.
- Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

Referente à meta 3.3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas:

- Numerador: Número de crianças com excesso de peso, monitoradas pela equipe de saúde.
- Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

Referente à meta 3.4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento:

- Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Referente à meta 3.5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade:

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

Referente à meta 3.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Proporção de crianças com suplementação de ferro:

- Numerador: Número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.
- Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 3.7: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 e 72 meses, frequentadoras da Creche Gota de Orvalho.

Proporção de crianças de 36 a 72 meses da creche, com escovação supervisionada com creme dental:

- Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadoras da creche foco da intervenção, com escovação supervisionada com creme dental.
- Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadoras da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 3.8: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 e 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica que tiveram tratamento odontológico concluído:

- Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde, com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.
- Denominador: Número total de entre 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde, com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo: Melhorar os registros das informações.

Referente à meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Proporção de crianças com registro atualizado:

- Numerador: Número de Fichas de Acompanhamento da Criança com registro adequado.
- Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Referente à meta 5.1: Realizar a avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

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: Promover a saúde.

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

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.

Referente à meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta:

- Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.
- Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

- Numerador: número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional.
- Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche Gota de Orvalho.

Proporção de crianças da creche cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie:

- Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.
- Denominador: Número de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 6.5: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses, cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Proporção de crianças cadastradas na unidade cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie:

- Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.
- Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Referente à meta 6.6: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade, cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias:

- Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.
- Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Referente à meta 6.7: Fornecer Orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis, frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

Proporção de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais:

- Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.
- Denominador: Número de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para executar a intervenção no Programa de Saúde da Criança, será utilizado o Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012) e o Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança (COLOMBO, 2012), ambos baseados nas diretrizes do Manual de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). O protocolo municipal também contempla condutas e rotinas que padronizam o programa no município, adequando-o à realidade local. A unidade já possui estes documentos em dois computadores e será providenciada pelo menos uma cópia impressa para a sala de puericultura, ficando de fácil acesso para a equipe de enfermagem.

Todas as unidades de saúde do município já utilizam uma forma de registro comum pela Ficha Espelho das Vacinas e a Ficha de Acompanhamento da Criança que contemplam todas as informações do programa. Este material está disponível em grande quantidade na unidade e, conforme o coordenador, nunca houve falta do mesmo.

Como a Odontologia não possui registros específicos para programas, serão criados dois relatórios: um para as atividades de puericultura na unidade (Relatório de Puericultura Odontológica) e outro para as ações na creche (Relatório de Saúde Bucal da Creche). Além destes registros, existe uma agenda para cada área ESF que é utilizada para controle da assiduidade das consultas e vacinas, com aprazamento das mesmas. Através deste caderno, cada enfermeira realiza o monitoramento das ações do programa em sua área, mensalmente.

Para as vacinas, há uma técnica de enfermagem responsável por toda unidade, que realiza o controle dos faltosos. As buscas ativas são programadas a partir destes levantamentos, sendo que as consultas são remar cadas para os dias específicos da puericultura, conforme a área a que a criança pertence. Será também criada para a odontologia, uma agenda semelhante a esta, para que cada ESB

possa acompanhar e detectar os faltantes do mês, de sua respectiva área. No período da intervenção, os dados serão colhidos semanalmente e consolidados na Planilha de Coleta de Dados.

Todas as capacitações profissionais serão realizadas no primeiro mês. Na primeira semana, no final de um turno a ser definido, um cirurgião dentista comandará a reunião com as ESB e ACS, onde será discutido o novo fluxo de agendamentos de puericultura. Os atendimentos deverão ocorrer num período da semana pré-determinado e conforme a área, devendo ser o mesmo reservado pela equipe de enfermagem para as consultas de puericultura (área 131 nas quintas-feiras pela manhã, área 132 nas segundas-feiras à tarde, área 133 nas quintas-feiras à tarde e área 134 nas terças-feiras à tarde). Também será tratado do preenchimento do Relatório de Puericultura Odontológica, inserção da Agenda de Puericultura com o apazamento das próximas consultas, padronização de orientações educativas aos responsáveis e informações a serem repassadas à comunidade sobre o programa. Com os ACS, TSB e ASB, será definida a busca ativa dos faltosos da odontologia e ações que garantam um aumento das crianças de 0 a 72 meses cadastradas na unidade.

Na primeira sexta-feira da intervenção, durante a reunião semanal da equipe, um enfermeiro comandará a primeira capacitação para todos os profissionais (médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, ACS, recepcionistas, ASB, TSB e cirurgiões dentistas), fazendo uma revisão dos principais pontos do Protocolo Municipal, cadastramento das crianças, acolhimento e fluxos do programa. Deverão ser enfatizadas as ações para sensibilização da comunidade em relação ao programa e ações de promoção da saúde em todas as consultas, bem como, nas reuniões dos grupos. Na segunda sexta-feira, a capacitação será para a equipe da enfermagem (enfermeiros e técnicos), contemplando a padronização de procedimentos da consulta de enfermagem, como acompanhamento do crescimento, pesagem, medidas e orientações gerais.

Como a Unidade de Saúde Fátima é nova e possui espaços bem definidos para cada uma das ações, não haverá problemas com a disponibilização de espaços para todas as atividades. A puericultura já dispõe de sala específica para realização das consultas e as reuniões serão realizadas conforme a quantidade de profissionais envolvidos: da ESB, em um dos consultórios odontológicos; da enfermagem, na sala de puericultura, com uso dos materiais lá disponíveis (balança, antropômetro, fita

métrica, fichas de registros); dos ACS, na sala de reuniões e de toda equipe da unidade, no corredor, como de costume.

2.3.4 Cronograma

3 Relatório da Intervenção

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

As ações previstas no projeto de intervenção desenvolveram-se muito bem no decorrer das 16 semanas, com cumprimento integral das ações programadas no cronograma. Foram semanas de muito trabalho e dedicação, uma vez que não se consegue atingir todos os membros da equipe ao mesmo tempo e da mesma maneira. Vários foram os momentos de se retomar algumas questões e de trazer novamente à tona o que havia sido pactuado.

As reuniões e capacitações com a equipe ocorreram nas semanas previstas, abrangendo todos os tópicos planejados no projeto.

Os fluxos foram fixados, bem como as padronizações dos atendimentos médicos, de enfermagem e da odontologia. As formas de se realizar o acolhimento foram definidas e compartilhadas com todos. As capacitações se mostraram bem relevantes e a aceitação ocorreu pela maioria dos integrantes da unidade. Discutiram-se também maneiras de se melhorar a captação e o cadastramento das crianças da área de abrangência. Tudo foi realizado de forma a se respeitar fielmente o Protocolo Municipal de Saúde da Criança e o Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança.

Quanto à Equipe de Saúde Bucal, foi colocado em prática o novo Relatório de Puericultura Odontológica que foi muito bem recebido pela equipe. As formas de registro, monitoramento e o fluxo das buscas ativas foram acatados por todos. Neste novo contexto, as buscas passaram a ser realizadas primeiramente pelas auxiliares e técnicas de saúde bucal por telefone e depois, em caso de não se conseguir o contato, os ACS iam até o domicílio.

As agendas foram planejadas e o atendimento de puericultura agora acontece no mesmo período da puericultura da enfermagem. Também há a possibilidade de acomodação dos faltosos provenientes das buscas ativas. Ficaram padronizadas todas as orientações a serem repassadas às mães ou responsáveis no momento da consulta de puericultura, como hábitos de sucção, etiologia e prevenção da cárie, dieta, importância da preservação dos decíduos, etc.

O impasse que ainda não foi superado diz respeito às mães e crianças que saem da consulta médica ou de enfermagem e não passam para agendar a consulta odontológica, apesar de serem tomados todos os cuidados para que isso não aconteça. É um desafio convencer pais e responsáveis da necessidade de se incluir a criança na odontologia, antes mesmo que ela possua dentes. Aliás, as questões culturais estão sempre permeando as ações em saúde e os tabus devem ser confrontados diariamente.

Com os demais profissionais das equipes da ESF da unidade, foram revisadas as técnicas para se verificar todas as medidas das crianças, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento, avaliação de risco, vacinas e adesão à suplementação de ferro. Para a verificação do desenvolvimento, a equipe está utilizando uma pasta para consulta durante o atendimento, contendo todas as ações desejáveis para cada faixa etária da criança.

Foram também padronizadas todas as orientações a serem dadas às mães ou responsáveis pelas crianças, a respeito da prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais, acompanhamento dos gráficos da carteirinha, aleitamento materno e “pega” e importância do acompanhamento odontológico.

Rotineiramente, é retomada a importância da busca ativa e do seu registro para que se possa realmente monitorar o programa de saúde da criança. Além dos itens relativos às condutas clínicas, todos foram orientados quanto aos registros na Ficha de Acompanhamento da Criança, Ficha Espelho de Vacina, Carteirinha da Criança e Prontuário Clínico.

Preocupando-se com o engajamento da comunidade, estabeleceu-se que nas reuniões com os grupos do Hiperdia, fosse exposta a importância da adesão ao programa de saúde da criança e de saúde bucal, já que muitos dos participantes são pais ou avós de crianças da área de abrangência da unidade. Uma situação que interfere na adesão de alguns moradores é a falta de médicos enfrentada desde a inauguração da unidade e a questão da preferência pela unidade vizinha que não é

da Estratégia de Saúde da Família, tendo pediatras e generalistas em número razoável.

Outra dificuldade enfrentada durante todo o projeto de intervenção foi que alguns detalhes relativos aos registros e pactuações acabam sendo deixados de lado com o passar do tempo. O ser humano é realmente resistente a mudanças. Percebe-se a importância e a necessidade da educação continuada nos serviços, pois a tendência de que tudo volte a ser como sempre foi é muito grande. Tal situação ocorreu somente com alguns funcionários, mas foi o suficiente para provocar muita reflexão.

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

Durante a intervenção, tudo foi realizado conforme o cronograma e nada deixou de ser executado. O que ocorreu sim foi um atraso dos exames coletivos bucais a serem desenvolvidos na creche da área de abrangência, devido à greve das escolas municipais. Havia previsão para serem realizados nas semanas 2 e 3, mas eles acabaram acontecendo nas semanas 4 e 5. O mesmo ocorreu com as escovações com creme dental que foram realizadas nas semanas 6, 7 e 8.

Quanto às ações coletivas nesta creche foram confeccionados e enviados via agenda dos alunos os convites para as palestras com pais ou responsáveis, com uma semana de antecedência. Houve a preocupação de que as palestras fossem executadas em dois turnos, facilitando assim a vida dos pais, os quais poderiam fazer a opção de participação. Mesmo assim, compareceram somente três mães no período da manhã e oito no período da tarde.

Com esta situação, os indicadores relativos às orientações coletivas lamentavelmente não foram atingidos, apesar de todo empenho para que tudo acontecesse conforme planejado. Mais uma vez a questão da educação e da cultura interferindo nas ações de saúde.

Situação frustrante e semelhante aconteceu num sábado, onde a equipe de saúde bucal se reuniu para trabalhar especificamente saúde da criança. A adesão foi baixíssima e somente metade das crianças agendadas compareceram à ação.

Outro fator que foi programado e cuja meta não foi alcançada diz respeito à suplementação com sulfato ferroso, onde a adesão é baixíssima. Os médicos relataram que seguem o protocolo e o indicam como rotina. No entanto, alguns pais iniciam a administração para as crianças e param ou nem iniciam, pelas dificuldades apresentadas quanto ao sabor do produto. Tentou-se facilitar o acesso ao medicamento através da distribuição na própria unidade. No entanto, até o presente momento a medicação não foi recebida.

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

Na dinâmica do processo, surgiram dificuldades que não foram planejadas e não havia como ter sido diferente, pois só foram percebidas no decorrer das ações. O maior desafio foi acertar o fluxo pela unidade das Fichas de Acompanhamento da Criança das crianças atendidas, pois cada enfermeiro fazia o arquivamento a sua maneira. Por vezes, deixavam as fichas em pastas ou gavetas por alguns dias, para arquivarem quando houvesse tempo disponível no serviço.

Outra dificuldade foi com as fichas dos usuários que passavam pelos médicos, que também possuíam outra forma de arquivamento, pois como os relatórios são fechados somente no final do mês, não havia preocupação com o correto e imediato arquivamento das mesmas. Como a equipe de enfermagem conta com quatro enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, foi um desafio padronizar uma equipe com tantas pessoas e várias delas com muito tempo de serviço, fator este responsável por despertar certa resistência à mudança. Apesar de várias intervenções do coordenador nesta situação, por vezes ainda se percebe alguma falha no fluxo dos documentos.

A falta de um sistema informatizado torna o trabalho moroso e complicado. Além disso, os funcionários não conseguem ter uma noção do todo, da grandiosidade e do alcance de um programa como a puericultura, pois os dados condensados nunca estão objetivamente disponíveis.

Outro fator imprevisível durante a intervenção foi o tempo necessário para se executar todas as ações de coleta de dados, diariamente. Os dias foram muito

atribulados e todos os intervalos foram utilizados para este trabalho. A unidade é grande e como há quatro equipes ESF o trabalho é quadruplicado.

Mas, depois de todos os desafios vencidos em relação à coleta de dados, foi muito simples e prazeroso trabalhar com as planilhas do curso, pois os dados ficam muito claros e de fácil compreensão. A visibilidade que elas dão à rotina de trabalho é sensacional e os indicadores são uma clara demonstração de todas as ações arduamente realizadas. Também as ações de monitoramento e avaliação que são um entrave na rotina dos serviços, ficam muito mais simples de serem realizadas com o uso dos gráficos dos indicadores.

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.

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, espera-se que muitas coisas boas sejam mantidas pela equipe da unidade.

Na odontologia, o Relatório de Puericultura Odontológica ficou bem prático e auxilia a visualizar melhor o programa, fazendo com que os profissionais conheçam melhor as crianças e dando ferramentas para se trabalhar de forma mais pontual nos casos de risco.

No atendimento clínico, alguns pais elogiaram a nova forma de atendimento da odontologia, pois sendo no mesmo dia da enfermagem ficou muito prático. E, do ponto de vista clínico, houve uma relativa diminuição nas faltas que eram frequentes quando as crianças eram agendadas para outro dia, especificamente para a consulta odontológica. Este fluxo está bem incorporado na rotina da odontologia e a tendência é que assim permaneça.

Em relação à enfermagem e parte médica, a Planilha de Atendimentos Diários criada para controlar todas as crianças que passavam pela unidade está funcionando muito bem. No início, foi planejada uma ficha bem simples de registro da pré-consulta que pudesse esboçar a realidade diária de atendimentos, pois ninguém sabia quanto e quem atendiam, simplesmente iam atendendo. Como os registros eram feitos somente nas fichas das crianças, não havia um condensado de informações.

Agora, todas as crianças atendidas pelos médicos, enfermeiros e técnicos ficam registradas diariamente nesta planilha. Aos poucos, foram sendo incluídos mais alguns dados conforme a necessidade da equipe, pois perceberam que o programa melhorou muito desde que iniciou a “cobrança” de dados e organização dos fluxos. Perceberam também o quanto faziam e não registravam nas produções mensais.

Porém, a quantidade de dados que a equipe necessita ocasionou um problema ao se usar planilha em papel, pois estes dados tornaram a planilha muito extensa, dificultando a elaboração de um relatório. A equipe foi unânime em perceber a necessidade de um computador nesta sala de pré-consulta, tornando o registro mais completo e mais rápido.

Quanto à padronização das condutas nas consultas médicas e de enfermagem, a tendência é que continuem incorporadas às rotinas, pois como vieram de encontro ao que já preconizava o Protocolo Municipal não há como ser diferente.

De maneira geral, foram várias as contribuições do projeto de intervenção para a rotina da unidade de saúde. Há a necessidade de que um cronograma de reuniões de equipe seja efetivamente colocado em prática, possibilitando espaços para discussões e consolidação de ações a serem desenvolvidas. A educação continuada também se mostrou de extrema relevância para promoção de mudanças e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Assim, acredita-se que muitas ações desenvolvidas neste período se perpetuarão daqui para frente.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

No decorrer dos quatro meses do projeto de intervenção, as metas anteriormente pactuadas foram praticamente cumpridas na íntegra e serão a seguir descritas. Estes resultados foram avaliados tanto quantitativamente como qualitativamente.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da criança entre 0 e 72 meses da unidade de saúde para 20%.

Indicador: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

A estimativa para o número de crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência da Unidade de Saúde Fátima é de 819 crianças. No primeiro mês da intervenção, 80 destas crianças, ou seja, 9,8% participaram do programa de saúde da criança. Para o segundo e terceiro mês, estes números passaram a 144 (17,6%) e 190 (23,2%), respectivamente, sendo que ao final da intervenção, o número de crianças atendidas foi de 232, num total de 28,3%. Assim, a meta de 20% proposta para o início da intervenção foi ultrapassada.

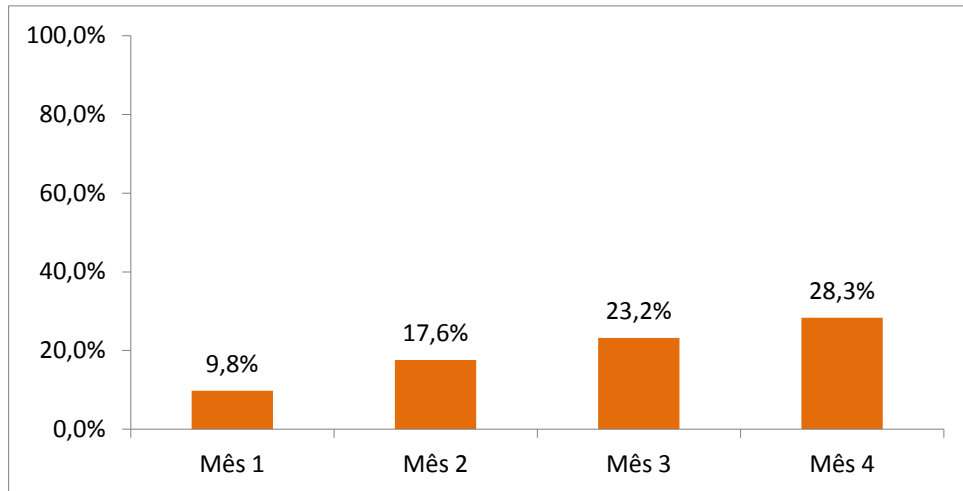


Figura 1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no Programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este acréscimo ocorreu devido ao empenho de toda equipe da unidade de saúde em melhorar a captação destas crianças. Os principais obstáculos que impedem que este número seja ainda maior estão no cadastramento ainda incompleto das famílias da área e na dificuldade para sensibilização da comunidade. Os momentos para se trabalhar o engajamento público ainda são poucos em nossa rotina, devido à demanda sempre crescente.

Outro aspecto que se evidenciou neste trabalho foi a questão da cobertura para crianças na faixa etária de 36 a 72 meses, onde somente 29 crianças participam do programa, sendo que cerca de 400 deveriam estar em acompanhamento. Percebe-se que neste período, a busca pelos serviços ocorre somente frente às questões emergenciais. Certamente, o nível educacional e cultural são os grandes responsáveis pela pouca preocupação com as questões preventivas da saúde. Este dado auxiliará a unidade de saúde no sentido de planejar ações para a captação destas crianças com mais de três anos de idade.

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

Meta 1.2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

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

Ao iniciar o trabalho, o número de crianças que realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida era de 57 crianças, ou seja, 71,3%. No mês 2 foram 105 (72,9%), 142 (74,7%) no mês 3 e no mês 4 foi atingido o número de 187 (80,6%) crianças. A meta inicial deste indicador era de 100% e, portanto, não foi completamente alcançado.

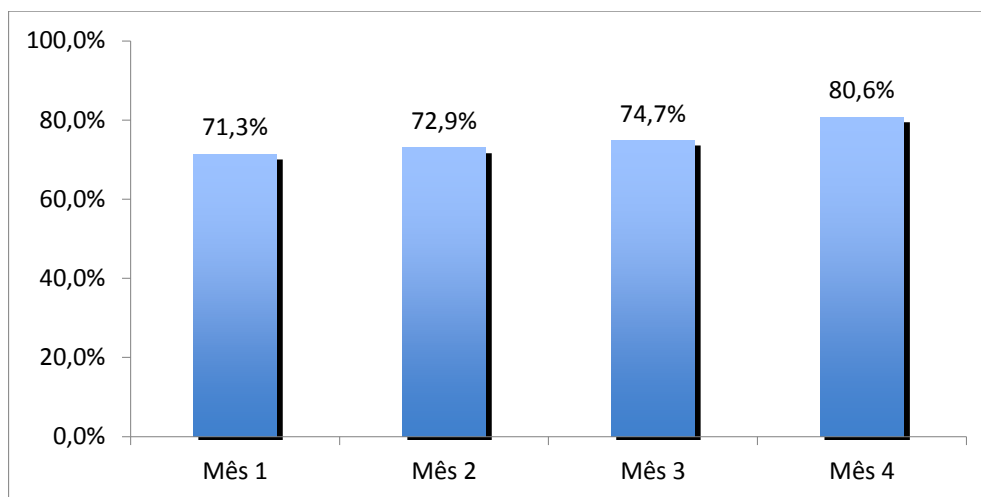


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da Unidade de Saúde Fátima, Colombo/PR (2014).

Várias situações foram responsáveis por este número. Das 45 crianças que não realizaram a primeira consulta, 27 delas realmente não compareceram nos primeiros sete dias de vida e para as outras 18, os responsáveis não souberam informar ou o registro na Ficha de Acompanhamento da Criança estava incompleto. Neste último caso, o registro inadequado ocorreu principalmente no início da intervenção, onde alguns membros da equipe apresentaram dificuldades em entender a proposta e não houve retorno destas crianças dentro dos quatro meses de intervenção para que fosse possível resgatar este dado. Conforme o cronograma de consultas existente no programa, crianças acima de dois anos devem comparecer anualmente à unidade.

Outra situação que permeou constantemente este trabalho foi o fato de que a unidade de saúde é nova e tem somente um ano e dois meses de funcionamento. Assim, várias crianças atendidas, principalmente com mais de 2 anos, vieram de outros locais e outros municípios e, obviamente, trouxeram poucos dados consigo.

Contudo, a meta alcançada mostra-se muito satisfatória quando se observa que todas as crianças nascidas desde a abertura da unidade e que a frequentam

desde então, realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida. Além da melhoria da qualidade do pré-natal, esta ação vem sendo bem sucedida devido ao fato de que a criança nascida na maternidade municipal já sai de lá com esta primeira consulta agendada na unidade de saúde de sua abrangência. Neste contexto, as perspectivas para o programa e para a saúde das crianças são muito boas.

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

Meta 1.3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade, da Creche Gota de Orvalho.

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

Para este indicador, a meta de 100% proposta no projeto de intervenção foi integralmente cumprida. Os exames bucais foram realizados nas crianças autorizadas pelos pais, no primeiro mês do trabalho. Dentre a totalidade destas crianças, 2 (100%) foram atendidas pela odontologia no mês 1. No mês 2 este número passou para 5 (100%), no mês 3 para 7 (100%) e no mês 4 para 12 (100%).

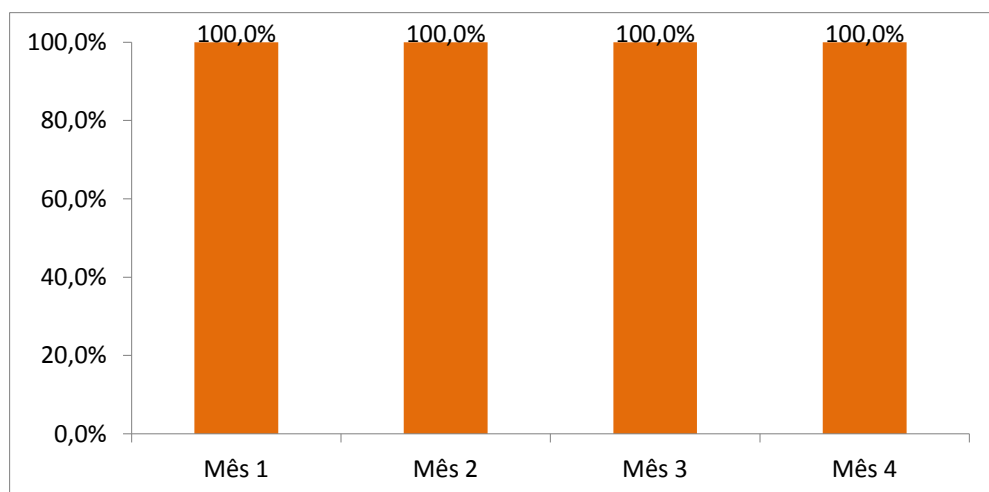


Figura 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da Creche Gota de Orvalho, participantes da ação coletiva de exame bucal. Colombo/PR (2014).

Este indicador foi facilmente atingido já que dependia unicamente da ação de um profissional, no caso, o cirurgião dentista. Porém, evidenciou-se que, apesar do envio aos pais das autorizações para realização dos exames antecipadamente, dentre as 120 crianças que frequentam a creche, 38 não trouxeram a autorização. Portanto, é preciso estar claro que a meta foi atingida na sua plenitude para aquelas crianças frequentadoras da creche, que participaram da ação coletiva e cujos pais autorizaram a ação.

Ressalta-se ainda que no gráfico acima só foram contabilizadas as crianças pertencentes à creche, que participaram da ação coletiva e que foram atendidas na unidade de saúde na puericultura, durante a intervenção, justificando o pequeno número de crianças incluídas no denominador deste indicador, pois a creche não atende somente a área de abrangência da unidade.

Com este levantamento é possível se estabelecer o risco e nortear assim as ações necessárias para a melhoria da atenção e conseqüentemente, das condições de vida da comunidade, conforme diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.

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

Meta 1.4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

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

Para a faixa etária de 6 a 72 meses, no mês 1, foram realizadas 40 primeiras consultas odontológicas, atingindo-se um percentual de 85,1%. Nos meses 2, 3 e 4, respectivamente, foram 88 (91,7%), 122 (94,6%) e 156 (96,3%) primeiras consultas. Portanto, este indicador alcançou um percentual muito próximo da meta pactuada inicialmente.

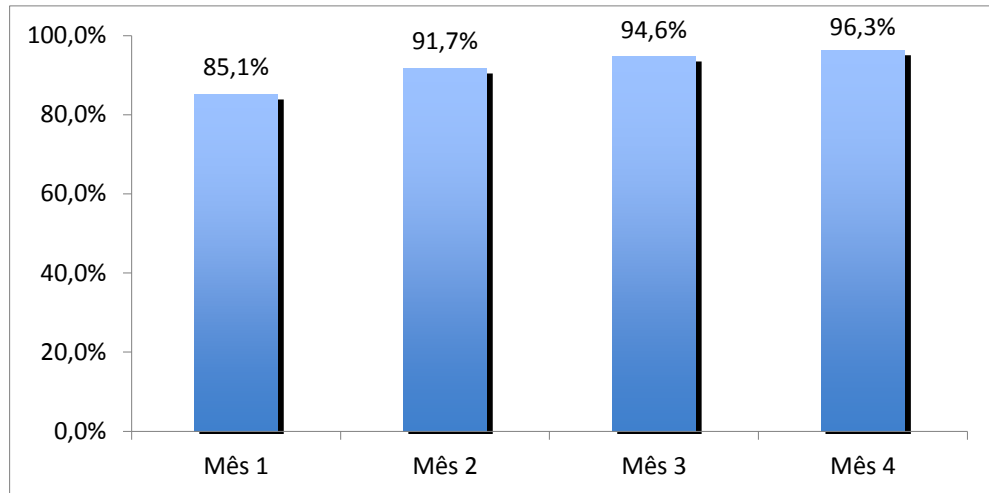


Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Tal fato ocorreu devido à dedicação de toda equipe da odontologia, que prontamente concordou e acatou todas as decisões pactuadas nas capacitações que iniciaram a intervenção.

Conforme preconiza o Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012), a primeira consulta odontológica deve ocorrer no primeiro mês de vida. Entretanto, a planilha elaborada pelo curso faz o cálculo com crianças a partir de 6 meses. Vale ressaltar então que das 232 de crianças atendidas pelo programa durante a intervenção, 220 realizaram a primeira consulta odontológica.

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

Meta 1.5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, classificadas como alto risco para doenças bucais.

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

A meta referente a este indicador foi cumprida integralmente, ou seja, 100%. Quanto ao número de crianças classificadas como alto risco e que realizaram a primeira consulta odontológica foram 4 no mês 1, no mês 2 foram 8, no mês 3 este número passou para 9 e no último mês foram 14 crianças.

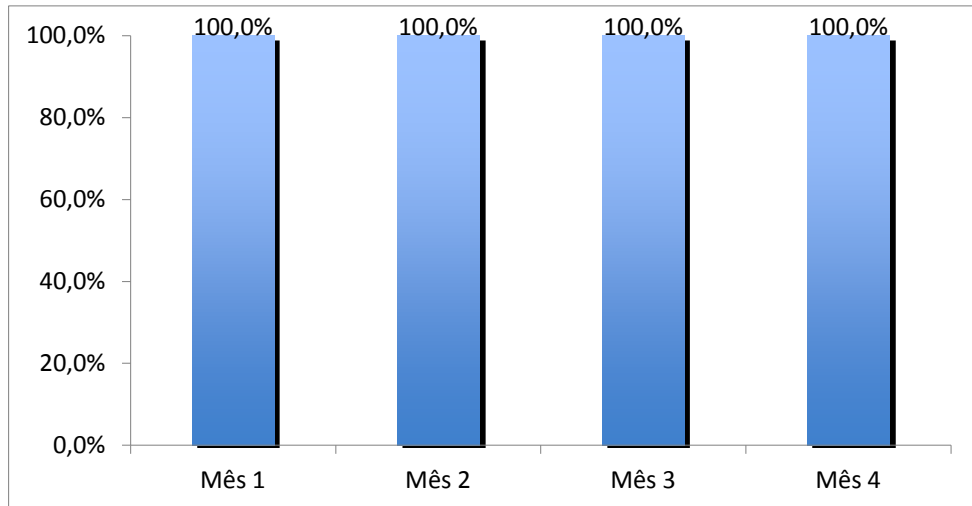


Figura 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco, com primeira consulta odontológica, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este foi um dado significativo uma vez que está ocorrendo a priorização do risco e a garantia de seu monitoramento pela equipe da odontologia, legitimando assim a estratégia de saúde da família.

Outro dado interessante é que das 156 crianças de 0 a 72 meses com primeira consulta odontológica, somente 14 apresentaram alto risco de saúde bucal, ou seja, 8,9%. Destas 14 crianças, 11 estão na faixa etária entre 36 e 70 meses, resultado este que poderá orientar as ações coletivas e de educação em saúde a fim de melhorar a captação precoce, diminuindo a incidência dos riscos.

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

Meta 2.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

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

Para este indicador, foram realizadas 3 (60%) buscas ativas no mês 1. Com o decorrer da intervenção, este número foi progressivamente se caracterizando, sendo que no mês 2 passou para 7 (77,8%), no mês 3 para 14 (63,6%) e no último mês para 29 (80,6%) buscas.

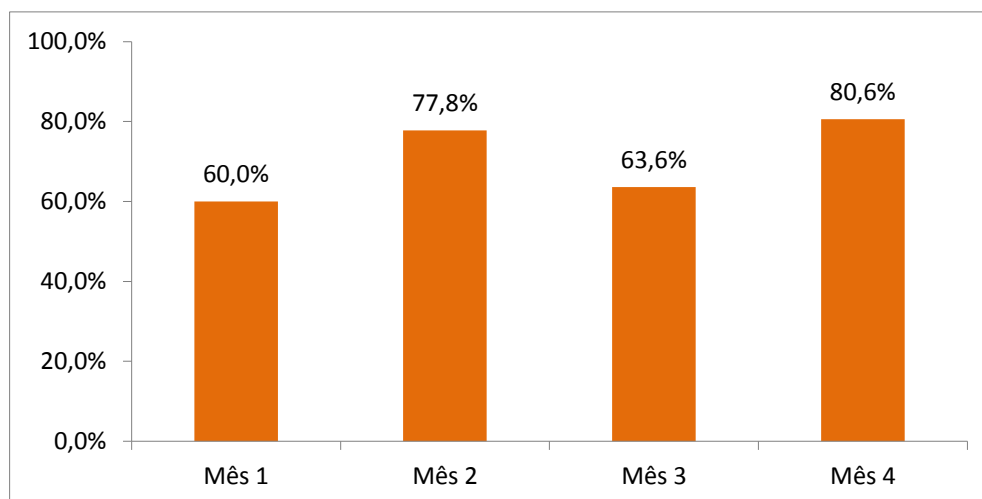


Figura 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao Programa de Saúde da Criança, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Desde o primeiro momento, houve a impressão de que este seria um indicador cuja meta seria dificilmente alcançada, principalmente em relação às ações dos agentes comunitários de saúde. Porém, no decorrer destes meses, observou-se que apenas alguns deles não têm a dedicação necessária e organização para cumprirem com todas as buscas. Outra dificuldade encontrada foi na forma como a enfermagem faz o levantamento das necessidades de busca para o programa. No entanto, estes casos são minoria, mas interferiram no percentual alcançado, indicando a necessidade de melhoria dos fluxos de busca ativa pela equipe.

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

Meta 2.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

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

As faltas às consultas odontológicas foi um grande desafio a ser enfrentado por toda a equipe de saúde bucal. No mês 1, foram realizadas 4 (80%) buscas ativas, no mês 2 houve um aumento para 9 (90%), no mês 3 foram 15 (57,7%) e no mês 4 foram 22 (71%) buscas ativas realizadas para as crianças faltosas.

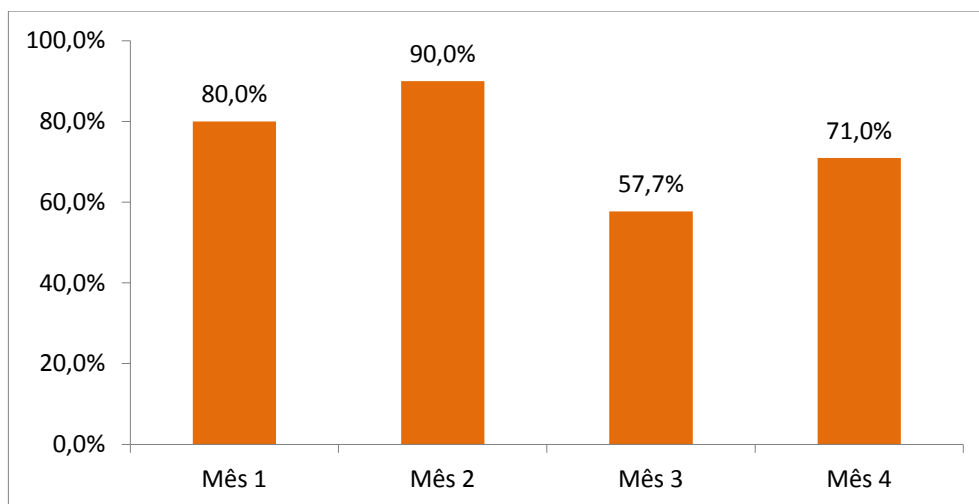


Figura 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Apesar de não ter sido alcançada a meta, a forma proposta pelo projeto para se realizar a busca ativa dos casos da odontologia mostrou-se efetiva. Inicialmente, a busca foi realizada via telefone, pelo auxiliar ou técnico em saúde bucal e somente os casos que não eram resolvidos dessa maneira eram repassados aos ACS.

Uma das questões levantadas pela ESB durante a intervenção diz respeito ao suposto paternalismo do sistema, onde para a mesma criança são realizadas várias buscas ativas. Tal situação não foi muito bem aceita por alguns profissionais que pensam ser de responsabilidade do usuário o reagendamento da consulta perdida, mostrando o interesse por sua saúde.

A importância deste indicador está no fato de que a continuidade do tratamento odontológico é essencial para o estado geral de saúde da criança.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.1: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

A meta relativa a este indicador foi alcançada integralmente. No mês 1 da intervenção foram monitoradas 78 (97,5%) crianças. O acréscimo aconteceu

gradativamente nos meses subsequentes, sendo que no mês 2 passou para 142 (98,6%), no mês 3 para 188 (98,9%) e no mês 4 para 232 (100%).

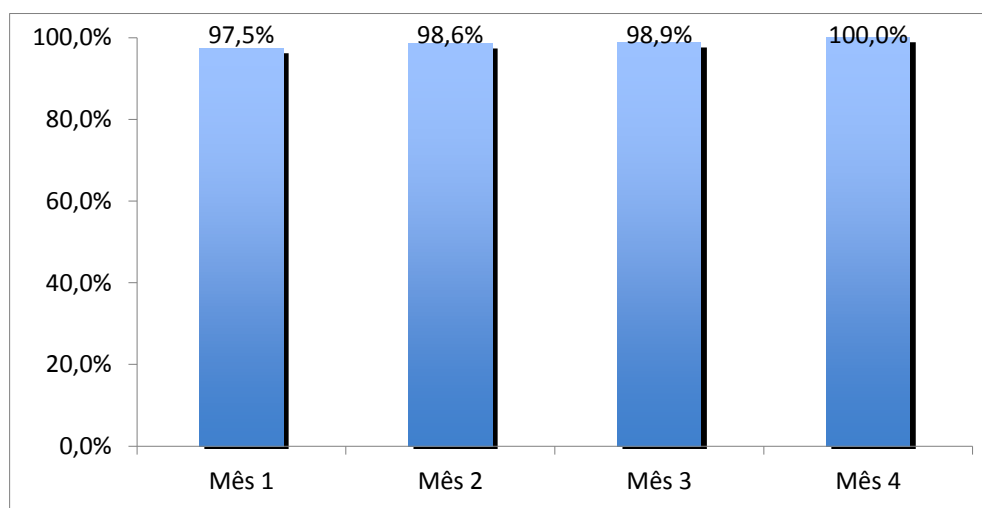


Figura 8: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Tais resultados foram conseguidos graças à dedicação dos técnicos e enfermeiros da unidade que, com o passar dos dias, foram aprimorando as formas de registro e qualificando a atenção, tanto nas consultas referentes ao programa como nas pré-consultas. Os relatórios de consultas de puericultura realizadas por médicos e enfermeiros planejados para a intervenção, auxiliou na obtenção dos resultados para este indicador.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.2: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

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

Este indicador teve sua meta cumprida desde o início da intervenção, alcançando-se 100% em todos os meses. No mês 1 foram monitoradas 4 crianças, 5 no mês 2, 6 no mês 3 e 7 no mês 4.

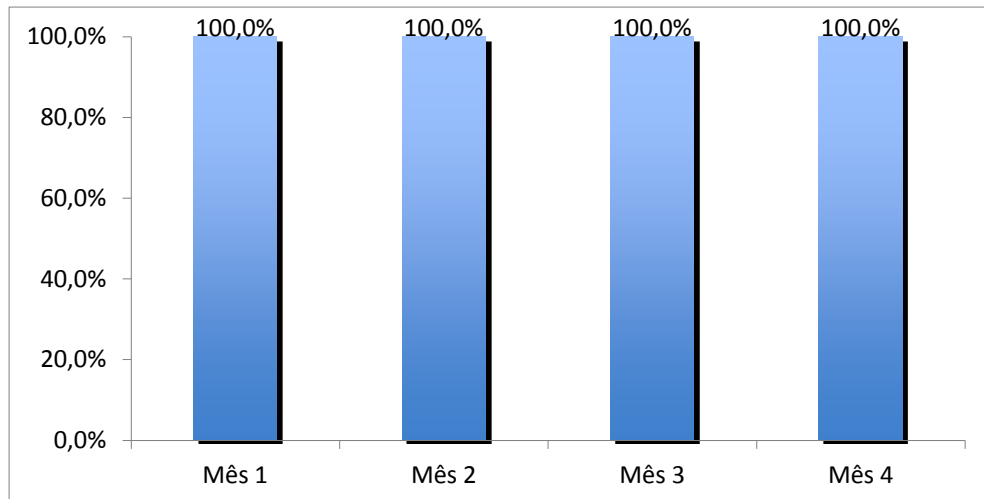


Figura 9: Proporção de crianças com déficit de peso, monitoradas pela Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Isto aconteceu devido ao fato de que toda a equipe da unidade já estava preparada para as situações de déficit de peso e já monitorava as situações de risco e vulnerabilidade. Esta ação já estava incorporada à rotina e continuará consolidada.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.3: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

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

A exemplo do déficit de peso, também o excesso de peso é muito bem monitorado pela unidade de saúde. Durante os quatro meses, a meta de 100% foi alcançada. Foram respectivamente monitoradas 1, 2, 2 e também 2 no último mês de intervenção.

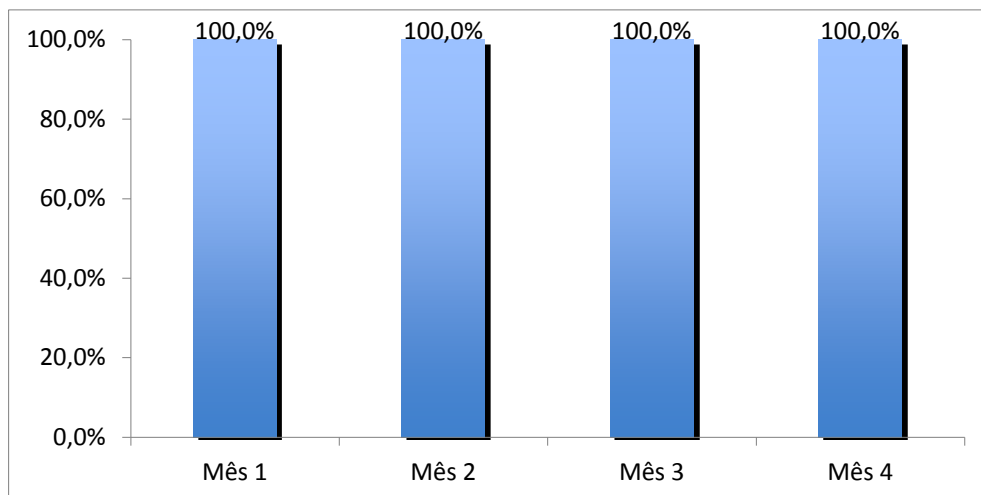


Figura 10: Proporção de crianças com excesso de peso, monitoradas pela Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014)

Tal ação também se apresentou de maneira consolidada e a tendência é que assim continue. A preocupação com estes usuários é notável por parte da equipe de enfermagem, que reconhece e lembra-se deles não só pelo nome, mas também por fatos associados a esta condição de excesso de peso.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.4: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

A meta para monitoramento das crianças foi cumprida totalmente ao final da intervenção. Ao iniciar o trabalho, o número de crianças com monitoramento do desenvolvimento era de 77 crianças, ou seja, 96,7%. No mês 2 foram 141 (97,9%), 187 (98,4%) no mês 3 e no mês 4 foi atingido o número de 232 (100%) crianças.

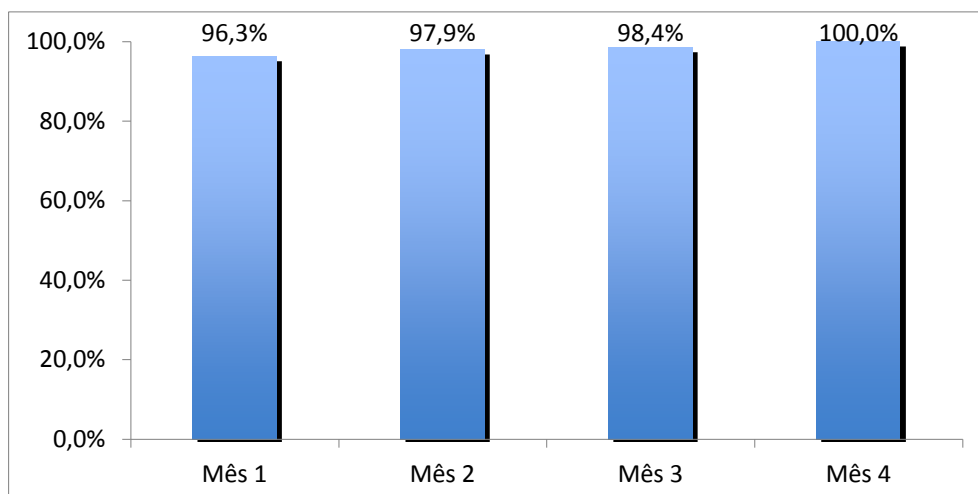


Figura 11: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este acréscimo gradual que levou a se atingir a meta proposta ocorreu devido novamente ao empenho e dedicação da equipe de enfermagem, durante as consultas ou pré-consultas. Na realidade, já havia na unidade uma pasta com todas as fases do desenvolvimento esperado, por faixa etária, mas que não era utilizada por todos. Após as capacitações que ocorreram no início da intervenção, todos começaram a utilizar tal pasta, que foi colocada em local mais acessível. Desta maneira, seu uso tornou-se rotina e este importante indicador é avaliado por todos os profissionais, em todas as consultas.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.5: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

Em relação à meta de vacinar 100% das crianças, pode-se dizer que foi um grande desafio, já que historicamente, conforme relato da equipe, sempre há uma ou outra mãe ou responsável que não cumpre o calendário vacinal. Ao término do mês 1 da intervenção, o número de crianças com vacinação em dia era de 78 (97,5%). No mês 2, este número aumentou para 142 (98,6%), no mês 3 para 188 (98,9%) e no último mês para 232 (100%). Portanto, a meta foi alcançada.

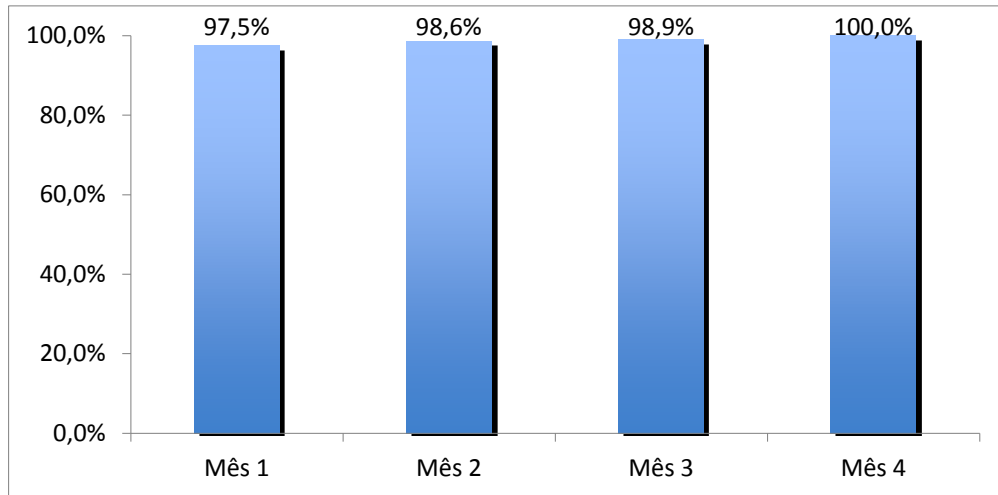


Figura 12: Proporção de crianças com vacinação em dia da Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Para se conseguir os resultados descritos acima, a equipe toda, principalmente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem muito se empenharam em suas funções diárias.

Saber que todas estas 232 crianças que passaram pela unidade nestes 4 meses estão devidamente imunizadas é uma grande vitória, tanto para os funcionários que realizaram exemplarmente seus trabalhos, como para as crianças, que ficarão afastadas de várias doenças.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.6: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Ao início da intervenção já foi possível perceber que este seria um indicador que dificilmente seria alcançado, o que de fato se concretizou. No mês 1, o número de crianças que faziam o uso do sulfato ferroso era 13 (41,9%), sendo que no mês 2, este número subiu para 28 (47,5%), no mês 3, passou para 44 (55%) e no mês 4, para 57 (58,8%).

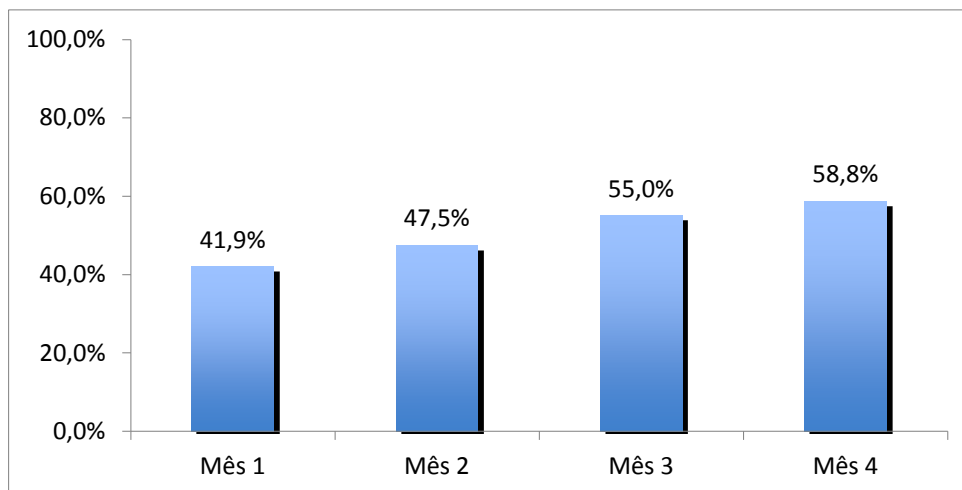


Figura 13: Proporção de crianças com suplementação de ferro, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Houve vários momentos de trocas de ideias com os médicos e enfermeiros para se tentar melhorar este indicador. No entanto, várias situações contribuíram para que não se alcançasse a meta. Num primeiro momento, a questão da distribuição do medicamento foi considerada um obstáculo, pois os pais precisavam ir até a farmácia municipal central para retirar o produto, mesmo sendo ela próxima à unidade de saúde. Foi conversado com o setor de distribuição de medicamentos, solicitando para que o ferro fosse enviado para a unidade e lá ser distribuído, porém isso não aconteceu.

Com o passar das semanas, através da avaliação dos prontuários daquelas crianças que retornaram para outras consultas durante os quatro meses da intervenção, percebeu-se que elas iniciavam a administração do suplemento, mas logo isso era interrompido. Em conversa com algumas mães, elas relataram as dificuldades de aceitação do produto devido ao seu sabor desagradável. E, novamente, deparou-se com a questão da prevenção que parece não receber a devida importância, principalmente em comunidades de nível socioeconômico e cultural mais baixo.

Porém, trabalhar com este indicador foi de extrema importância, pois esta sempre foi uma questão que não preocupava a equipe, já que este dado nunca havia sido levantado. Com a inserção de um farmacêutico agora na unidade de saúde, acredita-se que será viabilizada a distribuição na própria unidade, além do engajamento da equipe que muito melhorou e certamente levará ao engajamento da comunidade.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.8: Realizar teste do pezinho em crianças até 7 dias de vida.

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

Esta foi uma meta que não foi pactuada no projeto de intervenção, uma vez que o teste do pezinho não é realizado na unidade de saúde e sim, na maternidade local, como ocorre com a triagem auditiva e, portanto, não havia governabilidade da unidade sobre ele. No entanto, no decorrer da intervenção, foi percebido que este era um dado presente na maioria dos documentos das crianças possibilitando o seu registro.

No mês 1, foram 60 (75%) crianças que realizaram o teste até 7 dias de vida. No mês seguinte, este número se elevou para 123 (85,4%) crianças, no mês 3, para 169 (88,9%) e no mês 4, para 215 (92,7%).

Conforme relato da equipe de enfermagem, hoje em dia 100% das crianças realizam o teste do pezinho até 7 dias de vida. Este dado ficou em 92,7% devido às crianças que foram inseridas no programa da unidade tardiamente ou cujos registros encontravam-se desatualizados.

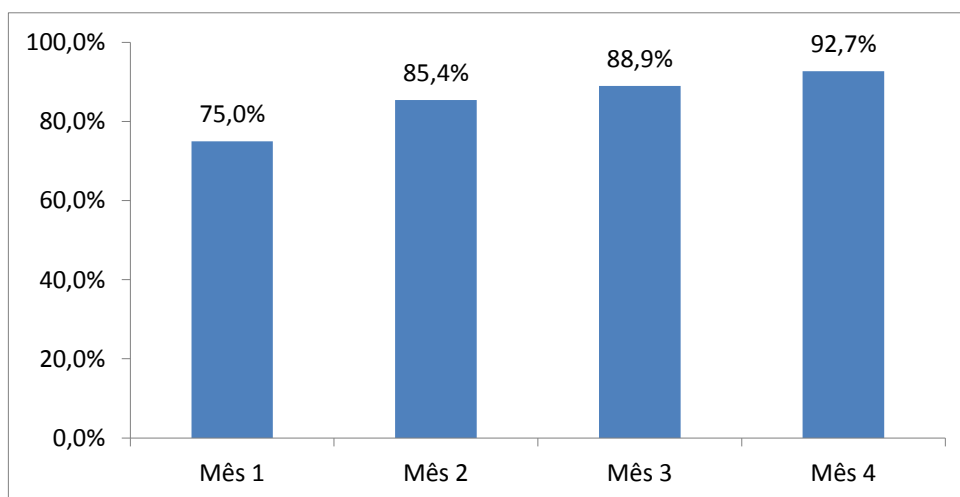


Figura 14: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.9: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 e 72 meses, frequentadoras da Creche Gota de Orvalho.

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

A meta proposta de 100% para este indicador foi atingida integralmente. A exemplo do indicador referente aos exames bucais com finalidade epidemiológica, este procedimento coletivo foi realizado em todas as crianças da Creche Gota de Orvalho devidamente autorizadas pelos pais, já no primeiro mês do trabalho. Destas crianças, 2 (100%) foram atendidas pela odontologia, no mês 1. No mês 2, este número passou para 5 (100%), no mês 3, para 7 (100%) e no mês 4, para 12 (100%).

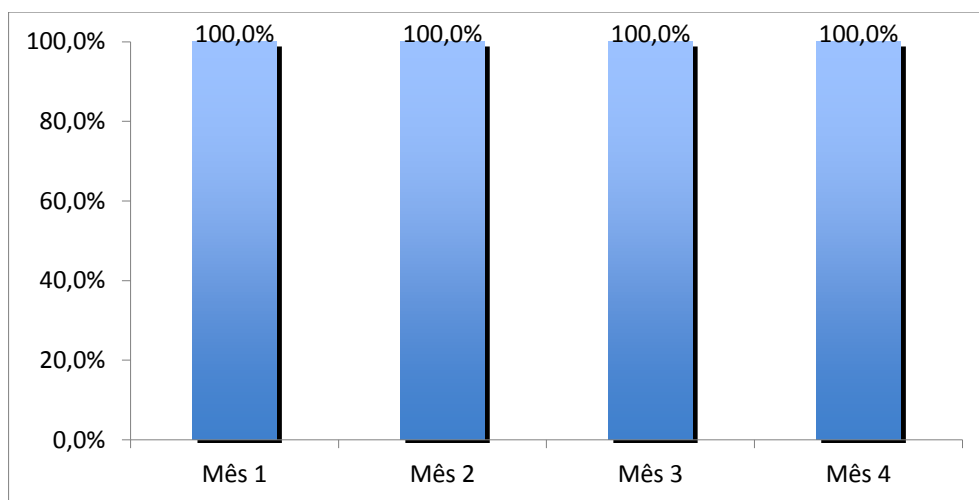


Figura 15: Proporção de crianças de 36 a 72 meses da Creche Gota de Orvalho com escovação supervisionada com creme dental. Colombo/PR (2014).

Como este indicador está atrelado à consulta odontológica na unidade, pois somente estas crianças entram na planilha, o número de crianças atendidas na odontologia não é grande. A captação destas crianças foi difícil devido ao fato de que na creche somente parte das crianças são da área de abrangência da unidade de saúde. Outra situação foi a desinformação dos pais ou responsáveis quanto à

importância da dentição decídua. Ao se tentar agendar as crianças, era comum ouvir que “este dentinho vai cair” ou “ela não está com dor”.

Apesar disso tudo, foi muito gratificante trabalhar com este indicador, pois sua abrangência foi relevante já que as orientações sobre higiene bucal e escovação supervisionada foram dadas para todas as crianças da creche.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.10: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 e 72 meses de idade, com primeira consulta odontológica programática.

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

Esta meta não alcançou os 100% propostos no projeto, porém, chegou muito próximo a isto. No mês 1, 40 (100%) crianças tiveram o seu tratamento odontológico concluído. No mês 2, este número passou para 85, mas, no entanto, a proporção caiu para 96,6%. No mês 3, este número foi 120 (98,4%) e no mês 4, foram 155 (99,4%) crianças.

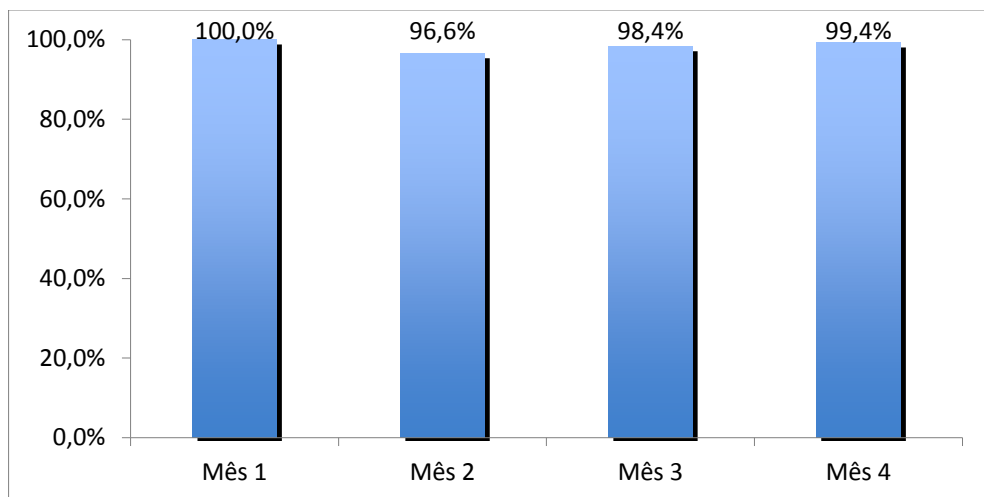


Figura 16: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica e que tiveram o tratamento odontológico concluído, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Ressalta-se que as crianças que não concluíram o tratamento ao término da intervenção, continuam em tratamento na unidade de saúde, após pequena interrupção.

O que facilitou o alcance destes números foi o fato de que, após ingressar no serviço odontológico estes usuários são acolhidos e orientados quanto à importância da preservação dos dentes decíduos até o momento da esfoliação. Os pais também se sentem bem em saber que a criança sempre terá prioridade de atendimento, sem precisar enfrentar filas. Além disso, com o acompanhamento preconizado pelo programa, certamente estas crianças serão adultos mais saudáveis, contribuindo para a formação de uma geração livre da necessidade de próteses dentais, por exemplo.

Objetivo: Melhorar os registros das informações.

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

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

A atualização dos registros foi um grande desafio enfrentado durante a intervenção e creio que sempre o será. No primeiro mês da intervenção, foram 68 (85%) crianças com registro atualizado. Nos meses subsequentes foram, respectivamente, 127 (88,2%), 172 (90,5%) e 217 (93,5%).

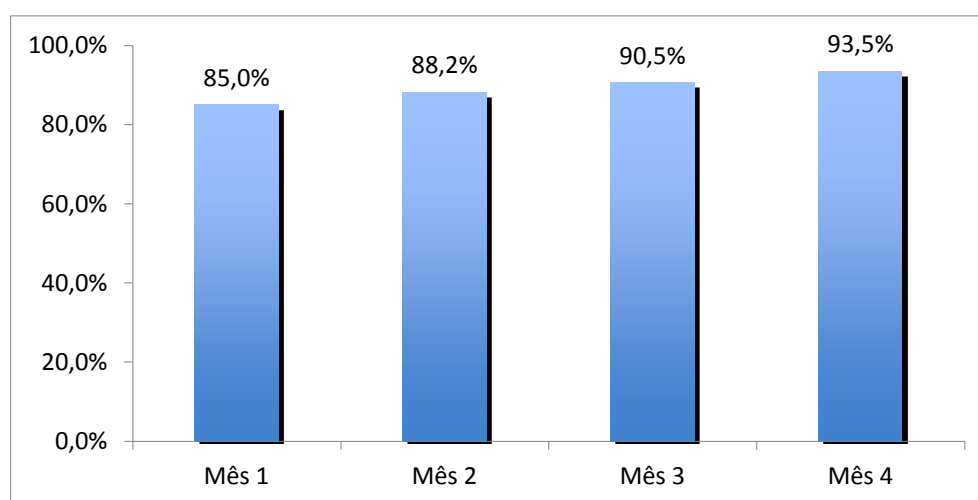


Figura 17: Proporção de crianças com registro atualizado, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este indicador é de extrema importância para a unidade e principalmente para a comunidade, pois garante o histórico de informações sobre a saúde das crianças.

Apesar de a meta ter ficado muito próxima do pactuado, as dificuldades para se conseguir dados para este indicador ainda são grandes, pois não existe um sistema informatizado na unidade e todos os registros são feitos manualmente. Por vezes, ocorre o extravio ou dificuldade de localização de fichas. Porém, há uma promessa por parte da gestão que até o final deste ano a unidade estará informatizada.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

A meta de avaliação de risco para todas as crianças do programa foi alcançada satisfatoriamente. Durante o mês 1, foram avaliadas 78 (97,5%) crianças. No mês 2, foram 142 (98,6%), no mês 3, este número subiu para 188 (98,9%) e no mês 4 foram 232 (100%).

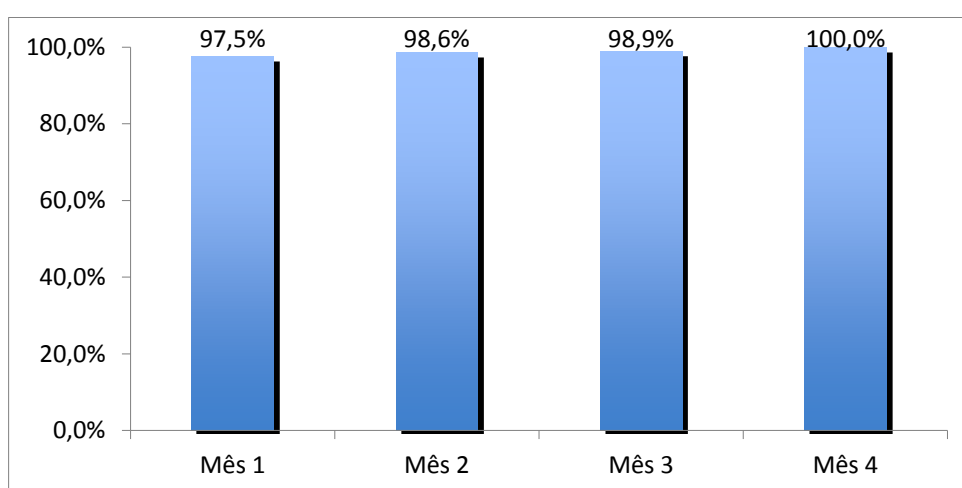


Figura 18: Proporção de crianças com avaliação de risco, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este indicador é importante no sentido de se reconhecer a área de abrangência e de nortear as ações de saúde para aquele grupo considerado mais vulnerável, podendo desta maneira, reduzirem-se casos de morbimortalidade que acometem esta comunidade.

Para se conseguir alcançar esta meta, bastou retomar as diretrizes do Protocolo Municipal de Saúde da Criança (COLOMBO, 2012) e do Manual de Consulta de Enfermagem para Acompanhamento da Saúde da Criança (COLOMBO, 2012). Graças ao empenho da equipe que reconheceu a importância deste indicador, muitas doenças poderão ser tratadas precocemente e até evitadas.

Objetivo: Promover a saúde.

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

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

Foi atingida a meta de 100% para este indicador. No primeiro, foram 78 (97,5%) crianças cujas mães receberam as orientações. No segundo, foram 142 (98,6%), no terceiro, foram 188 (98,9%) e no último mês foram 232 (100%) crianças, ou seja, a totalidade.

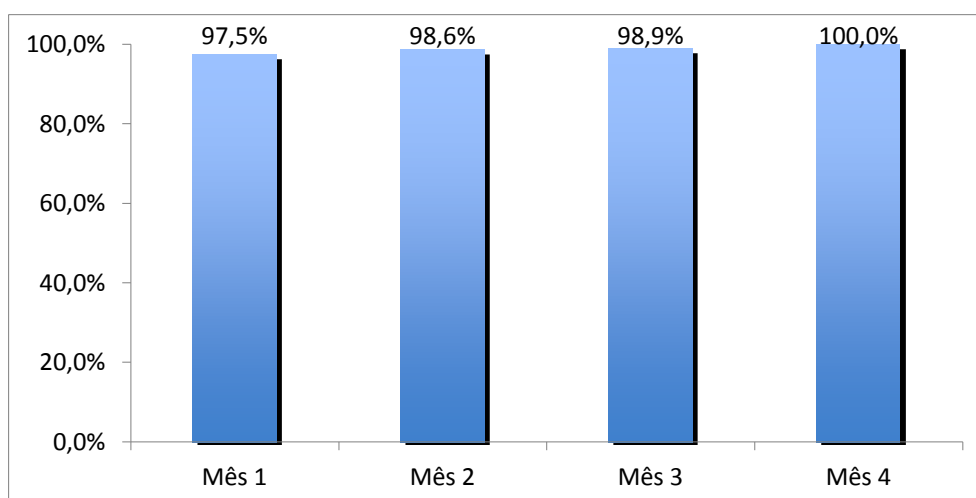


Figura 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Com este indicador, pode se prevenir várias situações que coloquem em risco a condição de saúde e até a vida das crianças.

Como este assunto sempre foi abordado rotineiramente nas consultas médicas e de enfermagem, não foi difícil de ser trabalhado. Esta informação estava presente na grande maioria dos prontuários avaliados, mostrando a competência da equipe e sua preocupação com vários tipos de acidentes que podem ocorrer com as crianças.

Objetivo: Promover a saúde.

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

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

No primeiro mês da intervenção, o número de crianças colocadas para mamar na primeira consulta foi de 64 (80%). No segundo mês, este número foi de 109, porém com uma ligeira queda no percentual (75,7%). No terceiro mês, os números voltaram a subir, totalizando 145 (76,3%) crianças e no quarto mês, 186 (80,2%).

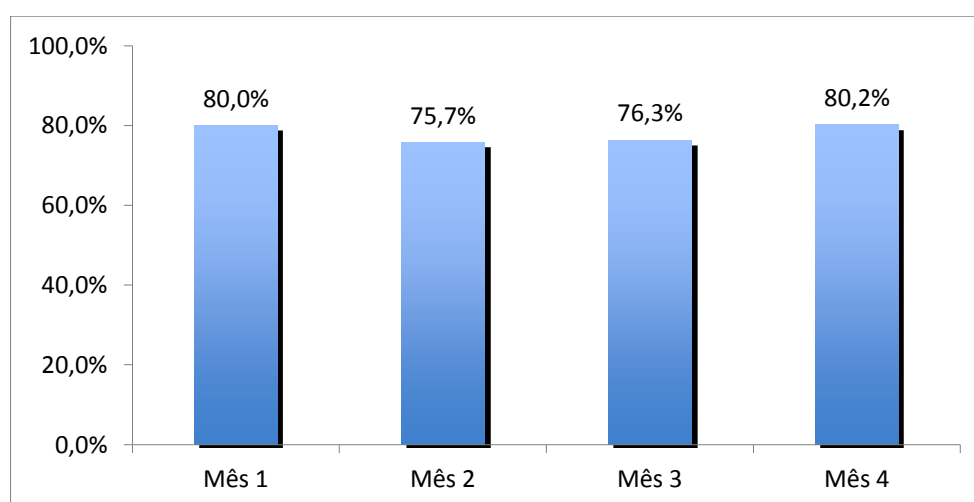


Figura 20: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este foi um indicador que apresentou diversas variáveis que contribuíram para que a meta de 100% não fosse alcançada, como por exemplo, crianças

adotadas, filhos de mães soropositivas para a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ou portadores de outras doenças diagnosticadas no momento do parto, depressão pós-parto e outras. Tais situações impedem que ocorra a amamentação com leite materno.

Além disso, para aquelas mães que já amamentaram outros filhos era apenas perguntado se apresentavam problemas para amamentar neste momento e só havia a observação em caso positivo.

Outra causa está associada ao fato da unidade de saúde ser relativamente nova e as mães vindas de outros locais nem sempre receberam as orientações iniciais sobre amamentação e suas crianças não foram colocadas para mamar na primeira consulta.

Existem casos em que na primeira consulta constata-se que a mãe já está oferecendo leite artificial por conta própria, desde o nascimento da criança, pelos mais variados motivos que costumam dificultar o aleitamento materno em todo o país.

Objetivo: Promover a saúde.

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

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

A meta para este indicador foi atingida em 100%. No primeiro, foram 78 (97,5%) crianças cujas mães receberam as orientações nutricionais. No mês 2, 3 e 4, respectivamente, foram 142 (98,6%), 188 (98,9%) e 232 (100%) crianças.

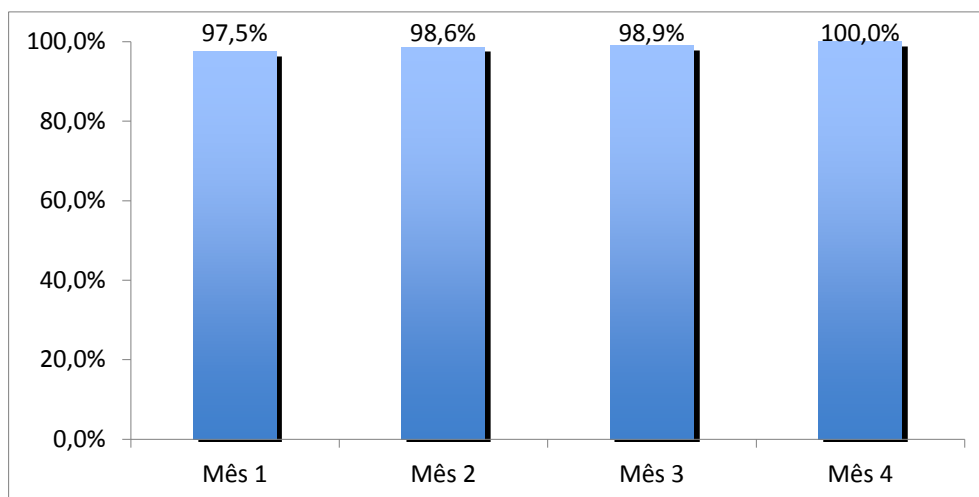


Figura 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Ao se trabalhar com este indicador, questões importantes como desnutrição e déficit ou excesso de peso podem ser evitadas. São orientações que devem ser seguidas durante toda a infância, visando assim que estas crianças tornem-se adultos com hábitos alimentares saudáveis.

Este assunto também sempre foi abordado rotineiramente nas consultas médicas e de enfermagem, facilitando a aquisição deste dado. Novamente, fica o crédito dos resultados para a equipe que cada vez mais tem qualificado seu atendimento em relação ao programa.

Objetivo: Promover a saúde.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche Gota de Orvalho.

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

Neste indicador, não foi possível alcançar a meta planejada. No mês 1 da intervenção, foram atendidas 2 (100%) crianças cujas mães receberam as orientações na creche. No mês 2, foram 4 (80%), no mês 3, foram 5 (71,4%) e no mês 4, foram 10 (83,3%).

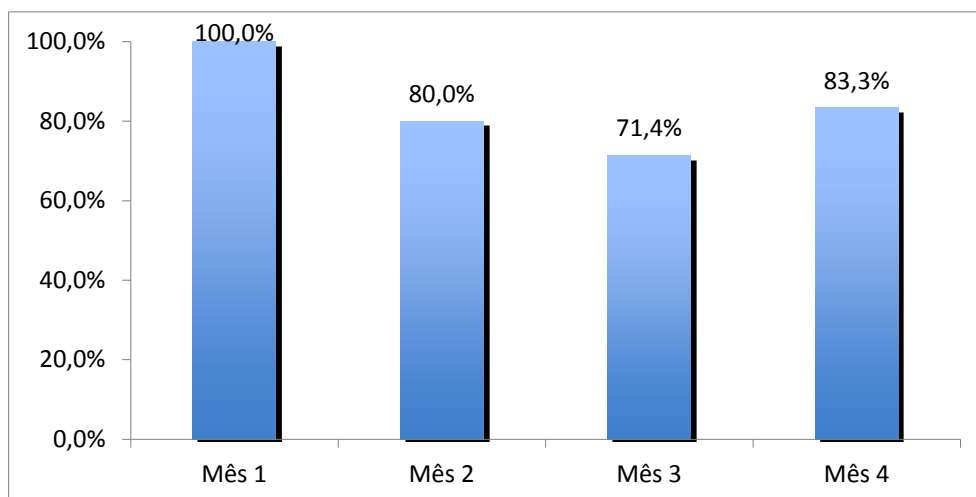


Figura 22: Proporção de crianças da Creche Gota de Orvalho, cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Colombo/PR (2014).

Para que as orientações pudessem ser repassadas aos pais ou responsáveis das crianças da creche, foram organizadas duas palestras, em diferentes turnos para facilitar a presença destes pais. Porém, das 120 crianças da creche, somente 11 mães compareceram, apesar de toda a organização como convites enviados na agenda e cartazes na porta da creche, com bastante antecedência. Além disso, haveria agendamento de consulta para as crianças consideradas alto risco para as doenças bucais.

Estes resultados causaram muita reflexão durante o período de intervenção. Ficou clara a grande dificuldade em se trabalhar as questões preventivas no setor saúde e também a pouca ou nenhuma importância dada pela comunidade, de maneira geral. As coisas parecem se tornar piores ainda quando o assunto é saúde bucal. É fato que os brasileiros ainda não dão o devido valor à saúde de sua boca, pois o pensamento de que o dente pode ser substituído é notório e vivenciado diariamente pelos profissionais da odontologia.

Objetivo: Promover a saúde.

Meta 6.5: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses, cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças cadastradas na unidade cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Durante o primeiro mês de intervenção, das 80 crianças inscritas no programa, 62 (77,5%) foram as crianças cujas mães receberam as orientações individuais sobre saúde bucal. Já no segundo mês, das 144 foram 125 (86,8%). No terceiro mês, das 190 foram 174 (91,6%) e no quarto mês, das 232 crianças inscritas, foram 220 (94,8%) crianças cujas mães receberam tais orientações.

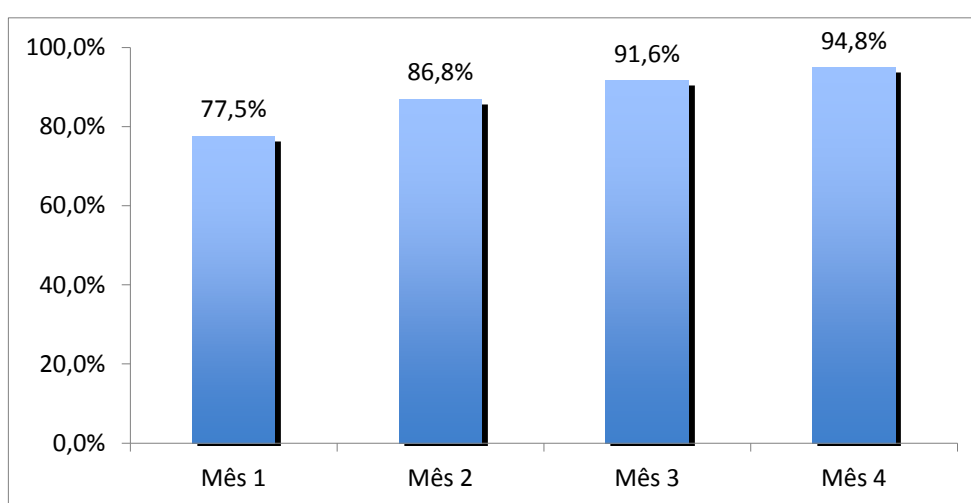


Figura 23: Proporção de crianças cadastradas na Unidade de Saúde Fátima, cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Colombo/PR (2014).

Portanto, esta meta não foi totalmente atingida devido às 12 crianças faltosas especificamente na odontologia, no decorrer destes quatro meses. Apesar da alteração dos fluxos de atendimento para garantir a consulta odontológica no mesmo dia da consulta médica ou de enfermagem, estas mães não quiseram que suas crianças fossem atendidas, naquele momento. Algumas foram agendadas para outra data e faltaram. Para outras, as quais não quiseram agendar, foi realizada a busca ativa (uma ou duas, dependendo do caso) e mesmo assim faltaram.

As buscas ativas foram muito questionadas pela equipe de saúde bucal, que configurou a situação como “paternalismo”. De fato, em alguns momentos tem-se a impressão de que se está implorando pela presença dos usuários.

Ao ser realizar a busca ativa era comum ouvir a frase: “meu filho nem tem dentes, pra que ir ao dentista?” Novamente, há a interferência dos fatores educacionais, socioeconômicos e culturais nas condições de saúde da população.

Objetivo: Promover a saúde.

Meta 6.6: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade, cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

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

Também esta meta não foi atingida em sua integralidade, apesar de estar muito próxima do que foi pactuado. No mês 1 da intervenção, foram 62 (77,5%) crianças cujas mães receberam as orientações individuais sobre hábitos nocivos e prevenção de oclusopatias. Já no mês 2, foram 125 (86,8%), no mês 3, foram 174 (91,6%) e no mês 4, foram 220 (94,8%) crianças cujas mães receberam tais orientações.

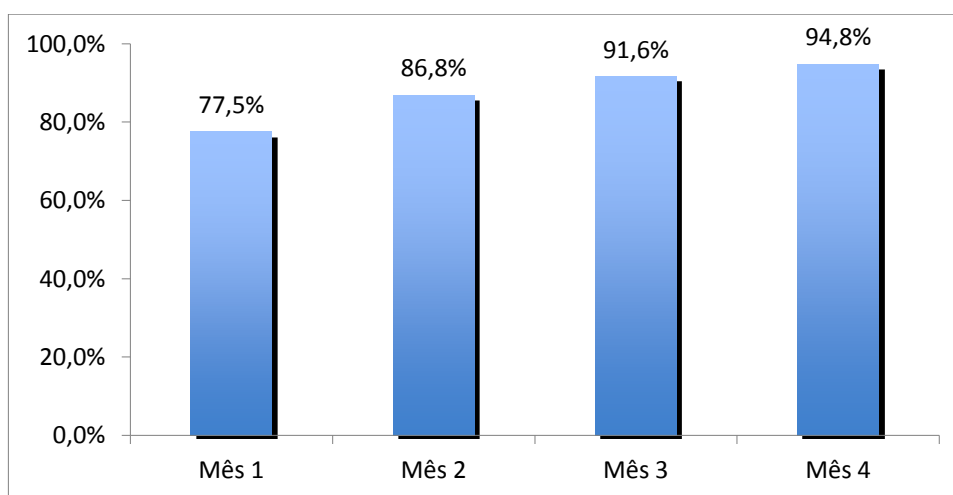


Figura 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias na Unidade de Saúde Fátima. Colombo/PR (2014).

Este indicador está atrelado ao anterior, pois as informações foram repassadas juntas, conforme capacitação no início da intervenção. Nesta capacitação, ficaram estabelecidos os tópicos que deveriam ser abordados em todas as consultas do Programa de Saúde da Criança, pela equipe de saúde bucal. E assim, destaca-se todo o mérito da equipe que cumpriu e ainda cumpre todas as pactuações daquele momento. Isso foi de grande relevância, uma vez que padronizou a forma de atendimento nas quatro equipes da odontologia, na unidade de saúde.

Objetivo: Promover a saúde.

Meta 6.7: Fornecer Orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis, frequentadores da Creche Gota de Orvalho.

Indicador: Proporção de crianças frequentadoras da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Esta meta não foi possível ser alcançada, pois foi trabalhada na mesma palestra realizada aos pais da creche, onde a adesão foi baixíssima. No mês 1 da intervenção, foram atendidas 2 (100%) crianças cujas mães receberam as orientações nutricionais na creche. No mês 2, foram 4 (80%), no mês 3, foram 5 (71,4%) e no mês 4, foram 10 (83,3%).

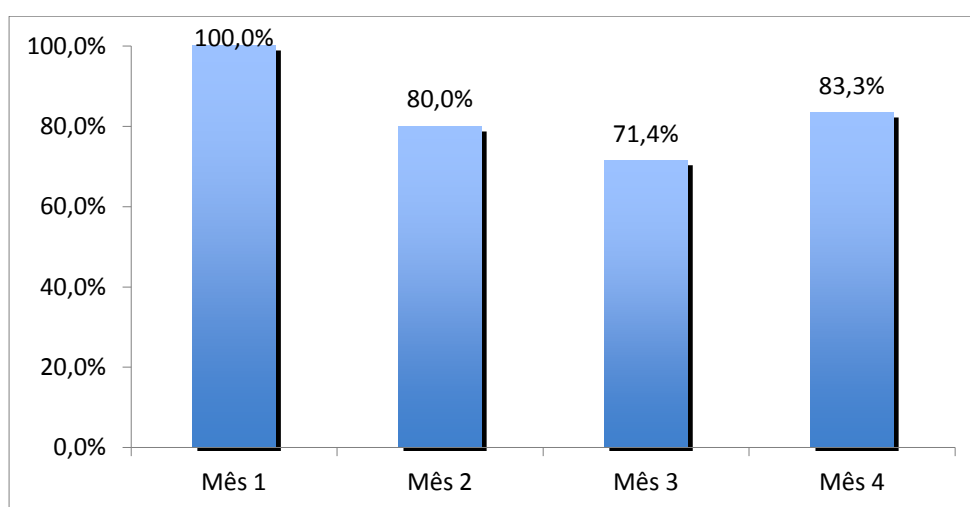


Figura 25: Proporção de crianças da Creche Gota de Orvalho, cujas mães receberam orientações nutricionais. Colombo/PR (2014).

Tanto este como o indicador relacionado às mães que receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na creche foram complicados no sentido de se atingir a meta proposta, visto que dependia da participação de outras pessoas, no caso os pais. Foi frustrante não poder fazer nada para se melhorar os números, já que a creche passou por momentos difíceis devido à greve municipal da educação e em seguida, o término do ano letivo.

4.2 Discussão

Durante estes quatro meses de intervenção, houve a ampliação das crianças cadastradas no Programa de Saúde da Criança, em minha unidade de saúde. Ocorreu também a melhoria dos registros em todos os setores e a qualificação das consultas de puericultura.

Com a intervenção foram vários os ganhos para a equipe. A padronização de algumas condutas acabou unindo mais as quatro equipes que antigamente pareciam ser autônomas, cada uma funcionando a sua maneira. As capacitações foram importantes no sentido de se reciclar algumas informações, diminuindo as disparidades entre os servidores mais antigos e os formados há menos tempo.

Os novos relatórios da enfermagem e o da puericultura odontológica melhoraram o acesso da equipe aos dados, pois não se tinha noção do quanto se produzia, diariamente. A odontologia, enfermagem e medicina começaram a atuar mais interdisciplinarmente, ampliando assim o número de crianças participantes do programa com o calendário em dia e com atendimentos por estas três áreas.

Um ganho considerável para o serviço está relacionado à qualificação da atenção decorrente da retomada dos protocolos municipais. As consultas do programa se tornaram mais completas e os registros mais adequados e, em consequência disto, o serviço se tornou mais eficiente e organizado. A odontologia começou a trabalhar com a classificação e priorização do risco, fazendo as buscas ativas sempre que necessário. Os fluxos do programa ficaram mais bem organizados e se concretizaram no decorrer deste período, facilitando o acesso às informações e diminuindo o extravio de prontuários.

Para a comunidade, a consulta odontológica no mesmo dia da puericultura médica ou da enfermagem trouxe praticidade aos pais, reduzindo o número de

vindas à unidade. Com isso, melhorou a adesão das crianças na odontologia, pois quando a consulta era agendada para outro dia, as faltas eram mais frequentes. No entanto, estas faltas às consultas do programa de maneira geral ainda são um desafio para ser enfrentado.

É difícil avaliar o que poderia ser diferente caso a intervenção iniciasse agora, pois nem sempre as coisas acontecem conforme planejado. Talvez as capacitações pudessem ser mais aprofundadas para que as rotinas fossem mais facilmente assimiladas pela equipe. A aceitação do novo acontece em diferentes momentos e de diferentes formas para um grupo tão grande, com quatro equipes de saúde da família, como no caso da Unidade de Saúde Fátima.

O envolvimento dos agentes comunitários também poderia ser mais bem trabalhado. O engajamento deles na ação ficou aquém do esperado, problema este que ocorre em vários momentos no processo de trabalho. O cadastramento incompleto das famílias e as dificuldades com a busca ativa foram alguns obstáculos em certos momentos, não só para o êxito do projeto em si, mas para a eficiência do trabalho na rotina diária.

Muitas das rotinas e fluxos da intervenção já estão incorporados nas ações diárias do programa e creio que assim continuará. Outras questões precisam ser melhoradas, como por exemplo, o engajamento da comunidade. As ações coletivas e a participação da comunidade ainda são um desafio a ser vencido pela nossa equipe, não só no Programa de Saúde da Criança, como nos demais programas em andamento na unidade.

Para um futuro bem próximo, as perspectivas são muito boas. Uma equipe de residência multi profissional iniciou seus trabalhos na unidade, sendo um dos objetivos a qualificação de todos os programas. O projeto de intervenção já está servindo como base de dados e diagnósticos e seus resultados já propiciaram grandes discussões e reflexões, como por exemplo, a necessidade de captação de crianças na faixa etária de 36 a 72 meses e a baixa adesão ao sulfato ferroso. Assim, irá pontuar e nortear as ações dos residentes, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados à comunidade.

4.3 Relatório da Intervenção para a Gestão Municipal

Nestes últimos quatro meses, o projeto de intervenção como parte integrante do curso de especialização em Saúde da Família foi colocado em prática na Unidade de Saúde Fátima. Foram meses de muito trabalho e dedicação, sempre permeados pelas diretrizes do SUS.

A linha de ação escolhida foi o Programa de Saúde da Criança, com o objetivo de melhorar a adesão das crianças da área de abrangência ao programa e qualificar amplamente a atenção. A existência de um protocolo construído e preconizado pela gestão municipal, foi um elemento facilitador do processo, uma vez que ele já era de conhecimento de vários servidores, mas, no entanto, nem sempre era colocado em prática.

Foi um grande desafio trabalhar com uma equipe desmotivada pelas mudanças políticas e técnicas. Porém, graças ao empenho de toda equipe que abraçou a causa, as coisas foram acontecendo conforme o planejamento inicial, apesar de que por vezes foi necessário lembrar o principal objetivo: a saúde de nossas crianças.

Ocorreram reuniões e capacitações com a equipe, abrangendo todos os tópicos planejados para a intervenção. Os fluxos foram fixados, bem como as padronizações dos atendimentos médicos, de enfermagem e da odontologia. Com isso, conseguiu-se que 100% das crianças atendidas neste período passassem por uma avaliação mais minuciosa abrangendo fatores de risco, crescimento, desenvolvimento, orientações nutricionais, prevenção de acidentes e atualização de vacinas. As capacitações se mostraram bem relevantes, trazendo à tona a necessidade de uma política municipal de educação continuada para todos os servidores, das várias áreas de atuação da saúde.

As formas de se realizar o acolhimento foram definidas e foram pactuadas maneiras de se melhorar a captação e o cadastramento das crianças da área de abrangência. Nestes quatro meses, foram 232 (28,3%) crianças atendidas pelo programa, superando o percentual planejado no início da intervenção de 20%.

Também houve mudanças significativas na odontologia. A consulta começou a ser realizada no mesmo dia da puericultura médica ou da enfermagem, proporcionando mais praticidade aos pais ou responsáveis pelas crianças e reduzindo o número de vindas à unidade. Com isso, aumentou o número de crianças

atendidas na odontologia, pois quando a consulta era agendada para outro dia, as faltas eram mais frequentes. Das 232 crianças de zero a 72 meses atendidas na unidade neste período, 200 passaram pelos dentistas. Isto nunca havia acontecido até então. Suas mães também receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, nutrição e hábitos de sucção deletérios. Além disso, 99,4% das crianças de 6 a 72 meses tiveram seu tratamento odontológico concluído, no período.

Alguns relatórios foram criados com o objetivo de se aprimorar as formas de registro de informações sobre cada criança. Observaram-se grandes dificuldades diárias enfrentadas pela equipe, devido à falta de um sistema informatizado. Mesmo assim, ao final da intervenção observou-se que os registros apresentaram-se adequados para 93,5% das crianças atendidas.

O engajamento da comunidade foi um dos fatores sempre trabalhados pelo curso, dada a sua importância. Foram realizadas palestras na creche e aproveitadas várias outras situações para o repasse de informações, como por exemplo, reuniões de grupos e consultas diárias. Assim, além da melhoria na adesão, conseguiu-se aumentar o número de crianças que realizam a primeira consulta na primeira semana de vida (dos 71,3% para 80,6%) e os pais estão entendendo a importância de se comparecer também nas demais consultas previstas no cronograma do programa.

Contudo, ainda há muito a se avançar em relação à participação da comunidade. Ela pode ser um instrumento eficaz para o repasse de informações e, além disso, pode colaborar com a organização dos serviços, avaliando e sugerindo ações para sua melhoria.

De uma maneira geral, a maioria das metas foi alcançada e o material utilizado pelo curso para captação dos dados proporcionou uma clara visão da realidade sanitária local. Os resultados puderam ser monitorados e avaliados com bastante facilidade, ato este que não costuma ser rotineiro nos serviços de saúde que sempre estão envolvidos pela grande demanda.

Fatores socioeconômicos, culturais e educacionais da população mostraram sua interferência nas rotinas diárias do programa, levando a equipe a trabalhar o engajamento da comunidade e quebrando tabus sempre que possível. Tais fatores influenciaram indicadores como a suplementação do ferro que aconteceu em apenas 58,8% das crianças entre 6 e 18 meses e trabalhos coletivos de promoção da saúde,

com baixa participação em palestras. Com base nestes dados, algumas ações específicas podem ser reavaliadas e reorganizadas para se conseguir melhores resultados.

O aumento da adesão das crianças da área de abrangência da unidade foi conseguido, bem como, a qualificação das consultas realizadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e até a pré-consulta dos técnicos de enfermagem. O apoio da gestão é fundamental para a consolidação destas ações, pois é ela quem deve direcionar os serviços baseados nas políticas de saúde adotadas. Para tal, deve estar na retaguarda, proporcionando a segurança necessária para que seus servidores executem as ações da melhor forma possível, reduzindo os agravos e melhorando a qualidade de vida dos nossos cidadãos.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Em 07 de outubro de 2013, iniciou-se um trabalho com todas as crianças de zero a 72 meses atendidas no Programa de Saúde da Criança, na Unidade de Saúde Fátima. Foram várias as finalidades deste programa, como por exemplo, melhorar a qualidade das consultas e aumentar a quantidade de crianças participantes em 20%. Conseguiu-se um aumento além do esperado nestes quatro meses, totalizando 28,3%, ou seja, 232 crianças que moram na área de abrangência da unidade e que lá foram atendidas.

Assim, a consulta odontológica começou a ser realizada no mesmo dia da puericultura médica ou da enfermagem, proporcionando mais facilidade aos pais ou responsáveis pelas crianças e reduzindo o número de vindas à unidade. Com isso, melhorou o número de crianças atendidas na odontologia, pois quando a consulta era agendada para outro dia, as faltas eram mais frequentes. Das 162 crianças de 6 a 72 meses atendidas na unidade neste período, 156 passaram pelos dentistas, quase que a totalidade, sendo que somente uma delas não concluiu o tratamento. Isto nunca havia acontecido até então.

Houve também treinamentos para todos os funcionários da unidade, na tentativa de melhorar as informações sobre como funcionaria o atendimento e de tornar as consultas de puericultura mais completa, com exames físicos e clínicos mais detalhados. Assim, 100% das crianças que consultaram passaram por uma

avaliação mais minuciosa sobre risco, crescimento, desenvolvimento, orientações nutricionais, prevenção de acidentes e atualização de vacinas. Desta forma, a comunidade saiu ganhando, pois algumas doenças podem ser descobertas precocemente, já nos primeiros sintomas e outras podem até ser evitadas.

As informações sobre o programa foram repassadas aos pais e responsáveis, os quais vêm cumprindo o número de consultas programadas. Conseguiu-se aumentar o número de crianças que realizam a primeira consulta na primeira semana de vida (dos 71,3% para 80,6%) e eles estão entendendo a importância de se realizar todas as demais consultas previstas, inclusive na odontologia, sabendo assim da necessidade da manutenção dos dentes de leite e do início da higiene bucal da criança desde o nascimento.

Foram realizadas palestras na creche local, mas a participação das mães ou responsáveis foi muito pequena, pois somente 11 dos 120 compareceram. Foi uma pena, pois naquele momento várias informações importantes foram repassadas, tanto quanto à saúde como quanto ao funcionamento do programa na unidade.

A comunidade, estando ciente da importância deste trabalho, é um instrumento indispensável para auxiliar a equipe da saúde a melhorar ainda mais o programa através da inclusão de novas crianças que, por algum motivo, ainda não frequentam a unidade de saúde. Além disso, ela pode e deve atuar também na organização do trabalho diário, avaliando e sugerindo o que poderia ser melhorado nos serviços ofertados. Com pessoas mais participativas, as informações sobre o programa poderão ser repassadas aos vizinhos, familiares e amigos, melhorando desta maneira o acesso da população e as condições de saúde das crianças da área de abrangência.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso em 2013, havia uma grande ansiedade por minha parte em relação ao processo e produto final. Porém, com o passar dos meses e das tarefas, fui percebendo que o curso, por ser extremamente organizado, acaba conduzindo o aluno de uma maneira tão tranquila que, sem perceber, cheguei até aqui.

Claro que o trabalho e dedicação foram grandes e neste sentido não imaginava que precisaria de tanto empenho diário para a conclusão do curso. O sentimento de que não conseguiria acompanhar as atividades propostas por vezes tomou conta de mim, mas com o apoio da minha orientadora, as barreiras foram sendo vencidas.

Em relação às expectativas iniciais, posso dizer que tive uma grata satisfação ao perceber o quanto aprendi e como posso visualizar de maneira clara todo este trabalho com seus resultados. No começo do curso, não imaginava que isso pudesse acontecer.

Na prática, pude perceber o quanto uma equipe ganha ao trabalhar com protocolos e cumprindo-os integralmente, pois pessoalmente sempre achei que padronizar ações em diferentes espaços poderia ser complicado pelo desrespeito às especificidades locais. Neste caso, percebi o quão importante é ter parâmetros, saber quando e como fazer. Isto dá segurança à equipe. Este foi um fator que produziu em mim a queda de alguns preconceitos e que será muito relevante na minha vida de servidora pública de agora em diante.

Os vários olhares proporcionados pelo curso também foram um relevante aprendizado, pois muitas vezes somos engolidos pela demanda diária e acabamos nos preocupando com o procedimento específico, sem visualizar o todo. A preocupação com o engajamento da equipe, da comunidade e da gestão para que realmente acontecesse a mudança, me tirou da zona de conforto e mostrou que realmente funciona.

Outra questão que merece evidência diz respeito à interação com os profissionais de outras áreas que também integram uma unidade de saúde da família. Especificamente com a odontologia isto costuma acontecer pouco, já que para realizarmos nosso trabalho ficamos fechados em nossos consultórios. Foi muito bom conversar com a equipe, pactuar ações e discutir casos da rotina diária.

E, finalmente, o enriquecimento técnico em relação ao Programa de Saúde da Criança proporcionou um grande crescimento profissional e pessoal, pois sinto o quanto posso ainda melhorar a atenção, contribuindo desta maneira para a melhoria das condições de saúde da nossa população.

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Manual de consulta de enfermagem para acompanhamento da saúde da criança**. Secretaria Municipal de Saúde: Colombo-PR, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Protocolo municipal de saúde bucal**. Secretaria Municipal de Saúde: Colombo-PR, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Plano municipal de saúde**. Secretaria Municipal de Saúde: Colombo-PR, 2010.

Anexos

Anexo A
Ficha de Acompanhamento da Criança



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA

1. Nome: _____
 2. Data de Nasc.: ___/___/___ 3. Naturalidade: _____ UF: ___ 4. Idade em meses: _____
 5. Raça cor: _____ 6. Sexo: ___ 7. Escolaridade: _____ 8. Data de cadastro: ___/___/___
 9. UBS: _____ 10. Área: _____ 11. Micro área: ___ 12. N° Família: _____
 13. Cartão SUS _____ 14. NIS: _____
 15. Nome do responsável: _____
 16. Idade do responsável: _____ 17. Identidade: _____ 18. Órgão: _____ UF: _____
 19. Endereço: _____ N°: _____
 20. Bairro: _____ 21. Proximidade: _____ 22. Tel.: _____
 23. Dados do Nascimento: Peso _____ Est. _____ PC _____ Data do Teste do Pezinho: ___/___/___
 24. Suplementação de Ferro: Sim () Não () Data de Inclusão: ___/___/___
 25. Suplementação de Vit. A: Sim () Não () Data de Inclusão: ___/___/___
 26. Bolsa Família: Sim () Não () Data de Inclusão: ___/___/___
 27. Programa Leite das Crianças: Sim () Não () Data de Inclusão: ___/___/___

Data	Idade	PLC	PFB	Peso	Est.	PC	E.N.*	Alim.**	Vacinas	Intercorrências/Risco/Condutas
	7-10 d		☺							
	30d									
	2 m									
	4 m									
	6 m	☺	☺							
	9 m	☺								
	12 m	☺	☺							
	15 m	☺								
	18 m	☺	☺							
	21 m	☺								
	24 m	☺	☺							
	27 m	☺								
	30 m	☺	☺							
	33 m	☺								
	36 m	☺	☺							
	42 m		☺							
	48 m		☺							
	54 m		☺							
	60 m		☺							
	66 m		☺							
	72 m		☺							

PCL: Programa Leite das Crianças **PBF:** Programa Bolsa Família ***AME:** Aleitamento Materno Exclusivo
AMP: Aleitamento Materno Predominante **AP:** Alimentação Predominante **SI:** Sem Informação
****EN:** A: Adequado **RN:** Risco Nutricional **BP:** Baixo Peso **SP:** Sobrepeso

Anexo B
Ficha Espelho de Vacina



ESPELHO DE VACINA

BCG	HB	POLIO	TETRA	VORH	PNEMO	MENIGO	F.A.	VTV
_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME
_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME		_____ _____ LOTE _____ NOME
	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME		_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME		
	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME		_____ _____ LOTE _____ NOME			
		_____ _____ LOTE _____ NOME	_____ _____ LOTE _____ NOME					

Anexo C
Autorização de um dos pais/responsáveis



Prefeitura de Colombo

AUTORIZAÇÃO DE UM DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Eu, _____, portador do documento de identidade nº _____, responsável pelo (a) menor _____ autorizo o (a) mesmo (a) a participar das ações promovidas pelo Programa Saúde na Escola, através do qual será realizada uma avaliação do estado de saúde da criança. Isto será feito na CMEI GOTA DE ORVALHO, por profissionais de saúde da Unidade de Saúde NOSSA SENHORA DE FÁTIMA.

Será utilizada uma ficha própria para a avaliação de seu filho (a). Caso seja observado algo que necessite de uma intervenção ou qualquer tipo de procedimento, sem que haja risco para a criança, será realizado contato, via bilhete ou outra forma e fornecido assim as devidas orientações e/ou procedimentos a serem realizados pelos pais/responsáveis.

Por ser verdade, assino a seguir, em ___/___/___

Assinatura do responsável: _____

Anexo D

Planilha de Coleta de Dados

Planilha de Coleta de Dados

Informações da sua unidade de saúde:	Marque com X		OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	
Existe protocolo para atenção à saúde da criança?	x		Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
É adotada a Caderneta da Criança?	x		Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Existe registro específico para a atenção à criança?	x		Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão da Criança ou Ficha de Saúde da Criança.
É realizado aprazamento/agendamento das consultas de Saúde da Criança?	x		Considere se os pais ou responsáveis são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).
As informações são monitoradas regularmente?	x		Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar as crianças faltosas.
É realizada busca ativa das crianças que não comparecem?	x		Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os pais ou responsáveis para avisar sobre a necessidade de retorno da criança ao serviço de saúde.
É feita avaliação periódica do programa de Saúde da Criança?		x	Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	x		Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações em saúde infantil.

DENOMINADORES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde	80	144	190	232	Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

DENOMINADORES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde	80	144	190	232	Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde	819	<p>Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver</p>
--	-----	--

*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	11711	<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</p>
Menores de 12 meses	117,11	
De 12 a 47 meses	351,33	
De 48 a 72 meses	351,33	
Total de crianças entre zero e 72 meses	819,77	<p>Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.</p>

Anexo E
Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

Apêndice

