

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Departamento de Medicina Social
Especialização em saúde da família – EAD

Turma 3

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Equipe de Saúde da
Família Azaléia de São Martinho – RS

Edelweiss Maria Schrage Wächter

Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2014

Edelweiss Maria Schrage Wächter

Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Equipe de Saúde da
Família Azaléia de São Martinho – RS

Trabalho acadêmico apresentado ao curso Especialização
em Saúde da Família EAD, da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Menezes Seerig

São Martinho, 2014

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

W114m Wächter, Edelweiss Maria Schrage

Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Equipe de Saúde da Família Azaléia de São Martinho – RS / Edelweiss Maria Schrage Wächter; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

97 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Seerig, Lenise Menezes, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Epígrafe

“Motivação é a arte de fazer as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas o querem fazer.”

Dwight Eisenhower

Agradecimento

Agradeço a toda a equipe da UFPEL/UNASUS responsável por este curso, pela paciência e compreensão que tiveram comigo. Agradeço pela dedicação e perseverança da minha orientadora Lenise que incansavelmente me estimulou a continuar, que segurou minha mão quando precisei e que me puxou a orelha quando foi necessário.

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da minha equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que colaboraram com a divulgação das nossas ações, aos demais colegas da ESF Azaléia em especial a Andressa Rohr com a qual partilhei muitos momentos de troca.

Meu agradecimento a administração municipal que oportunizou este estudo.

Minha família tem grande responsabilidade nesta minha empreitada, visto que sempre afirmei que nunca se deixa nada inacabado, portanto tenho que fazer esta afirmação ser verdadeira.

Muitos agradecem em primeiro lugar a Deus, e eu o estou deixando para o fim, pois eu entendo que somente com Ele eu termino meu trabalho com chave de ouro.

Lista de Figuras

Figura 1 Pirâmide etária	17
Figura 2- Distribuição da população por sexo e idade na área de abrangência da ESF Azaléia	19
Figura 3- Figura 1: Cobertura do Programa de Puericultura.....	59
Figura 4- Proporção de crianças com registro de peso da última consulta na ficha-espelho.....	61
Figura 5- Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neurocognitivo em dia	61
Figura 6- Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade	62
Figura - 7 Proporção de crianças com avaliação de risco.....	63
Figura -8 Proporção de crianças com excesso de peso	64
Figura -9 Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura	66
Figura -10 Proporção de crianças entre 6 e 18 meses com suplementação de ferro.....	67
Figura -11 Proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida.....	67
Figura - 12 Proporção de crianças com triagem auditiva	68

Lista de Abreviaturas

ACI – Associação do Comércio e da Indústria.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

AIH - Autorização de internação Hospitalar.

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal.

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

COFRON – Consórcio Fronteira Noroeste.

CPM – Círculo de Pais e Mestres.

CTG – Centro de Tradições Gaúchas.

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

EAD – Educação a Distância.

ESB – Estratégia de Saúde Bucal.

ESF Estratégia de Saúde da Família.

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana).

HGT – Hemoglicoteste.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INCA – Instituto Nacional do Câncer.

Km – Quilômetro.

NAAB – Núcleo de Apoio a Atenção Básica.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PSE- Programa Saúde na Escola.

PN - Pré-Natal

RN – Recém Nascido

RS – Rio Grande do Sul.

SEPIN – Sistema de Gestão de Informações em Saúde e Assistência Social.

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica.

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Imunização no Pré-Natal e Nascimento.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas.

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

TA – Tensão Arterial.

SUMÁRIO

1. Situação da ESF/APS	14
2. Análise Situacional	17
2.1 Engajamento Público	22
2.2 Análise Situacional: Estrutura da UBS	24
2.3 Análise Situacional: Processo de Trabalho da UBS	28
2.4 Análise Situacional: Atenção à demanda Espontânea	31
2.5 Análise Situacional: Puericultura	33
2.6 Análise Situacional: Pré-natal	35
2.7 Análise Situacional: Prevenção do Câncer Ginecológico	37
2.8 Análise Situacional: Hipertensos e Diabéticos	40
2.9 Análise Situacional: Atenção à Saúde do Idoso	42
3 Análise Estratégica: Projeto de Intervenção	44
3.1 Introdução	44
3.2 Objetivo Geral:	46
3.3 Objetivo Específico e Metas.....	46
3.4 Metodologia	50
3.4.1 Ações	50
3.4.2 Logística	52

3.4.3 Cronograma	53
4 Relatório da Intervenção	56
5 Avaliação da Intervenção	59
5.1 Resultados	58
6 Discussão	69
6.1 Relatório para Gestores	72
6,2 Relatório para a Comunidade	74
6.3 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
7 Referências	79
8 Anexos	81
9 Apêndices	86

Resumo

WÄCHTER, Edelweiss M. S. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Equipe de Saúde da Família Azaléia no município de São Martinho – RS.** 2014. 97 f. Trabalho acadêmico apresentado ao curso Especialização em Saúde da Família EAD, da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Equipe de Saúde da Família Azaléia do município de São Martinho tem 2872 habitantes em sua área de cobertura, sendo que na época da intervenção possuía 127 crianças na faixa de zero a 72 meses. Após a análise situacional ficou evidente a necessidade de melhorar da atenção à saúde da criança nesta faixa etária, o que se tornou o objetivo do presente trabalho. Para isso foi realizada uma intervenção estruturada para ser desenvolvida em quatro meses, na qual foram adotadas atividades de qualificação da equipe; estratégias para o chamamento das famílias; elaboração de ficha espelho e classificação de risco das famílias. Algumas crianças foram captadas conforme as famílias foram acolhendo ao chamado, as crianças passaram por exame físico, onde foram avaliados o crescimento e desenvolvimento, avaliação neurocognitiva, condições de higiene, sinais de maus tratos bem como avaliação odontológica completa. As famílias receberam orientações sobre como estimular as crianças para melhorar o desenvolvimento neurocognitivo, aleitamento materno como fonte primordial de alimentação até seis meses de idade, alimentação adequada na faixa de idade em que se encontravam no momento da avaliação, higienização corporal e higienização da boca. Todas as mães de recém nascidos receberam a dedeira siliconada para higiene oral dos bebês. As demais crianças foram captadas conforme compareciam de forma aleatória na UBS para sala de vacina ou mesmo para consulta médica ou odontológica. Ao final captamos e avaliamos 60 crianças o que corresponde a 47,2% do total. Dentre os resultados positivamente mais relevantes encontrados destaque o índice de 100% das crianças com vacina em dia; 96.7% das crianças com teste do pezinho feito até o sétimo dia de vida; 90,9% de crianças com suplementação de ferro entre seis e 18 meses de vida; não encontrar nenhuma criança com curva de peso descendente ou estacionária. Em meio aos resultados indesejados estão: o baixo comparecimento das famílias; a proporção de crianças com atendimento em dia de acordo com o protocolo, 31,7% e proporção de crianças com triagem auditiva 11,7%. Apesar de algumas metas não terem sido atingidas, mas com base na qualificação da equipe e nos resultados alcançados, pode-se prever que a implantação da intervenção irá proporcionar um desenvolvimento de uma geração futura mais consciente e saudável.

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

Abstract

WÄCHTER, Edelweiss M. S. **Improving health care for children 0-72 months in the Family Health Team Azalea in São Martinho - RS.** Paper presented to the 2014. 97 f. Academic course Specialization in Family Health EAD, Federal University of Pelotas, Pelotas.

The Family Health Team Azalea in São Martinho has 2872 inhabitants in its coverage area, and at the time of the intervention had 127 children between zero to 72 months. After the situational analysis was clear the need to improve the health care of children in this age group, which became the objective of the present work. For that, a structured intervention was developed to happen in four months, in which were adopted qualifying team activities; strategies for the calling of families; development of the paper-mirror and risk classification of the families. Some children were attended as families were accepting the call, the children underwent physical examination, where growth and development, neurocognitive assessment, hygiene, signs of abuse as well as complete dental evaluation were assessed. The families received guidance on how to encourage children to improve neurocognitive development, breastfeeding as a primary food source until six months of age, adequate food in the age group they were in at the time of evaluation, body hygiene and oral hygiene. All mothers of newborns received the silicone finger cot for oral hygiene of babies. The remaining children were taken as attended randomly at BUH to the vaccination room or even for medical or dental appointment. At the end we capture and evaluate 60 children which corresponds to 47.2% of the total. Among the most relevant positive results, I stress the rate of 100% of children with vaccines in day; 96.7% of children with newborn screening done by the seventh day of life; 90.9% of children with iron supplementation between six and 18 months; none children found with weight curve downward or stationary. Among the unwanted results are: low interest of families; the proportion of children in day care in accordance with the protocol, 31.7%; and the proportion of children with hearing screening of 11.7%. Although some targets were not reached, but based on the qualification of the staff and the results achieved, it can be predicted that the implementation of a development intervention will provide a more conscious and healthy future generation.

Keywords: Family health; Primary health care; Child health; Childcare.

Apresentação

Este trabalho refere-se à descrição da análise situacional, planejamento, desenvolvimento e avaliação de uma intervenção desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de São Martinho, situada da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, que teve como foco a implantação do serviço de avaliação do crescimento e acompanhamento do desenvolvimento da criança do 0 a 72 meses

A apresentação deste trabalho será composta da seguinte forma: 1) Análise situacional: que descreverá o momento em que foi explorada a situação da UBS São Martinho em relação ao panorama físico, no aspecto de pessoal e organizacional, no ponto de vista da gestão e de processos de trabalho; 2) Análise estratégica: onde estará descrito o projeto de intervenção, composto por justificativa, objetivos, metas, metodologia, e os indicadores para avaliação dos resultados; 3) Relatório de intervenção: relatará as ações que foram desenvolvidas durante o período de intervenção e previstas no cronograma do projeto, destacando os prós e contras para a implantação da mesma; 4) Avaliação da intervenção: exporá e analisará os resultados alcançados ao final do período de intervenção de acordo com os indicadores de saúde utilizados; 5) Relatório da intervenção para gestores e relatório da intervenção para a comunidade: mostrará e divulgará os resultados da intervenção para gestores e comunidade em geral; 6) Finalizando, contará de uma análise do processo de aprendizagem da aluna do curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL/UNASUS que desenvolveu este trabalho.

1 Situação da ESF

No município de São Martinho - RS, conhecido como Cidade das Flores onde atuo, contamos com uma Unidade Básica de Saúde. Nesta unidade atuam as duas Equipes da Saúde da Família, Orquídea e Azaléia.

Ambas as equipes de ESF são compostas por: 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 assistente de saúde bucal, 1 técnica em enfermagem, 7 ACS na ESF Orquídea e 8 ACS na ESF Azaléia a qual faço parte. Temos como equipe de apoio 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga, 1 farmacêutica, 4 técnicas de enfermagem, 4 agentes ambientais, 1 enfermeira, 1 fiscal sanitário, 5 agentes administrativos, 6 motoristas e 2 auxiliares de limpeza. A equipe Orquídea foi implantada em 2005 e a Azaléia em 2011.

A estrutura física demanda reformas, atualmente falta espaço para implantação do segundo consultório odontológico que pertencerá à equipe Azaléia que foi a segunda a ser implantada. Carecemos de um espaço para grupos, portanto o município aluga um local onde realizamos palestras para a comunidade bem como os grupos de gestantes e grupo de saúde mental denominado de Grupo Vida, (que já funciona há 16 anos).

A unidade é dividida de forma a atender separadamente a população de cada equipe. Temos 3 consultórios médicos, 1 consultório de atendimento psicológico, 3 consultórios de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 consultório de nutrição, 2 salas de triagem, 1 farmácia, 1 sala de vacinas, 1 ambulatório, 1 sala de limpeza de material, 1 sala de esterilização, 2 banheiros públicos masculino e feminino, 1 banheiro para funcionários, 1 lavanderia, 1 sala de lanche, 1 sala de observação onde também são realizadas as nebulizações, 1 sala onde são realizados os encaminhamentos pra exames ou consultas especializadas, 1 sala de digitação, 1 sala para o gestor, 1 sala para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e 1 sala para os agentes ambientais.

A secretaria municipal de saúde mantém dois convênios com dois consórcios de saúde, Consórcio Público Fronteira Noroeste (COFRON) e Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Noroeste do Rio Grande do Sul (CISA), que são utilizados como recurso, quando alguma especialidade ou exame não está disponível via SUS ou já esgotaram as cotas do município. Vale ressaltar que duas auxiliares administrativas trabalham atendendo e agendando as demandas de solicitação de exames e consultas especializadas e organizam as agendas das viagens.

Nossas referências para consultas e exames especializados ficam sempre em outras cidades, algumas próximas e outras muito distantes. O deslocamento do usuário é basicamente feito pelo município. Possuímos duas ambulâncias, uma de porte grande e uma menor, uma Van com capacidade de transportar 13 passageiros, dois carros passeio com capacidade para 4 passageiros e uma Doblô de uso exclusivo para as equipes de ESF (o que nem sempre ocorre).

Estamos intensificando e estimulando a realização de mamografias de rastreamento, conseguimos atingir plenamente as metas dos exames de prevenção de câncer de colo, iniciamos um trabalho de prevenção de câncer de próstata, tendo até o momento tido boa aceitação por parte do usuário masculino sendo que ainda não foi feito nenhum levantamento estatístico.

Nossa sala de vacina atende às duas equipes e está equipada com balança pediátrica, climatizador e duas geladeiras sendo que, uma possui sistema de bateria que mantém a geladeira funcionando por 48 horas no caso de corte de luz e ainda possui um “celular” interno que disca para dois números pré-estabelecidos para avisar quando a temperatura baixa ou sobe além dos padrões estabelecidos; a outra é uma geladeira comum que é usada em período de campanha vacinal quando a capacidade de armazenamento da outra geladeira está completa. Toda a criança recém nascida é pesada antes de receber a vacina. Vale ressaltar que o bom índice de cobertura vacinal que atingimos se dá principalmente pelo rastreamento dos faltosos realizado pelos ACS, que tem acesso aos livros de registros, que os buscam.

A farmácia da UBS atende também as duas ESF e conta com duas profissionais, uma farmacêutica com carga horária de 40 horas semanais e uma auxiliar administrativa. São distribuídos medicamentos da lista básica.

A nutricionista e a psicóloga possuem, consultório de uso exclusivo.

A odontóloga da equipe Azaléia divide suas atividades de consultório com a outra equipe, pois, como já mencionei temos apenas um consultório dentário e realiza atividades de prevenção junto às escolas, com palestras, escovação supervisionada e aplicação de flúor. Participa dos grupos de gestantes, orientando escovação e cuidados durante a gestação bem como da higienização da boca do bebê com a dedeira de silicone que é fornecida as participantes do grupo, faz visita domiciliar a acamados e orienta as famílias.

A unidade de saúde é conveniada com o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) com sede em Ijuí distante 100 km de São Martinho. O odontólogo da equipe Orquídea realiza as ações do Projeto de Reabilitação Oral para usuários de ambas as equipes e o município é sede de um Laboratório Regional de Próteses Dentária.

As consultas médicas são em sua grande maioria de manda espontânea, sendo que pré agendadas apenas as consultas de pré natal. Como nossa população ainda está centrada no atendimento médico, quase que diariamente a procura por consulta médica excede a oferta. Apenas as emergências são atendidas além do limite de fichas.

Fizemos dois projetos de implantação, aos quais fomos contemplados, o NAAB - saúde mental (Núcleo de Apoio a Atenção Básica com ênfase na Saúde Mental) e oficinas terapêuticas. As equipes estão montadas e o trabalho esta se estruturando.

Temos praticamente todas as salas informatizadas com internet, menos os clínicos gerais, nutricionista e psicóloga, mas já está sendo projetado. O acolhimento ainda deixa muito a desejar, temos colegas que fazem jus ao título pejorativo de “funcionário público”. Infelizmente.

2. Análise Situacional

A cidade de São Martinho está situada na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, fica distante 490 km da capital do estado e possui, segundo o IBGE, 5773 habitantes. É uma cidade que tem sua economia básica oriunda da atividade agrícola e pequeno comércio local.

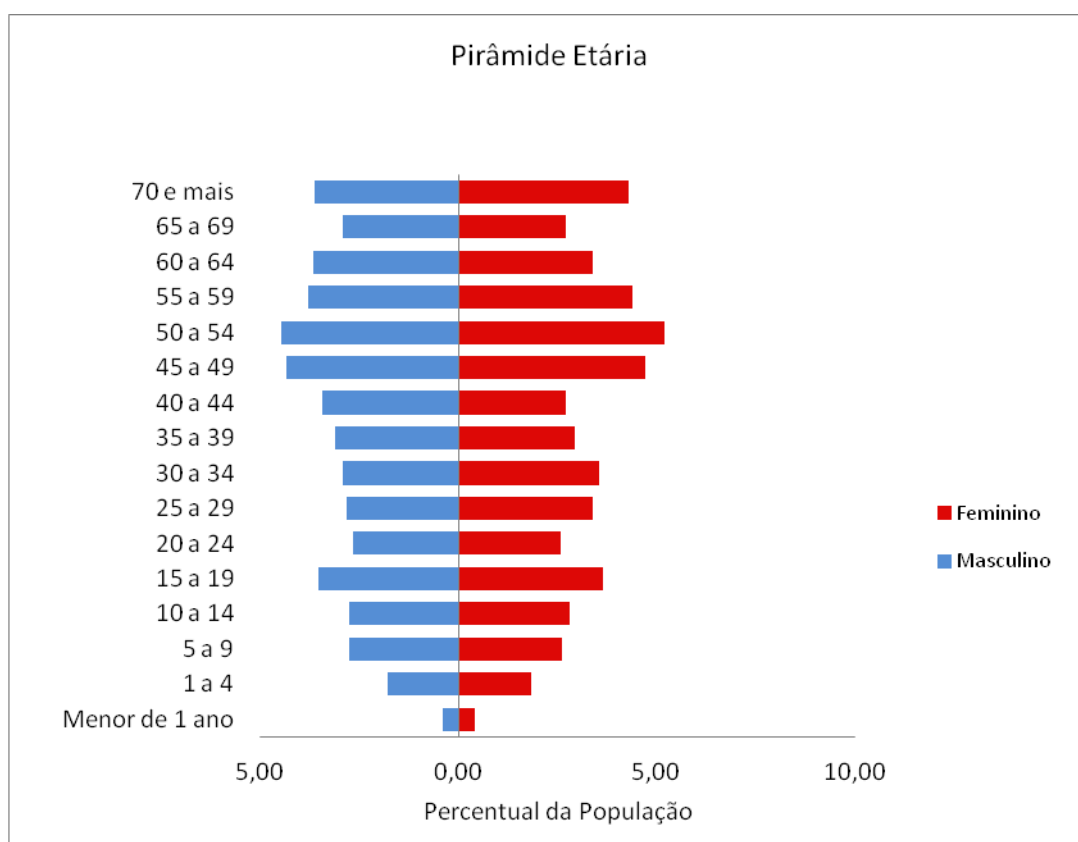


Figura 1- Pirâmide etária para a população coberta pela ESF Azaléia, São Martinho, RS, Brasil.

A maior parte do atendimento de saúde é realizada na única UBS onde atuam duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família que fica situada no centro da cidade, porém ambas as equipes prestam serviço para a área rural e urbana, de acordo com sua adstrição, abrangendo 100% da população. A UBS faz atendimento odontológico e executa trabalho de prevenção nas escolas, recentemente foi disponibilizado atendimento pelo CEO e produção de próteses dentária aos

usuários. O único hospital da cidade, que antigamente era referência para os municípios da região, hoje está impossibilitado de realizar cirurgias e parto, tendo apenas internações clínicas. O município tem direito a trinta e quatro Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) por mês, número muitas vezes insuficiente para atender a população.

A UBS, em relação aos recursos humanos, está bem estruturada, as equipes mínimas estão completas e possui uma equipe de apoio com dois médicos clínicos geral, farmacêutica, nutricionista, psicóloga, quatro técnicos de enfermagem, uma enfermeira além dos motoristas e agentes administrativos. Quanto à saúde bucal, são dois odontólogos e dois auxiliares de consultório dental.

A estrutura física da UBS está de uma maneira geral muito boa, visto que, com exceção dos dois médicos do apoio e dos odontólogos que compartilham do mesmo consultório em horários alternados, cada um dos demais profissionais de saúde tem sala própria equipada com computador e acesso a internet, ar condicionado, além do material necessário para o exercício da profissão. Os pontos negativos se resumem basicamente a inexistência de um local apropriado para o lixo contaminado que permanece em um tonel coberto no lado de fora da UBS, enquanto aguarda seu recolhimento, onde qualquer pessoa tem acesso, e a falta de um local para trabalhos em grupo que no momento fica distante da UBS, dificultando o deslocamento dos profissionais que ou vão a pé ou com carro próprio. A existência deste espaço na UBS seria muito mais prático a acreditar que estreitaria os laços dos usuários com a equipe. Infelizmente esta mudança depende de recursos financeiros o que impossibilita a sua prática em curto prazo.

A equipe atua basicamente na UBS e atende a população por demanda espontânea, raramente temos excesso na demanda de usuários e quando ocorre, não se tratando de urgência ou emergência, se solicita que retorne no turno seguinte ou no dia seguinte. Apenas são agendadas previamente as consultas de pré-natal.

Embora não se tenha em prática nenhuma sistematização nos atendimentos, é garantido aos usuários o acesso a exames e consultas especializados bem como ao transporte até o local da realização dos mesmos, pois este atendimento fica em outras cidades. Apesar de todos terem direito ao

atendimento pelo SUS em todos os níveis de complexidade, não nos é possível garantir este atendimento a tempo hábil. A Secretaria Municipal de Saúde tem convênio com dois consórcios que a medida do possível custeia a maior parte das especialidades.

A ESF em que atuo tem uma população de 2872 pessoas, dispostas em oito micros áreas, que estão assim distribuídas:

Sexo	Faixa etária										
	<1	1 - 4	5 - 6	7 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 49	50 - 59	>60	Total
Masc	11	51	26	53	79	101	330	222	237	293	1403
Fem	12	53	21	54	81	105	357	213	275	298	1469
Total	23	104	47	107	160	206	687	435	512	591	2872

Fonte: Siab em 11/09/2012

Figura 2- Distribuição da população por sexo e idade na área de abrangência da ESF Azaléia

A gestante depois de captada pela equipe e que realiza as consultas do pré-natal na UBS, tem acesso a todas as consultas que se fizerem necessárias neste período, bem como a exames de rotina e ultrassonografia. Em caso de gestação de risco a futura mãe é encaminhada para referência regional onde recebe a atenção necessária para sua situação. A cada semestre é realizado um grupo de gestantes, aberto a todas as gestantes inclusive as que estão com acompanhamento pré-natal na rede privada, onde todos os profissionais da UBS participam abordando a gestação em relação aos aspectos de sua área de atuação. Neste momento elas recebem orientações sobre o desenvolvimento da gestação, vacinação, importância do pré-natal, aspectos psicológicos do momento, preparo das mamas para o aleitamento materno, direitos da gestante, cuidados com o recém nascido, teste do pezinho, vacinação do bebê, avaliação médica periódica, segurança da casa para a criança, entre outros assuntos.

Não temos profissional pediatra em nossa UBS, ficando a cargo do médico clínico geral realizar as consultas de puericultura. Quando necessário uma avaliação pediátrica, o município paga, pois, não tem nenhum pediatra credenciado pelo SUS

na região. As crianças também são atendidas por livre demanda, mas, estamos planejando pré agendar o atendimento no mesmo modelo que usamos para as gestantes. De nossos recém nascidos, 95% realizam o teste do pezinho em tempo hábil. Nossa UBS tem uma sala de vacina bem equipada, e o trabalho dos técnicos de enfermagem e dos ACS garantem uma boa cobertura vacinal da população em geral, mas em especial aos recém nascidos. Todas as ações executadas na sala de vacina possuem anotações e são facilmente rastreáveis.

Quando a mãe traz o bebê para a realização do teste do pezinho, o odontólogo aproveita a oportunidade e fornece uma dedeira de silicone e orienta a mãe quanto aos cuidados com higiene bucal do recém nascido.

A maioria das ações preventivas executadas carece de anotações, de maneira que não temos a comprovação exata da abrangência que alcançamos.

Temos um grupo denominado de Grupo Vida que se reúne semanalmente para desabafar, socializar angústias, fazer atividades manuais, jogar ou simplesmente contar piadas. Ele é formado por usuários que apresentam alguma forma de sofrimento psíquico e é coordenado pela psicóloga e pela enfermeira, mas conta com a colaboração direta dos ACS também.

Recentemente fomos contemplados com o Núcleo de Apoio a Atenção Básica para Saúde Mental (NAAB- Saúde Mental), trata-se de uma equipe formada por uma psicóloga, enfermeira e uma auxiliar administrativa que auxilia as ESF no trabalho com usuários com sofrimento psíquico, e ainda com um projeto de oficinas terapêuticas na qual atua uma artesã que organiza oficinas de artesanato.

O atendimento das mulheres na faixa dos 25 aos 64 anos para a realização do exame preventivo de câncer de colo é por livre demanda, embora os ACS dêem uma lembrada quando chega próximo do período de fazer nova coleta. Neste assunto em especial seguimos as orientações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) que constam nas diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo uterino. Segundo as normas, cada mulher depois dos 25 anos de idade deve realizar dois exames em dois anos consecutivos e se o resultado não apresentar alterações, as coletas posteriores serão a cada três anos, de modo que a meta é atingir

aproximadamente 30% das mulheres nesta faixa por ano. Na nossa realidade sempre alcançamos um índice superior. A adesão das usuárias ao preventivo de câncer de colo é muito positiva, infelizmente o mesmo não ocorre em relação ao exame de mamografia. Estamos ascendendo na demanda, mas ainda temos muito que conscientizar.

Todo o usuário que acessar a UBS pode ter sua pressão arterial verificada a qualquer dia ou horário, o mesmo não ocorre com a verificação do Hemoglicoteste (HGT) que priorizamos para os usuários sabidamente diabéticos e são realizados apenas no turno da manhã, no intuito de garantir o jejum. Como a grande maioria dos atendimentos acontece por livre demanda, não ocorre distinção por faixa etária, porém observa-se uma concentração nos atendimentos na faixa acima de 60 anos que em média corresponde a 30% do total de atendimentos. O atendimento a hipertensos motivam 20% das consultas médicas. Deste modo podemos concluir de que apesar de não haver programas pré-definidos os usuários buscam atendimento e de certa forma fazem o acompanhamento da evolução da sua enfermidade.

Depois dos questionamentos do Caderno das Ações Programáticas, tomei consciência das inúmeras ações preventivas que deixamos de executar na prática profissional, principalmente no que se referem à hipertensão, diabetes e saúde do idoso. A falta de anotação ou de uma forma de controlar as ações executadas é o que mais se destacou, esta ausência de informações impediu que muitas atividades não pudessem ser comprovadas ou mensuradas dificultando o preenchimento das abas do Caderno das Ações Programáticas.

Embora tanto a UBS e a equipe de profissionais estejam bem estruturados, para que possamos atingir todos os objetivos propostos, que contemple o atendimento na UBS, atendimento domiciliar, intervenções na comunidade, manutenção de grupos terapêuticos ou não, atividades de prevenção a saúde escolar, sem esquecer na educação continuada dos trabalhadores da saúde, necessitaríamos de mais recursos humanos, para viabilizar toda esta demanda.

Mais recurso financeiro também teria de ser designado para dar suporte às solicitações de complementação diagnóstica que certamente extrapolariam as cotas destinadas ao município.

Não vejo soluções muito rápidas, aliás, em se tratando de saúde pública nenhum resultado se observa da noite para o dia. Quem sabe implantando um bom programa de atenção à puericultura e de saúde na escola, as próximas gerações terão a capacidade de desenvolver consciência corporal de forma a discernir o que é bom ou não para a sua saúde.

Implantar um sistema de controle das ações que seja de fácil manejo, que possibilite mensurar o que foi executado bem como identificar faltosos, seria um passo importante, pois baseado nos demonstrativos, será possível detectar falhas e a partir daí programar capacitações para equipe bem como criar mecanismos para atrair os usuários para melhorar a adesão dos mesmos nos programas.

2.1 Análise Situacional : Engajamento Público

Particpei durante vários anos do Conselho Municipal da Saúde (CMS) da minha cidade e por um período quase me perpetuei na presidência do mesmo. Não se conseguia formar uma chapa para nova diretoria, a desculpa dos demais integrantes era de que já faziam parte de pelo menos uma diretoria, seja da sociedade, da igreja, do Ciclo de Pais e Mestres (CPM) da escola, da Associação Comercial e Industrial (ACI), de outro conselho e assim por diante. Mesmo nas sociedades privadas, como clube, sociedade aquática, Centro de Tradições Gaúchas (CTG) é complicado montar uma diretoria. Ninguém mais quer tomar a responsabilidade e acaba que sempre os mesmos assumem. Isto acontece pelo fato da cidade ser pequena e ter as mesmas atribuições burocráticas de uma cidade maior.

A idéia de popularizar as decisões em uma cidade de pequeno porte parece ser muito fácil afinal são poucas pessoas, mas contamos com aproximadamente 48 diretorias diferentes referente a conselhos, associações, igrejas, sociedades, sindicatos, hospital e quase todo mundo alguma vez já fez parte de uma. Não se cria mais lideranças nas comunidades, não existe espírito de coletividade, é cada um por si. Cada um quer receber mais que o outro, impera a “lei de Gerson”, levar vantagem em tudo,

Somos um município essencialmente agrícola, observo também que as exigências tecnológicas para a melhoria da produção requerem mais dedicação por parte do agricultor, pois envolve investimento pesado. A diminuição no número de filhos, o aumento no grau de instrução dos filhos que vão à busca de outras atividades menos pesadas e com retorno financeiro mais estável, reduziu a mão de obra no interior. Para quem permanece no campo sobra menos tempo livre para se dedicar a atividades comunitárias.

Outro fator que desestimula a participação popular é a morosidade no retorno das reivindicações ou até mesmo o fato da reivindicação muitas vezes não ser atendida, é como “chover no molhado”.

Quando iniciei minhas atividades nesta cidade, ainda existia o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para quem trabalhava e tinha carteira assinada e o Posto de Saúde “pros pobres”. O índice de vacinação geral deixava a desejar, a busca por faltosos inexistia, preventivo de colo uterino só na rede particular e assim por diante. Quando houve a municipalização da saúde, a gestão pública municipal passou gradativamente a assumir as ações de saúde. Quase que de imediato foi instalado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) impulsionando a melhoria dos índices.

Um exemplo de concepção positivista que tive oportunidade de vivenciar foi durante um surto de impetigo em crianças de determinada localidade. Não havia melhora no quadro e as lesões permaneciam por muitos dias e cada dia aparecia mais uma “vítima”. Procurei saber qual medicamento estavam tomando e cheguei a pensar que a medicação era falsificada ou coisa parecida. Questionei as mães se estavam respeitando os horários. Descobri a razão, para elas quatro vezes ao dia não significava de seis em seis horas e a maioria não tinha relógio, muito menos um despertador. Conversei com o médico que passou a prescrever medicação injetável em dose única e foi o fim do surto.

Cito como exemplo político-pedagógico uma estratégia que foi utilizada para incrementar o índice de coletas de material para citopatologia de colo uterino. Por ocasião das visitas domiciliares os ACS convidavam as senhoras para realização do

exame e surgiram inúmeras desculpas para não fazer, dentre as quais o fator deslocamento era o mais citado, pois não tinha (e ainda não tem) linha de ônibus que faça o transporte da população do interior para o centro e o desconhecimento do porque realizar o exame. De posse destas informações elaboramos uma sistemática que possibilitou às mulheres do interior a oportunidade de fazer o preventivo de câncer de colo de útero em suas próprias comunidades.

Os ACS organizavam um local na comunidade cuja exigência era luz elétrica água corrente e um local que oferecesse privacidade. Estes locais foram escolas, casas de família, igrejas, salões das sociedades, sacristia, enfim qualquer lugar que a comunidade tinha a oferecer. Depois de definidas as datas e os locais, as mulheres recebiam um convite nominal para a realização da coleta. Levávamos todo o material necessário para a realização da coleta Adaptamos perneiras numa maca dobrável e passamos a utilizar espéculos vaginais descartáveis. Antes de iniciar a coleta, aproveitávamos que todas as mulheres estavam reunidas e passávamos brevemente informações sobre saúde da mulher, destacando a importância da prevenção. O resultado foi compensador passamos de uma média anual de 87 exames para 290 no primeiro ano. Passados 16 anos o número de mulheres que realiza os exames fica em torno 800 ao ano, observando o grande número de jovens que procuram pelo exame concluímos que as mães estão incentivando as filhas a se prevenirem mais cedo.

O desejo de cura e o imediatismo sobrepõem-se ao desejo da prevenção e auto cuidado.

Os resultados da concepção positivista são mais imediatos e mais “confortáveis”, não requerem grandes sacrifícios e praticamente nenhuma mudança de hábitos. A educação popular pode levar toda uma geração para se “colher os frutos”, requer disciplina e perseverança de ambas as partes, equipe e usuários.

2.2 Análise Situacional: Estrutura da UBS

O acesso à UBS é feita por rampa e ou escada, tem área coberta onde há bancos de madeira ripada para quem chega cedo e espera a UBS abrir. A escada

fica rente a parede e possui degraus largos permitindo um passo entre um degrau e outro e não tem corrimão.

A recepção permite boa circulação para trabalhadores de saúde e usuários sendo que a permanência destes no local é breve. Temos todos os usuários cadastrados em prontuário eletrônico e a atualização dele é feita pelos ACS e a assistente administrativa a cada mês. Os prontuários tradicionais estão organizados em arquivos de aço, dois para cada equipe, em envelopes onde está impressa a folha A. Cada envelope está numerado conforme a micro área e o número da família de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Cada micro área tem sua gaveta.

Não temos sala de espera, mas os corredores são largos e os bancos encontram-se organizados lado a lado ao longo das paredes onde o usuário aguarda sua chamada.

Logo na entrada, em frente da porta de acesso, fica a farmácia e imediatamente à direita a sala de vacina. A medicação fica exposta em prateleiras de madeira pintada com tinta lavável e algumas prateleiras de ferro também lavável, o estoque de medicamento fica em uma sala interligada a farmácia. O balcão de dispensação de medicamento é fechado com vidro permitindo a distribuição num espaço de 90 cm de largura por 20 cm de altura.

A sala de vacina, bem como todos os consultórios, dos médicos, das enfermeiras e da nutricionista são amplos e tem um tamanho médio de 12m², estão equipados com pia, dispensador de sabonete e de papel toalha, porém as torneiras possuem acionamento manual.

O consultório dentário, além do básico, tem uma autoclave de uso exclusivo que evita a circulação do material pela UBS. O consultório dentário é o único que é compartilhado por dois profissionais.

Cada equipe tem a sua sala de preparo com balança, braçadeira, esfigmomanômetro e termômetro, sendo que apenas uma sala de triagem possui balança pediátrica que é de uso comum as duas equipes.

A sala de curativos também é utilizada para aplicação de medicação injetável e realização de pequenos procedimentos ela é bem dimensionada e equipada com foco de luz, balcão de madeira revestida interna e externamente com fórmica com tampo de inox, pia, dispensador de sabão e papel toalha.

A área destinada para observação também é usada para realizar as nebulizações, é a peça mais improvisada da UBS, possui um leito, um balcão com o material para a nebulização, o compressor de ar com duas saídas, um armário com livros e outros materiais didáticos.

A sala de recebimento de material contaminado está bem estruturada, tem janela para passagem do material limpo para sala onde será embalado e autoclavado, ambas com pia de inox e dispensador de sabonete e de papel toalha bem como prateleiras de metal.

Não temos almoxarifado e erroneamente o estoque de material fica dividido, parte na sala de limpeza do material e parte na sala de esterilização.

Temos uma copa/cozinha em anexo a USB ao lado da lavanderia.

O lixo é recolhido diariamente de todas as salas onde já estão separados em contaminado e lixo seco. O lixo orgânico é produzido preferencialmente só na cozinha. A coleta do lixo comum é feita pela prefeitura e segue o seguinte cronograma: 2ª, 4ª e 6ª lixo orgânico e 3ª e 5ª o lixo seco. O lixo contaminado é recolhido por uma empresa particular a cada duas semanas.

Não possuímos espaço para abrigar o lixo, infelizmente ele fica a espera do recolhimento junto do estoque de material de limpeza que é adjacente a lavanderia.

Dento da UBS temos dois sanitários destinados aos usuários, um masculino e outro feminino, ambos tem ambiente, para pia, separado do vaso sanitário. Para os funcionários tem apenas um sanitário de uso comum onde também está o armário de vestiário, ele é revestido de azulejo e alguns já caíram, ficando a parede áspera de traz exposta. O armário cobre toda parede onde fica a única janela.

Não temos um sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais.

Não temos sala de reunião nem sala para os ACS, para isso utilizamos uma sala alugada que denominamos Espaço Terapêutico.

Todas as dependências da UBS têm piso liso e lavável, paredes lisas e laváveis, algumas pintadas outras revestidas com azulejo, todas as portas têm trinco de alavanca, menos a do consultório de enfermagem que é porta de correr, a única peça sem iluminação direta é o banheiro dos funcionários, apenas algumas escrivaninhas têm acabamento arredondado.

A UBS possui um segundo piso que permite o acesso apenas por escada, esta com corrimão, onde fica a sala do gestor municipal de saúde, o pessoal que distribui as AIH's, o cadastramento para o cartão SUS e o consultório da psicóloga. Quando necessário o pessoal desce para fazer o atendimento no térreo.

São poucas as adaptações que precisam ser feitas para se aproximar do ideal, mas a maioria delas um tanto onerosas. Segundo a nossa gestora já existe um projeto de ampliação da UBS na qual estará contemplado espaço para ACS, reuniões, vestiário, sala para os motoristas e um auditório. Infelizmente não fui convidada para participar do planejamento.

Em minha opinião a mudança mais urgente seria a construção da área para o depósito do lixo contaminado pelo fato de ficar por duas semanas no local onde são lavados todos os panos da UBS, incluindo nossos uniformes.

A recolocação dos azulejos no sanitário dos funcionários e na parede do corredor onde está fixado o filtro de água seria a tarefa mais simples e barata até porque a mão de obra poderia vir da secretaria de obras restando apenas a despesa com material.

O corrimão na rampa e na escada de acesso a USB também é necessário, pois afeta a segurança não apenas dos usuários como dos trabalhadores da saúde que a utilizam.

Gostaria imensamente contar com um almoxarifado, isto facilitaria em muito o controle do material estocado, hoje não tem um controle sobre o estoque. Também seria interessante uma sala de utilidades para se guardar materiais diversos como enfeites de natal, páscoa, bonecos de divulgação de campanhas, entre outros.

Creio que do exposto acima o mais provável de conseguir em curto prazo seria em ordem, os azulejos, o corrimão e um pequeno depósito para o lixo contaminado, o resto só com a ampliação.

2.3 Análise Situacional: Processo de trabalho da UBS

De modo geral temos praticamente todos os equipamentos básicos para o trabalho. Nosso ambulatório tem foco de luz grande, fio de sutura, bisturi, porta agulhas, cubas, pinças diversas, tesouras, enfim todo o material que permite realizar pequenos procedimentos.

Não nos falta seringas, agulhas, pinças e tesouras bem como gazes, ataduras de várias larguras e demais materiais necessários para executar as atividades ambulatoriais de rotina. Cada equipe tem um glicosímetro que é utilizado nas visitas domiciliares e um que fica fixo no ambulatório e as lancetas são auto-retráteis, dos dois oxímetro que possuímos, um é de uso comum para as duas equipes e fica no ambulatório e o outro fica sempre a disposição na ambulância.

No espaço destinado para a esterilização tem uma autoclave e o material é embalado em papel crepado sendo fixado com fita para autoclave. É realizado teste de controle microbiológico semanal.

Na área odontológica não falta nenhum equipamento ou material, sendo que o instrumental é esterilizado em autoclave de uso exclusivo do consultório dentário.

Todos os três consultórios médicos têm a sua disposição um otoscópio, um sonar, um estetoscópio, estetoscópio de pinard, um negatoscópio, mesa clínica/ginecológica além de material descartável para realização de exame ginecológico se necessário, rede de internet, porém o consultório médico de apoio ainda não tem computador.

Nas duas salas de triagem tem tensiometro, estetoscópio, balança antropométrica adulto sendo que em apenas tem balança digital infantil, dois termômetros, apoio para o braço, escrivaninha com gaveta, duas cadeiras, apenas uma delas tem pia com torneira.

O consultório de nutrição é informatizado com acesso a internet e tem como equipamento balança antropométrica para adulto, balança digital infantil, uma fita métrica fixada na parede para medir as crianças que são maiores que a régua antropométrica e menor que o antropômetro da balança. A USB tem apenas uma régua antropométrica de uso comum que fica a disposição na sala de triagem. O consultório de psicologia possui além do mobiliário, um grande espelho, um baú com brinquedos pedagógicos entre outros materiais. A sala também é informatizada.

A sala de vacina também é informatizada e está equipada com duas geladeiras que são de uso exclusivo para vacinas. Uma delas é uma geladeira doméstica, na qual foi adaptado um termômetro que registra as temperaturas, máxima e mínima desde a última leitura, e outra que possui controle de temperatura digital e um sistema de alarme através do celular que avisa o responsável da sala de vacina se a temperatura estiver se aproximando dos extremos permitidos, tendo ainda uma bateria com capacidade de mantê-la funcionando por 48 horas em caso de falta de energia. Todas as vacinas do calendário são aplicadas na UBS. As crianças são pesadas na balança digital infantil própria da sala de vacina e medidas na régua antropométrica incorporada numa mesinha.

Quanto aos consultórios de enfermagem estamos equipadas com um armário de duas portas e três gavetas acopladas à mesa ginecológica, escrivaninha, computador e acesso a internet. Temos acesso à impressora por compartilhamento. Todo material que utilizamos na coleta de muco para exame citopatológico é descartável.

Foi adquirido no decorrer deste ano um veículo que tinha o destino de ser de uso exclusivo das duas ESF, sonho que não se realizou. Apesar de ter uma Van com capacidade de transportar 14 passageiros, mais dois carros passeio, uma ambulância pequena e uma grande, que deveria ficar sempre na unidade, passaram

a utilizar o veículo das ESF que tem disponibilidade de seis passageiros, para o transporte de usuários para as mais diversas especialidades de nossa referência.

Os ACS ganharam a muitos anos passados uma bicicleta das quais não tem mais nenhuma em condições de uso, não recebem protetor solar, não utilizam balanças nas visitas, materiais de expediente, que inclui pasta, recebem com regularidade, quanto aos uniformes deixa bastante a desejar, neste ano receberam um par de óculos escuros para proteção do sol.

Não dispomos de nenhum teste rápido na UBS com exceção do HGT, os demais podem ser feitos no laboratório da cidade. Quanto ao acesso aos exames complementares listados nos questionário não temos disponibilidade via SUS ou consórcios de apenas e deles os demais com margem de espera de no máximo 30 dias. Em relação às especialidades não dispomos de atendimento para dermatologia, ginecologia, pneumologia e pediatria. Todo o encaminhamento seja para exames ou consultas especializadas são marcadas na UBS e os usuários, como já mencionei, são transportados pela secretária municipal de saúde.

Depois da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e da leitura deste questionário estamos providenciando todo o tipo de protocolos ou diretrizes para disponibilizar para as equipes, também não dispomos de bibliografia específica.

Deixei a parte da farmácia para descrever por último, pois o que encontrei não foi tão bom como nos demais departamentos. Constatei que nenhum fitoterápico ou homeopático é utilizado na UBS. Creio que seja por falta de credibilidade por parte dos médicos a estes fármacos. A própria academia na formação do profissional não estimula o seu uso. Deveríamos todos ser capacitados para desenvolver um olhar mais otimista para isso. Dos demais medicamentos, 43% deles não são oferecidos e 3% são insuficientes, isto segundo as informações prestadas por nossa farmacêutica, ou seja, quase a metade da lista não está à disposição dos usuários. Ela informou que os médicos ajustam a dosagem da medicação conforme a oferta na UBS, tipo meio comprimido de 50 mg ao invés de um comprimido de 25 mg.

A manutenção e a reposição dos equipamentos e dos materiais, não são sistematizadas. À medida que acontece o dano é providenciado o conserto e na impossibilidade deste, é solicitada a aquisição de um novo. Isto não significa que não possa passar um ano ou mais até que se consiga a efetivação do fato. Quanto aos materiais é mais rápido e raramente falta.

Temos idéias pré-concebidas sobre o nosso próprio ambiente de trabalho. Deixamo-nos contaminar com a opinião dos usuários e da própria mídia que apenas exaltam as deficiências do sistema. Parando para pensar, após o levantamento feito por intermédio dos questionários, fiz uma “leitura” um tanto otimista do local onde passo grande parte do meu dia, apesar de ter muito que fazer para chegar a uma excelência, nossa UBS oferece boas condições de trabalho e conseqüentemente um bom atendimento.

2.4 Análise Situacional: Atenção a demanda espontânea

Temos em nossa UBS, além das duas ESF formadas por equipe mínima, uma equipe de apoio composta por mais dois médicos que atendem juntos 36 consultas médicas diariamente. Levando em conta, que as duas ESF realizam em torno de 168 consultas por semana, temos ao todo 350 usuários atendidos por profissional médico a cada semana. Ao fazer os cálculos da necessidade de consultas médicas anuais, baseados em nossa população e tendo como parâmetro três consultas por usuário ao ano concluimos que necessitamos 17.319 consultas/ano incluindo as consultas para as especialidades, consultas de urgências e consultas pré-hospitalares e ofertamos 17.870 apenas na atenção básica.

Normalmente não temos um excesso de demanda, eventualmente no inverno devido às infecções respiratórias. Neste caso faz-se uma avaliação e conforme a gravidade se encaminha para os médicos responsáveis pela área da qual o usuário faz parte ou solicita-se que retorne no outro dia ou turno.

A maioria dos atendimentos é por demanda espontânea. O agendamento prévio é feito para as gestantes, coleta de material para exame cito patológico, próteses dentárias e algumas revisões de acompanhamento.

Considero que o número de profissionais médicos seja adequado para a nossa população, porém após as leituras acredito que para o bom andamento de todos os programas e atividades programáticas serem bem executadas, necessitaríamos de mais colegas da área da enfermagem.

Mesmo racionando o tempo, o relógio não para, se fixarmos um horário para acolhimento e triagem nos dois turnos para a enfermeira, fica impraticável a mesma se deslocar para uma localidade do interior para uma atividade grupal, ou para uma escola. A realidade das pequenas cidades, neste sentido, é muito diferente de uma cidade grande onde uma ESF atende o mesmo número de usuários em uma área menor, pois são mais aglomerados. O deslocamento toma tempo nos dois sentidos, temos que ir e voltar.

Temos conhecimento de todas as gestantes de nossa área de abrangência inclusive das crianças menores de cinco anos. Temos por hábito, desde a implantação do EACS, de fazer listas com o nome das crianças com data de nascimento, separadas por área, para facilitar a busca de faltosos nas campanhas de vacina, pois o familiar tem que assinar ao lado do nome do filho quando realiza a vacina. O mesmo procedimento é usado para os idosos acima de 60 anos.

Comparando nossos dados com a pirâmide gerada pelo caderno das ações programáticas, as diferenças são bastante grandes frente aos nossos dados do Siab. Comparei também com a pirâmide do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e ela é mais compatível com nossa atual realidade.

Nenhuma faixa etária estimada é compatível com o que temos realmente. Nosso índice de natalidade não acompanha o índice nacional, portanto o número de crianças menores de um ano e de gestantes está super-estimado. Temos 56 crianças menores de um ano no município e o programa prevê 105 crianças, em contra partida temos 1187 pessoas acima de 60 anos e o programa estima apenas 640 idosos. Quanto ao número de gestantes, no momento temos 32 gestantes cadastradas, porém, já tivemos 42 nascimentos, um aborto espontâneo e uma interrupção da gestação com 16 semanas através de cesariana, pelo fato do feto apresentar anencefalia que foi diagnosticado pelo exame de ultrassonografia. Uma peculiaridade, uma de nossas gestantes está gerando trigêmeos e faz o

acompanhamento da gestação na referência de gestação de risco, para o caso dos bebês precisarem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Nos denominadores estão previstas 87 gestantes, se for considerado ao longo do ano quase chegamos lá, mas não é o número atual de gestantes.

Os ACS fazem atualizações mensais nos cadastros, por este motivo confiamos muito nos dados do Siab.

2.5 Análise Situacional: Puericultura

A puericultura em nossa rotina não segue os protocolos do Ministério da Saúde. Não temos dia certo para atendimento de crianças e nem consultas agendadas. Basicamente a avaliação pueril é feita pelos médicos, tanto da ESF como do apoio e técnicas de enfermagem. Não temos pediatra trabalhando na UBS.

Alguns procedimentos em puericultura possuem um registro que permanecem na UBS como vacinas e teste do pezinho. Nestes quesitos atingimos 100% de cobertura, pois os ACS têm acesso às informações e fazem busca ativa aos faltosos. Nem todas as mães trazem seu filho no serviço público para realizar o teste do pezinho e o fazem particular por ser mais completo, mas os ACS dão conta da informação. Da mesma forma algumas famílias, principalmente aquelas que têm algum convênio de saúde buscam o atendimento privado para puericultura.

Via de regra o atendimento é por livre demanda, existe o incentivo dos ACS para a consulta de revisão dos recém-nascidos e consultas de rotina posteriormente. Aproveita-se o momento da coleta de sangue para o teste do pezinho e a primeira vacina para reforçar o aleitamento exclusivo, o odontólogo entrega para a mãe uma dedeira de silicone e orienta quanto ao uso dela para a higiene bucal do bebê.

Nem todas as crianças são pesadas na UBS, quando a mãe faz o controle na rede particular ela não faz muita questão de pesar novamente. As crianças que são pesadas têm o peso marcado na curva de crescimento do cartão de vacinas. Quando encontramos uma criança com baixo peso ou com um decréscimo na curva a mãe é orientada a retornar semanalmente para controle, persistindo na semana seguinte encaminha-se a consulta médica, e avisa-se o ACS para monitorar mais de perto.

A data da próxima vacina sempre é escrita a lápis na própria carteirinha de vacina. Não utilizamos cartão espelho. Mantemos os registros de todas as vacinas em livros e por data de nascimento, por este motivo fica mais fácil visualizar os faltosos, pois não precisamos abrir todas as carteirinhas, basta abrir a página do mês e ver quem não compareceu.

O número de crianças menores de um ano que o Caderno das Ações Programáticas prevê para nós é muito superior ao que nós temos, ele estima 46% a mais, temos 28 crianças enquanto o programa estabelece 52. Nosso índice de natalidade não segue os padrões brasileiros.

Durante o grupo de gestantes todos os aspectos são abordados, importância do teste do pezinho, calendário de vacinas, consulta de puericultura, avaliação do peso, aleitamento exclusivo, perigos na casa, sinais alerta de doenças, alimentação, higiene bucal do RN. Sendo que todos os profissionais trabalham a questão do aleitamento materno, cada um ressaltando a importância para a sua área de atuação.

O odontólogo destaca importância do aleitamento materno para a formação do palato e dentição, a psicóloga aborda a troca de carinho e o desenvolvimento do sujeito com auto estima elevada que o vínculo criado no aleitamento proporciona, os médicos e enfermeiros enfatizam a questão da melhoria na imunidade, a nutricionista resalta os aspectos nutricionais importantes para o desenvolvimento sadio.

Sempre que possível fazemos uma visita domiciliar a puérpera, para dar apoio, verificar o ambiente, adequação das roupas do bebe para a temperatura, (normalmente excesso de roupa), e reforçar as orientações gerais.

Carecemos de registros das atividades, muitas orientações são feitas, mas não são registradas, portanto não tem como mensurá-las.

A criação de um sistema de informação que permaneça na UBS e que facilitasse a visualização, na forma de planilha, a qual seria atualizada a cada atendimento por todos os envolvidos, poderia nos proporcionar uma visão mais

ampliada, como um retrato da questão, facilitando o controle, a busca e o planejamento de estratégias.

Fiquei muito desconcertada ao responder tantos não no questionário, isto me fez refletir sobre meu trabalho. Que tipo de enfermagem eu estou executando, onde mesmo eu me destaco? Certamente não é na puericultura. Pelo que andei olhando adiante no Caderno das Ações Programáticas, muitos não ainda virão, pois existem “buracos” enormes a preencher.

No momento me senti bastante inclinada a me dedicar mais a puericultura, tenho algumas idéias para por em prática baseadas em um material da pastoral da criança. Já colocamos em prática com as gestantes e a idéia é continuar com o sistema até que a criança atinja dois anos de idade.

2.6 Análise Situacional: Pré-Natal

Na nossa ESF temos cadastradas 17 gestantes, das quais três fazem o acompanhamento médico em clínica particular. As gestantes que não realizam as consultas na ESF realizam o controle vacinal e os testes de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na UBS.

Os ACS cadastram no SIAB todas as gestantes de sua área e realizam visitas regulares, independente de onde fazem o pré natal. Todas são convidadas a participar do grupo de gestantes. Pelos relatos dos colegas e pelo que concluímos das questões do questionário, nosso grupo de gestantes funciona de forma diferente. Não temos um grupo fixo, temos dois grupos ao ano que está dividido em oito encontros. A cada encontro um profissional traz informações pertinentes a sua área de atuação para o período gestacional e Recém Nascido (RN). Participam do grupo enfermeira, médico, odontóloga, nutricionista, psicóloga, farmacêutica e ACS.

O desenvolvimento da gestação mês a mês com seus sinais e sintomas, mitos e verdades, estímulo ao aleitamento materno, preparo adequado das mamas, cuidados com a alimentação, postura, conforto, sono e repouso, sexualidade, aspectos psicológicos da família grávida, cuidados sobre saúde bucal destacando entre outros a importância do aleitamento para formação do palato e futura dentição, preparo para o parto, cuidados com o RN e calendário de vacinas e teste do pezinho

são alguns dos assuntos abordados. Quando os partos eram realizados no hospital da cidade, incluíamos uma visita a sala de parto, bloco cirúrgico e as acomodações para internação. Nossa sala de parto e bloco cirúrgico foram interditados pois não temos médico anestesista.

Cada profissional faz uma abordagem de aproximadamente uma hora e após as gestantes participam de uma oficina na qual aprendem a confeccionar lembrancinhas de bebê, atividade esta que é coordenada pelos ACS.

O primeiro atendimento é por livre demanda e a gestante ao sair da primeira consulta já agenda a seguinte. O atendimento na UBS fica restrito a consulta médica e a sala de vacinas. Não temos consulta de pré-natal feita pela enfermeira, tampouco consulta odontológica sistematizada para gestantes.

São garantidos todos os exames necessários a gestante, inclusive a ultrassonografia. A internação para o nascimento do bebê é noutra cidade que fica aproximadamente a 35 km de distância e o transporte é feito via UBS, tanto ida como volta. Para gestação de risco temos outra referência que também fica a 35 km, mas um bom trecho por estrada de chão batido, o que não agrada muito. No caso de gestação gemelar a gestante é referenciada para Ijuí onde faz o acompanhamento do pré-natal devido a provável necessidade de mais de uma vaga em UTI e UTI neonatal. Ijuí dista de São Martinho 100 km, mas possui hospital que oferece todos os recursos necessários para o acolhimento de bebês prematuros.

Não foi possível preencher todos os dados solicitados no caderno de ações programáticas, devido à falta de registros adequados. Buscando os prontuários muitas vezes encontramos apenas os sinais vitais da gestante e nada mais. Os dados que conseguimos obter com segurança são do teste do pezinho, vacinas, teste de HIV, consultas iniciadas no primeiro trimestre e consultas em dia, estes dois últimos pelo SIAB.

Já tínhamos em funcionamento o Sistema de Acompanhamento do Programa de Imunização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), mas devido a mudança de gestão, remanejaram alguns colegas e o programa foi abandonado há 5 anos.

Quanto aos índices, eles são bons naqueles itens contemplados com registro e completamente nulos nos demais, o que não significa que não são executados, apenas não é possível de mensurar como, por exemplo, a solicitação de exames na primeira consulta.

Cabe ressaltar que a estimativa de gestantes para nossa área de atuação está muito além da nossa realidade. Aparece como se nós atendêssemos apenas 40% das nossas gestantes.

Mais uma vez a falta de registro das atividades que executamos, e a não utilização de protocolo pelos profissionais e a não sistematização dos trabalhos são problemas evidentes em nossa UBS.

Para melhorar os registros do atendimento pré-natal vamos re-implantar o SISPRENATAL, já temos uma técnica de enfermagem que foi capacitada na semana passada para dar andamento no mesmo. As colegas que trabalham no fichário ficarão responsáveis pela coleta dos dados da carteira da gestante e passar para a planilha do programa e posteriormente encaminhar a técnica de enfermagem que vai digitar no sistema as informações. Vamos conversar com os demais colegas para que procedam efetivamente ao preenchimento da carteirinha de gestante. No grupo de gestantes que está em andamento será acrescentado o tema prevenção de acidentes na infância “Segurança e casa segura” para seu filho.

2.7 Análise Situacional: Prevenção do Câncer Ginecológico

O rastreamento do câncer de colo uterino na UBS de São Martinho é de longa data. No início das minhas atividades os índices eram muito baixos e os ACS e eu organizamos uma estratégia para a melhoria dos índices que deu muito certo. Hoje atingimos anualmente em torno de 35% das mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, embora se faça em mulheres fora da idade exigida.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento de Câncer de Colo Uterino, editadas pelo INCA e pelo Ministério da Saúde, toda mulher que tiver feito dois exames consecutivos com resultado negativo para neoplasia, passa a fazer a coleta com intervalo de dois anos, ou seja, a cada ano se faria 33% da população

feminina na faixa etária desejada e em três anos teoricamente atingiríamos todas elas. A cada exame realizado a mulher é orientada a cumprir este calendário embora algumas prefiram ainda realizá-lo anualmente.

Levando em conta que a maioria das professoras que trabalham neste município, tanto da rede estadual como municipal possuem plano de saúde privado e realizam seus exames na rede particular, podemos afirmar seguramente que atingimos um pouco além da meta de cobertura ideal. A demanda é espontânea, sempre contando com o ACS que fica lembrando a mulher quando a data se aproxima. Tem períodos que a procura é maior, quando a temperatura é mais alta, nestes períodos pode acontecer da mulher ter que esperar 15 para chegar à vez, mas de modo geral é de uma semana para a outra ou mesmo na mesma semana.

Os resultados demoram a retornar para a UBS aproximadamente 30 dias. Eles não vêm lacrados individualmente, recebemos em um envelope grande donde retiramos e cadastramos o recebimento no livro de registros no qual é transcrito o resultado citológico, flora e células representadas. O mesmo registro é feito na carteirinha do preventivo no qual também vai anexado o resultado do laboratório.

Os resultados alterados são destacados e estas mulheres são contatadas via telefone ou via ACS para comparecerem na UBS para retirada do resultado e neste momento são agendadas para consulta médica, normalmente para o mesmo turno. O médico faz as orientações ou encaminhamentos pertinentes a cada caso.

Rastreamos todos os resultados alterados que surgem, pois os ACS são orientados a procurar a usuária para reforçar a orientação e oferecer o apoio emocional necessário. Temos um caso de abandono do tratamento na UBS, mas não nesta ESF.

No Caderno de Ações Programáticas pergunta se temos como rastrear as mulheres com mais de seis meses de atraso, nosso cadastro permite apenas os atrasos com mais de 12 meses.

Considerarei todas as usuárias que fizeram preventivo nos últimos três anos como sendo usuária em dia segundo a orientação do INCA. Temos 855 mulheres na

faixa compreendida entre 25 e 64 anos e nos últimos três anos 510 fizeram o exame sendo que neste ano, 300 usuárias na mesma faixa de idade o fizeram.

Para melhorar a eficácia dos registros estamos, a partir de agora, solicitando aos ACS que nos informem a data do último exame das mulheres que não utilizam os serviços da UBS para rastreamento de câncer de colo, afim de que possamos alimentar nosso sistema de informações e ter um retrato mais preciso da cobertura que atingimos.

O rastreamento do câncer de mama ainda não é tão eficaz no nosso município. A princípio tínhamos uma oferta muito pequena de mamografia para a nossa população e por isso priorizávamos os encaminhamentos médicos. Tínhamos apenas três exames mensais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) numa cidade que fica 80 km de distância d São Martinho. Com um pouco de choradeira ficávamos com as sobras dos outros municípios e na maioria das vezes levávamos 10 usuárias ao mês. A fila de espera muitas vezes chegava a mais de seis meses. Neste meio tempo fomos trocados de Coordenadoria Regional de Saúde e passamos a ter direito a três mamografias ao mês em Ijuí e teoricamente perderíamos nossa antiga referência. Ocorreu que nós continuamos a solicitar mamografias como se ainda pertencêssemos a eles e continuamos até hoje sendo que enviamos 14 mulheres para lá por mês. Com um pouco de perseverança solicitamos uma ampliação na oferta em Ijuí e conseguimos passar para nove ao mês, depois de muito tempo temos direito a 35 mamografias mensais das quais usamos fixamente 28 vagas, ficando as demais em reserva para urgências.

Não seguimos as orientações do protocolo do INCA, qualquer mulher em qualquer idade pode fazer a mamografia. Apesar de que direcionamos mais efetivamente para a faixa de controle, mas não desestimulamos as demais. Todas as mulheres acima dos 50 anos que realizam o exame preventivo de câncer de colo são orientadas a realizar a mamografia e esta orientação fica registrada no prontuário.

Temos 354 usuárias na faixa dos 50 a 69 anos e não sabemos quantas delas fizeram mamografia. Para obter este dado teria que olhar nome por nome das usuárias que fizeram e separar por faixa etária. Não é impossível, mas no momento,

estou de férias. Temos o total de mulheres que fizeram (123) e o total de alterações ocorridas (8). Sabemos que na abrangência da nossa ESF temos seis usuárias acima de 50 anos em tratamento oncológico em decorrência de câncer de mama e duas menores de 50 anos, sendo que uma delas (30 anos) apresenta lesão em ambas às mamas o que é muito raro e nenhuma destas duas tinha antecedentes familiares ou comportamento de risco como o tabagismo.

Levando em conta que 25% dos nossos casos de câncer de mama estão entre mulheres abaixo de 50 anos e sem histórico familiar, questiono a faixa de rastreamento e não recrimino o fato da não observância desta faixa etária em nossa UBS.

Os exames de mamografia vêm lacrados individualmente de forma que não possuímos registros dos resultados como temos dos preventivos de colo. Temos uma agenda com a relação de todas as usuárias que foram fazer mamografia bem como o registro de entrega dos exames, mas em nenhum deles consta a idade.

Como meta para corrigir esta falha, proponho, mais uma vez, a criação de uma planilha com os dados solicitados e ao mesmo tempo solicitar para o programador que disponibilize no sistema informatizado uma forma de registro nos moldes do preventivo de câncer de colo, que também seja de fácil manejo. Desta forma poderemos imprimir uma lista de mulheres em atraso para busca ativa.

2.8 Análise Situacional: Hipertensão e Diabetes

Hoje não temos grupos de saúde funcionando, nem de hipertensos e nem de diabéticos. Voltando alguns anos para traz, estes grupos estavam em pleno funcionamento e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) instalado e sendo alimentado. Com a mudança da administração pública, novos colegas foram introduzidos e algumas alterações foram surgindo e outras foram deixadas para o passado. Isto aconteceu com o HIPERDIA, da mesma forma como SISPRENATAL que já tinha sido implantado há dois anos.

Na época se fazia um encontro mensal de Hipertensos e outro de Diabéticos, nesta tarde fazíamos dinâmicas, cuja conclusão se direcionava ao autocuidado em relação a patologia. Fazíamos conversas sobre assuntos escolhidos

pelo próprio grupo, e no final do ano se integrava ambos os grupos. Era realizada a aferição arterial de todos os presentes em ambos os grupos, e se agendava o HGT em jejum para os diabéticos. Quando ocorria de algum usuário estar em uma crise hipertensiva se verificava novamente a Tensão Arterial (TA) depois de mais ou menos 20 minutos e na persistência se encaminhava para a UBS para atendimento de urgência. O grupo foi mantido desta forma por oito anos.

A coordenação do grupo ficava a cargo da enfermeira do PACS, na nova administração foi passada para a ESF. Da mesma forma a alimentação dos dados dos programas passou para novos colegas. Hoje temos apenas o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA) e o SIAB que no caso de não alimentação bloqueia os recursos da secretária. Quanto aos grupos, só resistiu ao tempo o Grupo de Saúde Mental que ninguém queria.

Não sei como expor a situação sem este breve histórico. Quero deixar claro que já houve uma atenção maior aos diabéticos e hipertensos no que diz respeito à prevenção de agravos.

Não existe uma sistematização do atendimento médico ao hipertenso e ao diabético e não tem consulta de enfermagem além da coleta de material para citopatológico.

Não tive como preencher os dados do Caderno das Ações Programáticas uma vez que não dispomos de registro de atividades e também não executamos estas atividades como rotina. Não posso afirmar que não as executamos na totalidade, algumas ações são feitas sim, mas não são específicas destes grupos, são aplicadas para a população em geral e novamente afirmando não como rotina.

Todo usuário que quiser ter a sua pressão arterial medida pode se dirigir a UBS a qualquer momento dentro do horário de expediente e solicitar a aferição da mesma. Para os diabéticos é realizado o teste de glicose sempre pela manhã, de preferência que eles estejam em jejum, a qualquer dia da semana.

Elaboramos uma carteirinha onde anotamos os resultados da TA e do HGT, só que ela fica com o usuário. Apenas quando o usuário vai fazer consulta médica é que se anota na ficha clínica. Neste caso se anota o peso e demais sinais vitais

também. Os usuários são orientados a sempre terem consigo a carteirinha com as aferições anteriores para mostrar ao médico.

Nossa população não difere muito da personagem ilustrada no caso interativo número sete. Muitos mitos foram criados ao longo do tempo em relação à medicação como uns dizem quando param de tomar “o corpo acostuma e tem que parar de vez em quando”, outros relutam em começar e afirmam “vicia, depois que começa não dá mais pra parar”. A mudança de hábitos de vida principalmente no que se refere a mudanças na alimentação, que muitas vezes é a maior fonte de prazer, não é a conduta mais aceita pelos usuários.

São realizadas visitas domiciliares tanto a diabéticos como hipertensos acamados ou que não conseguem mais caminhar sozinhos na rua, nas quais além das orientações habituais que sugerem a melhoria nos hábitos diários. São realizados o Hgt e a aferição de tensão arterial.

Proponho que seja reativado o HIPERDIA e os grupos de saúde. Sugerir que sejam adotados os critérios propostos nos cadernos de atenção básica 15 e 16 no que se refere à classificação de risco em relação à periodicidade do monitoramento e organizar o agendamento prévio para monitoramento.

Buscar uma forma prática de controle das orientações prestadas, talvez na forma de “checklist”, para não deixar escapar nada.

2.9 Análise Situacional: Atenção a Saúde do Idoso

Não possuímos grupos específicos para a saúde do idoso. Como já mencionei anteriormente todos os usuários são atendidos por livre demanda todos os dias da semana e nos dois turnos.

Não foi possível preencher os dados solicitados no Caderno das Ações Programáticas por não haver um controle das ações desenvolvidas ao idoso. No momento não é possível separar os diabéticos e hipertensos idosos do número total de usuários destes dois grupos. Da mesma forma a aba referente a saúde bucal.

Todos os atendimentos são registrados nos prontuários e na sala de vacinamas não são separados por faixa etária.

A Secretaria da Assistência Social tem um grupo de convivência de idosos em situação de vulnerabilidade social, onde são desenvolvidas várias atividades de entre elas alguma forma atividade física como alongamento. Estes idosos não estão separados por área, de maneira que no momento não tenho o número de idosos que pertence a nossa área de atuação. De qualquer modo esta atividade não é desenvolvida pela UBS, portanto acho que não conta.

Estamos quase no fim deste capítulo e chego à conclusão de que, levando em consideração a quantidade de trabalhadores de saúde que temos, desenvolvemos muitas atividades e que para realizarmos todas as atividades que deixamos de realizar com a devida qualidade, ou o dia deveria ter mais horas ou necessitamos de mais trabalhadores compromissados.

Se eu tivesse que propor uma intervenção neste momento, eu optaria por trabalhar com gestantes e recém nascidos, pois, criaria o hábito do auto cuidado, ou com a preocupação da prevenção em uma geração que no futuro estaria acostumada com o sistema.

3 Análise Estratégica- Projeto de intervenção

3.1 Introdução

Segundo orientações do Ministério da Saúde As crianças de zero a 72 meses de vida devem passar por no mínimo 13 consultas de rotina durante este período. O acompanhamento do crescimento infantil é um importante instrumento técnico de avaliação do ponto de vista físico e biológico. Já o monitoramento do desenvolvimento infantil é fundamental para ações precoces na prevenção de distúrbios mentais e intelectuais.

A cidade de São Martinho está situada na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, fica distante 490 km da capital do estado e possui, segundo o IBGE, 5773 habitantes. É uma cidade que tem sua economia básica oriunda da atividade agrícola e pequeno comércio local. A maior parte do atendimento de saúde é realizada na única UBS onde atuam duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família que ficam situadas no centro da cidade, porém ambas as equipes prestam serviço para a área rural e urbana, de acordo com sua adstrição, abrangendo 100% da população. O único hospital da cidade, que antigamente era referência para os municípios da região, hoje está impossibilitado de realizar cirurgias e parto, tendo apenas internações clínicas. O município tem direito a trinta e quatro AIH's por mês, número muitas vezes insuficiente para atender a população.

A UBS, em relação aos recursos humanos, está bem estruturada, as equipes mínimas estão completas e possui uma equipe de apoio com dois médicos clínicos geral, farmacêutica, nutricionista, psicóloga, quatro técnicos de enfermagem, uma enfermeira além dos motoristas e agentes administrativos. Quanto à saúde bucal, são dois odontólogos e dois auxiliares de consultório dental. A estrutura física da UBS está de uma maneira geral muito boa, visto que, com exceção dos dois médicos do apoio e dos odontólogos que compartilham do mesmo consultório em horários alternados, cada um dos demais profissionais de saúde tem sala própria equipada com computador e acesso a internet, ar condicionado, além do material

necessário para o exercício da profissão. A ESF Azaléia, onde atuo, tem uma população de 2872 pessoas, dispostas em oito micro-áreas, sendo que quatro abrangem a área urbana e quatro a zona rural.

Não temos profissional pediatra em nossa UBS, ficando a cargo do médico clínico geral realizar as consultas de puericultura. Quando necessário uma avaliação pediátrica, o município paga, pois, não tem nenhum pediatra credenciado pelo SUS na região. As crianças também são atendidas por livre demanda, mas, estamos planejando pré agendar o atendimento no mesmo modelo que usamos para as gestantes. Em relação a o teste do pezinho 95% de nossos recém nascidos realizam-no em tempo hábil. Nossa UBS tem uma sala de vacina bem equipada, e o trabalho dos técnicos de enfermagem e dos ACS garantem uma boa cobertura vacinal da população em geral, em especial aos recém nascidos a qual atingimos 100%. Todas as ações executadas na sala de vacina possuem anotações e são facilmente rastreáveis. Quando a mãe traz o bebê para a realização do teste do pezinho, o odontólogo aproveita a oportunidade e fornece uma dedeira de silicone e orienta a mãe quanto aos cuidados com a higiene bucal do recém nascido. A maioria das ações preventivas executadas carece de anotações, de maneira que não temos a comprovação exata da abrangência que alcançamos.

Outro fato é que as famílias ainda não têm o hábito de trazer seus filhos para revisão de saúde, o entusiasmo se esvai aos poucos conforme a criança vai crescendo. Cabe a equipe despertar a necessidade da família em continuar a “vigilância” e neste aspecto em particular a função do ACS se torna fundamental, pois o vínculo criado durante a gestação ainda é forte. Este projeto visa promover, a qualidade do atendimento em puericultura, o aumento da quantidade de atendimentos de forma regular, além do monitoramento das ações e a busca de faltosos através da melhoria nos registros. Estas ações trarão benefícios em longo prazo na medida em que poderão possibilitar intervenções precisas a partir de sintomas precocemente detectados no crescimento e desenvolvimento infantil.

Escolho a Saúde da Criança por acreditar que melhorando a atenção a saúde. Nesta fase, conseguiremos fazer com que se estabeleça uma “consciência salutar” no indivíduo que passará pelas demais fases da vida com menor risco de adoecer por causas provenientes de maus hábitos de vida.

Conforme constatei no Caderno de Ações Programáticas, são muitas atividades que deixamos de executar ou se executamos não temos como mensurar no que se refere à atenção a saúde da criança de zero até 72 meses.

Não utilizamos protocolo e, portanto não há um padrão no atendimento e não há registro nem das informações prestadas nem de grande parte das ações executadas.

Na ausência de registro não temos como mensurar oito dos onze itens solicitados no Caderno de Atenção Básica, nós não sabemos quantas crianças estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde ou quantas estão em atraso ou que tipo de ação ou orientação foi passada para a mãe.

De todos os itens dos quais não temos dados, o mais difícil de colocar em prática vai ser a triagem auditiva. O centro de triagem fica muito distante da nossa cidade, e isto representa muitas horas de viagem com o recém nascido fator que desestimula a mãe a realizar o exame.

Com pequenas conversas que tive com colegas, pude perceber algum “pouco caso”. Não creio que terei comprometimento de todos os profissionais que compõe a minha equipe. Estamos em um período de pré-mudança, certamente teremos novo gestor em nossa secretaria, a partir de janeiro, o que está causando certo desconforto geral. No decorrer desta unidade se dará a transição de gestores fato que preocupa.

3.2 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à Puericultura na Equipe de Saúde da Família Azaléia de São Martinho – RS, abrangendo crianças de 0 a 72 meses de idade.

3.3 Objetivos Específicos e Metas

3.3.1. Ampliar a cobertura da puericultura.

Metas:

a- Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Azaléia para 40%;

b- Fazer busca ativa de 100% das crianças;

3.3.2. Melhorar a adesão a puericultura.

Metas:

a- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas.

b- Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% das crianças captadas e cadastradas e pré agendar a consulta seguinte.

3.3.3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Metas:

a- Manter o registro do peso das crianças na ficha espelho em 100% das consultas de puericultura.

b- Capacitar 80% dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

c- Monitorar crescimento em 100% das crianças captadas e cadastradas.

d- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças captadas e cadastradas no serviço.

e- Vacinar 100% das crianças, captadas e cadastradas, de acordo com a idade.

3.3.4. Melhorar registros das informações

Metas:

a- Manter no livro de registro de vacinas, 100% das vacinas realizadas nas crianças atendidas no serviço.

b- Criar ficha espelho de puericultura.

3.3.5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Metas:

a- Identificar 100% das crianças com risco para morbidade/mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...)

b- Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças.

c- Identificar crianças com baixo peso, curva de peso estacionária ou descendente e crianças com sobrepeso.

3.3.6. Promover a saúde - prevenção de acidentes

Metas:

a- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

b- Orientar 100% das famílias visitadas pelos ACS sobre prevenção de acidentes na infância.

c- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

3.3.7. Promover a alimentação saudável - alimentação complementar do lactente

Metas:

a- Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em 100% das crianças.

b- Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

c- Fazer orientação nutricional para 100% das crianças.

d- Colocar a criança para mamar na primeira consulta de puericultura

3.3.8. Promover a alimentação saudável - nutrição infantil

Metas:

a- Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses em 100% das crianças.

b- Orientar a alimentação complementar a 100% das crianças após os 6 meses de idade.

c- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a dezoito meses de idade captadas e cadastradas.

3.3.9. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

Metas

a- Realizar teste do pezinho em 95% das crianças, captadas e cadastradas, até 7 dias de vida.

b- Investigar 100% das crianças quanto a realização da triagem auditiva.

c- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

d- Orientar 100% das famílias, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, sobre prevenção de acidentes na infância.

e- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

3.4 Metodologia

3.4.1 Ações

O serviço está disponível, mas não existe sistematização do mesmo. Também ainda não tem uma conscientização das famílias em relação à puericultura.

No eixo de engajamento público e co-responsabilização:

Para ampliar a cobertura da puericultura vamos orientar todas as gestantes e companheiros durante o período do pré-natal que o monitoramento da saúde da criança após o nascimento é tão importante quanto os cuidados do pré-natal. Nos grupos de gestantes será mantida a divulgação do cronograma de vacinação, da importância da realização do teste do pezinho até o 7 dia de vida e os cuidados para prevenir acidentes na infância. Aproveitar todas as oportunidades para esclarecer a população sobre este cuidado.

O estímulo ao aleitamento materno é tema fixo no grupo de gestantes e assim permanecerá. Todos os profissionais continuarão a destacar a importância desta prática.

Elaboraremos um folder seqüencial que será entregue mensalmente, nas famílias com criança, contendo informações e lembretes pertinentes a faixa etária da criança conforme já é feito com as gestantes.

Utilizaremos um espaço na Câmara de vereadores para divulgar o trabalho de puericultura desenvolvido na UBS bem como solicitar aos edis que divulguem e recomendem esta prática.

Os ACS entregarão nos domicílios um convite/esclarecimento sobre os benefícios e o cronograma das consultas de puericultura de acordo com o desejado pelo Ministério da Saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

Aproveitaremos o fato que em nosso município temos uma cobertura vacinal de 100% das crianças, desta forma temos o nome da criança, a data de nascimento e o endereço, basta comparar esta lista com o registro das consultas e teremos o nome dos faltosos. Divulgar a lista para os ACS que farão o primeiro contato. Caso

persista, organizar uma visita com a equipe para reforçar o compromisso da família em relação ao cuidado da criança.

Toda e qualquer criança que apresentar alterações no crescimento ou desenvolvimento terá um olhar mais atento da equipe e será monitorada conforme o protocolo do Ministério da Saúde e se necessário será encaminhada para serviço especializado

No eixo qualificação da prática clínica:

Aproveitar as reuniões da equipe para promover a capacitação dos membros sobre a puericultura, desde a captação até as práticas técnicas de avaliação antropométrica, registro e interpretação dos achados e encaminhamento se necessário.

Nesta capacitação envolver também os visitantes do programa Primeira Infância Melhor (PIM) que também realizam visitas domiciliares e podem auxiliar nesta atividade.

No eixo organização e gestão:

Como não temos registro das ações desenvolvidas no serviço além do prontuário cujas informações quando constam ainda são incompletas, vamos introduzir no prontuário da criança uma planilha do tipo “Check list” onde estarão listadas todas as informações que devemos passar para a família bem como local para registrar os dados antropométricos e de desenvolvimento da criança. Desta forma além do controle de frequência teremos acesso às outras informações

Será colocada a disposição dos técnicos que farão atendimento de puericultura uma tabela de qualificação de risco infantil, bem como o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento do Ministério de Saúde. (Ref.7)

3.4.2 Logística

Para implantar a intervenção sobre puericultura na ESF Azaléia, teremos por base o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2002. Como não utilizamos ficha espelho e sim um livro para registrar as vacinas, teremos que confeccionar gráficos de crescimento e desenvolvimento para ser adicionado no prontuário da criança. Criaremos um fluxo no atendimento de forma que sempre que a criança acessar a UBS, mesmo que para fins de vacinação, as informações sejam registradas no prontuário.

Paralelo a isto temos em mente o desenvolvimento de uma planilha, semelhante à planilha do SISPRENATAL, onde será listado o nome de cada criança com sua respectiva data de nascimento em ordem decrescente, primeiro as mais velhas e as demais acrescidas conforme novos nascimentos. Ela será alimentada a cada atendimento e não serão anotados valores nesta tabela, apenas o comparecimento nas atividades previstas. A princípio será uma tabela manual e conforme a comprovação da efetividade que ela proporcionar faremos tabela eletrônica.

A cada mês o ACS entregará a família um folder correspondente a idade da criança com informações sobre os “compromissos” da criança no respectivo mês bem como o que esperar do seu desenvolvimento além de informações sobre segurança e prevenção de acidentes. Temos em nossa área adstrita 174 crianças até 72 meses, optamos por iniciarmos a intervenção com crianças até 60 meses neste momento, sendo que elas permanecerão sob vigilância até completarem 72 meses. Portanto desejamos atingir 40% de cobertura sobre 127 crianças.

Como não existe registro de crescimento e desenvolvimento no prontuário, partiremos do princípio de que ele não é realizado, e o monitoramento será feito através da visualização da planilha com a comprovação pela revisão dos prontuários.

3.4.3 Cronograma

Primeiro mês			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o tema do plano de intervenção e; - Apresentar o Caderno de Atenção Básica nº 11 – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde 2002, para ser estudado pela ESF Azaléia; - Captação e atendimento das crianças; - Elaborar um instrumento facilitador para o atendimento e monitoramento das ações. - Inventariar a UBS quanto aos materiais existentes e elaborar lista do material necessário para implantação do protocolo; - Providenciar e/ou solicitar a aquisição do material necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Listar todas as crianças de 0 a 72 meses, separadas por micro área, com a respectiva data de nascimento e nº da família; - Revisar e esclarecer dúvidas a respeito do Caderno de Atenção Básica nº 11; - Captação e atendimento das crianças; 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar junto aos ACS uma estratégia para criar o hábito nas famílias de realizar a consulta de puericultura com suas crianças; - Iniciar a elaboração do folder “Dicas do mês” material que será distribuído mensalmente pelos ACS nas famílias com crianças, contendo informações e lembretes pertinentes a idade da criança; - Captação e atendimento das crianças; 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Avaliar a primeira semana de intervenção; - Fazer ajustes necessários. - Monitoramento das ações.

Segundo mês			
Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Elaborar um instrumento facilitador para o atendimento e monitoramento das ações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Apresentar o projeto de intervenção para a nova gestão; - Estabelecer um fluxograma de acolhimento da criança ao acessar a UBS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Apresentar o instrumento para a equipe e fazer os ajustes sugeridos. - Distribuir as atribuições de cada membro da equipe dentro do fluxograma para ser analisado a fim de ser posteriormente ajustado conforme a necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Monitoramento das ações.

Terceiro mês			
Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12
<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Avaliar os prontuários das famílias com crianças de 0 a 72 meses quanto à frequência no atendimento a puericultura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Prosseguir na avaliação dos prontuários; - Enviar material para a gráfica para impressão dos instrumentos e folder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Tabular os dados encontrados nos prontuários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captação e atendimento das crianças; - Apresentar os dados colhidos e tabulados dos prontuários para a ESF Azaléia.

Quarto mês			
Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16
<p>-Iniciar a estimulação das famílias para a puericultura;</p> <p>-Divulgar nos meios de comunicação as mudanças em relação ao atendimento da criança.</p>	<p>- Simular atendimento de puericultura desde o acolhimento a te a finalização do processo com o objetivo de revisar toda a metodologia.</p>	<p>- Implantar o protocolo de modo experimental.</p>	<p>- Captação e atendimento das crianças;</p> <p>- Monitoramento das ações.</p>

4. Relatório de intervenção

Como tudo que é novo gera ansiedade, a implantação deste projeto não fugiu a regra. Foi um período cheio de expectativa também em função da troca administração municipal e de gestor da saúde. Enfim tudo se acomodou e pudemos dar andamento na intervenção.

Conforme planejado, fizemos uma ficha de atendimento de criança composta de quatro páginas onde (Apêndice 2), além de registrar os achados do exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor, pode-se registrar nos gráficos de crescimento e desenvolvimento. São dois modelos, um rosa e outro azul, que diferem na cor para diferenciar as curvas de crescimento e desenvolvimento, uma vez que meninos e meninas apresentam comportamentos diferenciados. Este material foi adaptado da ficha de atendimento de crianças do Grupo Hospitalar Conceição. (Ref. 6)

Foram realizadas reuniões de capacitação sobre a implantação da nova ficha para a equipe em geral, apresentação do plano de intervenção e a capacitação dos ACS com mais ênfase.

Nos grupos de gestantes que ocorreram durante o ano passado foi destacado a importância da realização das consultas de rotina e a necessidade de receber orientação odontológica para os futuros bebês.

Tiveram algumas mães que realmente entenderam a proposta e compareceram pontualmente durante a intervenção, intercalando o atendimento de enfermagem com o do médico. Isto foi possível com as mães que tiveram partos durante o período da intervenção.

O ponto alto da intervenção se deu durante a campanha de vacina, quando aproveitava a vinda das mães com as crianças para fazer uma conversa e aproveitar para avaliar a criança. No sábado, que seria o grande dia, consegui acompanhar poucas crianças, pois estávamos realizando também um grande relatório sobre a

morte de três bebês, que morreram na mesma semana ainda intra-útero, entre o sexto e sétimo mês de gestação.

Observei de que existe um interesse maior no controle do desenvolvimento da criança nas famílias com grau de instrução ou situação socioeconômica mais elevada, embora não utilizem a rede pública para isso.

A dificuldade pessoal que senti foi de sair da rotina, de intercalar um preventivo com um atendimento para a criança, que era totalmente novo na minha carreira, reciclar o pensamento e me sintonizar na nova proposta entre um atendimento e outro foi desestruturante. São orientações novas, inúmeros fatos novos pra observar, assuntos novos para “quebrar o gelo”, até o barulho do corredor era outro, gritos, risadas e corridas denunciavam a presença de crianças.

Tiveram vários fatos marcante neste período, um deles foi o caso de uma mãe com duas crianças, um menino cinco anos e uma menina dois anos. A mãe não falava, ela berrava, a menina não soltou um ruído sequer durante a nossa conversa, o menino em compensação não parava um instante, motivo a mais para a mãe gritar. Fui pelas beiradas, rodando, sorrindo, oferecendo balão pras crianças, para sugerir para a mãe que trouxesse as crianças para as consultas de rotina, e que eu tinha observado que ela pouco vinha para a UBS uma vez que quase não tinha anotações nos prontuários. Ela com ar de sabedoria disse que não precisava trazer as crianças na UBS, pois ela já sabia o que o médico ia receitar e então ela ia direto à farmácia e tratava suas crianças em casa.

Questionei quais medicações ao que ela respondeu: paracetamol, amoxicilina e xarope. Tentei explicar dos riscos e tudo mais, mas tenho certeza de que ela não absorveu a informação. Fiquei triste ao saber que as farmácias ainda vendem antibióticos “por debaixo do pano”. Para mim não vendem, pois sou da saúde.

Por estas e por outras, esta atividade antes inexistente, é fundamental tanto para o acompanhamento quanto para a vigilância das ações das famílias em relação às crianças.

Relendo as ações que havia previsto no projeto, me frustro diante do que consegui realizar, talvez tenha sonhado muito alto, e acreditado que o chamamento tivesse uma resposta mais positiva. Acreditava em um comparecimento maciço das crianças até 72 meses de idade e embora fosse feito um chamamento do tipo “corpo a corpo” pelos ACS (Apêndice 1), a demanda não foi aquela que esperava.

Percalços técnicos como a impressão das fichas que demoraram muito para chegar não foram comuns, esquecimento dos colegas para encaminhar as mães com as crianças foram mais freqüentes. Vejo este como um fator importante para não conseguir alcançar as metas.

O foco da intervenção foi planejado com o intuito de gradativamente incorporar a atividade na rotina da UBS, estimulando o hábito principalmente nas mães com bebês recém nascidos. Acreditando que se houver demanda, deverá ter acolhida.

Hoje temos um pediatra a disposição da comunidade que atende dois dias fixos aqui na UBS. Ele prefere que as consultas de puericultura aconteçam mensalmente até o sexto mês de vida, o que vai além do estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Portanto, neste sentido houve um avanço significativo voltado especificamente para o cuidado preventivo à saúde da criança que a partir da intervenção passou á rotina da UBS.

5. Avaliação da Intervenção

5.1 Resultados

A intervenção foi direcionada as crianças de 0 a 72 meses de idade, com o objetivo geral de melhorar a puericultura na Equipe de Saúde da Família Azaléia de São Martinho.

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos e metas estabelecidos no Capítulo 3 deste trabalho.

Objetivo Específico 1: Ampliar a cobertura da puericultura.

Meta 1.1: Acompanhar 40% das crianças residentes na área de abrangência

No período da intervenção havia 127 crianças cadastradas na área de abrangência da ESF 2.

Resultado: Com o desenrolar da intervenção houve um início tímido na procura do atendimento, sendo que nas quatro primeiras semanas tivemos apenas 10 atendimentos de puericultura equivalente a 7,9% do total de crianças. Observamos um pico no atendimento no segundo mês quando 22 crianças foram atendidas e examinadas, seguidas de dois meses de decréscimo no número de novos cadastros, 17 e 11 crianças respectivamente nos terceiro e quarto mês. Ao final das 16 semanas atingimos o total de 60 crianças totalizando 47,2% de cobertura de atendimento nesta faixa etária, conforme mostra o indicado gráfico abaixo.

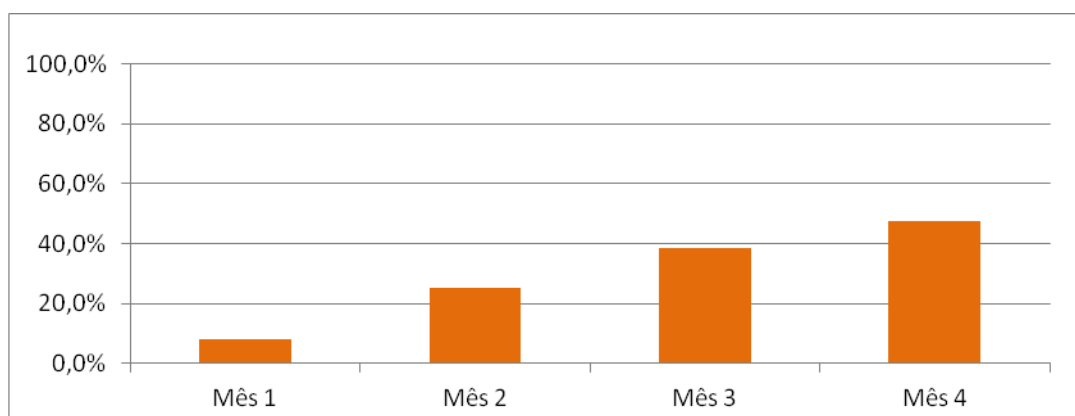


Figura 2: Cobertura do Programa de Puericultura

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Meta 1.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças

Resultado: 100% as famílias com crianças menores de 72 meses de idade receberam a visita do ACS momento em que receberam orientações sobre a implantação e da sistematização do cuidado com a criança, conforme o apêndice 1. Estes dados puderam ser comprovados pela assinatura das Fichas de Atendimento Ambulatorial onde ficam registradas as visitas domiciliares.

Objetivo Específico 2: Melhorar a adesão a puericultura.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta nos primeiros 15 dias de vida para 100% dos RN na área de abrangência e pré agendar a consulta seguinte

Resultado: 100%, este resultado foi possível, pois as mães trazem os bebês para coleta de sangue para fazer o teste do pezinho até o 7º dia de vida, momento em que são captados para a primeira consulta de puericultura. Após a consulta fica pré agendada a consulta seguinte.

Objetivo Específico 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 3.1: Manter o registro do peso das crianças na ficha espelho em 100% das consultas de puericultura

Resultado: 83%, embora a maioria das mães não cumpra com as consultas de rotina na puericultura, quando acessam a UBS por motivo de vacinação ou outra intercorrência, muitas delas pedem que seja anotado o peso na carteira de vacina. Todas as crianças que comparecem para consulta, têm seu peso averiguado e anotado no prontuário. O registro correto e completo das informações é requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil,

Nas primeiras 10 crianças avaliadas no primeiro mês todas tinham seu peso anotado na ficha espelho, isto equivaleu a 100% das avaliações, no mês seguinte das 12 uma não tinha sido registrada, diminuindo para 96,9%, no terceiro mês 17 crianças foram atendidas e seis não tiveram suas medidas anotadas. Ao final da intervenção não foram feitas anotações em 10 fichas das 60 atendidas.

Durante a intervenção foi muito cobrado que fosse feita a anotação no gráfico que fica no verso do prontuário de puericultura. Levando em consideração que não tinha anotação alguma anteriormente à intervenção o resultado alcançado foi bom. Pudemos comprovar a eficiência da cobrança com o percentual alcançado que foi de 83,3%, longe do ideal que a meu ver deveria ser de 100%. Meta inicial para este indicador era de 100% de registros e criar a ficha espelho que se encontra no apêndice 2.

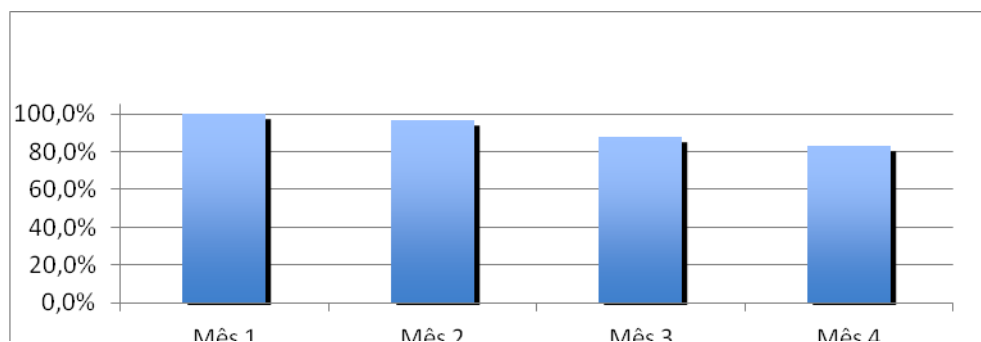


Figura 4: Proporção de crianças com registro de peso da última consulta na ficha-espelho

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Meta 3.2: Capacitar 80% dos profissionais de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde

Resultados: 79,16%, o valor foi calculado a partir das assinaturas do livro de atas onde foi registrada a capacitação. (foto do slide 9)

Meta 3.3: Monitorar crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças captadas e cadastradas

Resultado: 100%, todas as crianças foram pesadas e medidas, porem nem todos resultados foram registrados na ficha espelho, ficando apenas registrado na FAA.

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

Resultado: Ocorreu um mal entendido quanto ao preenchimento deste dado na planilha, no início entendi que só estaria em dia quem estivesse em dia com o protocolo de puericultura, depois entendi que toda criança que foi avaliada na

intervenção e tivesse sido avaliada quanto ao seu desenvolvimento neurocognitivo, estaria em dia deste ponto em diante. Isso ocorreu, pois a revisão dos prontuários se dava após as consultas.

Neste contexto, não posso considerar o índice de 83,3% alcançado, no entanto constatou-se que nos meses seguintes 1 criança ficou sem avaliação neurocognitiva.

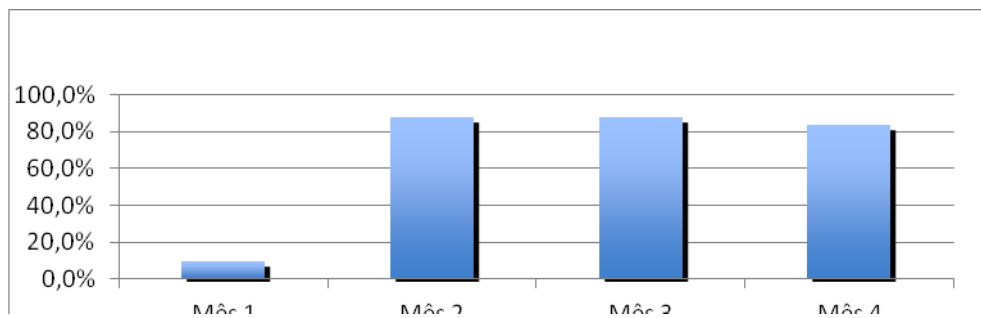


Figura 5: Proporção de crianças com avaliação de desenvolvimento neurocognitivo em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

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

Resultado: 100% das crianças vacinadas

Os profissionais que atuam na sala de vacina têm um controle muito bom das crianças vacinadas e com vacinas em atraso. Os ACS têm um papel fundamental no controle das carteiras de vacinas, e na conscientização das famílias sobre a importância das mesmas.

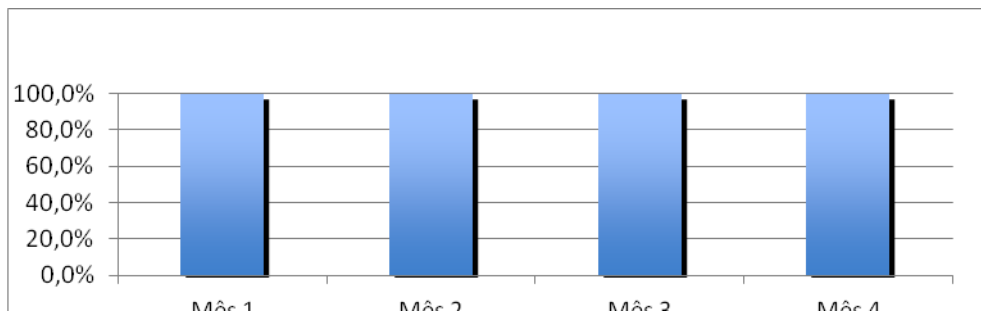


Figura 6: Proporção de crianças com esquema vacinal em dia de acordo com a idade

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Objetivo Específico 4: Melhorar registro das informações

Meta 4.1: Manter no livro de registro de vacinas, 100% das vacinas realizadas nas crianças atendidas no serviço.

Resultado: 100% das vacinas foram registradas no livro de vacina. Este dado foi obtido após revisão semanal do referido livro.

Meta 4.2: Criar ficha espelho de atendimento específico para puericultura.

Resultado: 100% A ficha criada encontra-se no Apêndice 2. São duas fichas que diferem na cor, para diferenciar o atendimento de meninos e meninas, pois o desenvolvimento e crescimento dos meninos diferem do das meninas.

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

Meta 5.1: Identificar 100% das crianças com risco para morbidade e mortalidade (baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações do crescimento, desnutrição,...).

Resultado: 38.3% A avaliação de risco da criança raramente foi preenchido na folha espelho. Para atingir nosso objetivo foi colocada a disposição dos profissionais uma tabela para avaliação de risco (Anexo 2) que foi retirada do protocolo de atenção à saúde da criança de zero a cinco anos adotada pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (Ref.: 6). A meta alcançada é referente às 23 crianças cuja avaliação de risco foi realizada e anotada na ficha espelho.

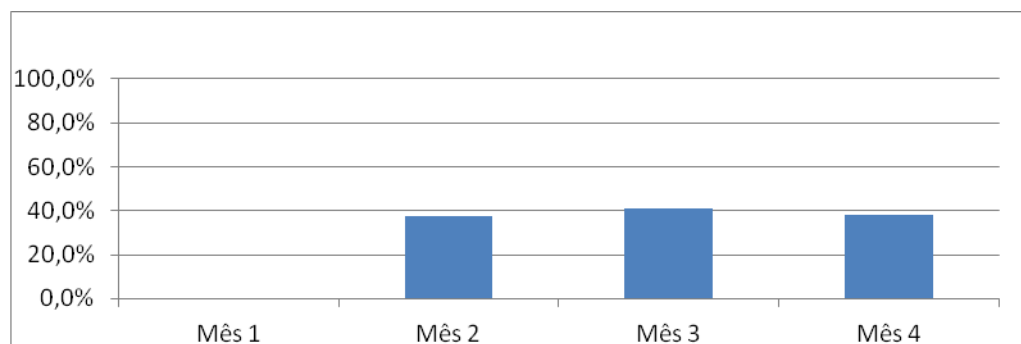


Figura 7 Proporção de crianças com avaliação de risco

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Meta 5.2: Avaliar a situação de risco e vulnerabilidade das famílias das crianças.

Resultado: 100% das famílias foram avaliadas pelos ACS conforme o questionário de avaliação de risco familiar apresentado no Anexo 3, e classificadas conforme a pontuação correspondente no gabarito do Anexo 4. Os prontuários de família receberam uma marca externa com a cor correspondente ao escore recebido conforme segue: Azul, sem risco; Verde risco baixo; Amarelo, risco moderado; Vermelho, alto risco. (Apêndice 4)

Meta 5.3: Identificar crianças com baixo peso, curva de peso estacionária ou descendente e crianças com sobrepeso.

Resultado: No período da intervenção não identificamos nenhuma criança com baixo peso, curva de peso estacionária ou descendente na área de abrangência da ESF Azaléia.

No entanto duas (3,3%) crianças com sobrepeso foram encontradas e encaminhadas para a nutricionista. Vale lembrar que todas as crianças avaliadas durante a intervenção, apresentando ou não sobrepeso, tiveram orientação nutricional, não pela nutricionista, mas pela odontóloga, que também avaliava as crianças, enfatizando para alimentação e dentição saudável.

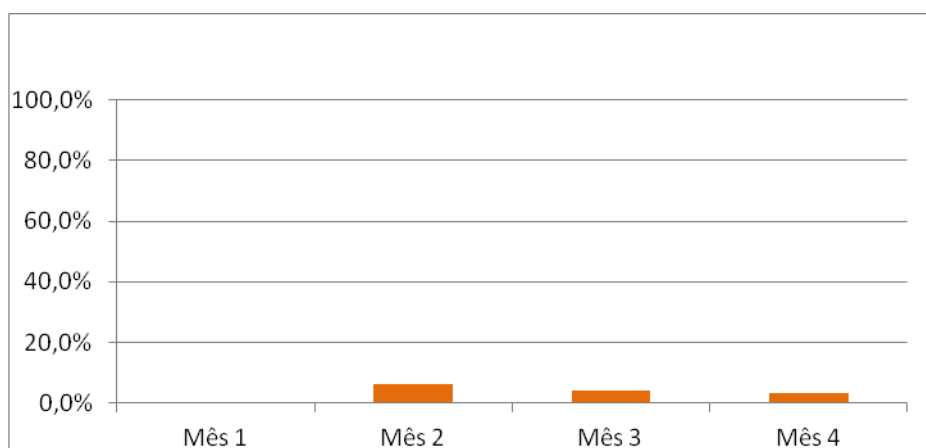


Figura 8 Proporção de crianças com excesso de peso

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Objetivo específico 6: Promover a saúde – prevenção de acidentes na infância

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

Meta 6.2: Orientar 100% das famílias visitada pelos ACS sobre prevenção de acidentes na infância.

Resultado: 100%, a ficha espelho possui um roteiro do tipo “check list” com orientações onde constam aspectos como incentivo ao aleitamento materno, prevenção de acidentes, higiene, vacinas, teste do pezinho, saúde bucal entre outras.

A prevenção de acidentes é um assunto sempre abordado pelos ACS em suas visitas e foi intensificado a partir da intervenção.

Objetivo Específico 7: Promover alimentação saudável – alimentação complementar do lactente.

Meta 7.1: Promover aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade

Meta 7.2: Orientar a alimentação complementar em 100% das crianças após os 6 meses de idade

Meta 7.3: Fazer orientação nutricional em 100% das crianças

Resultado: 100% das mães foram orientadas durante a consulta à criança sobre aleitamento materno, alimentação complementar e demais orientações nutricionais, de acordo com a faixa etária da criança. A odontóloga reforçava estas orientações destacando os benefícios para uma ótima dentição. Em casos especiais a criança é encaminhada para nutricionista.

Meta 7.4: Colocar a criança para mamar na primeira consulta de puericultura.

Resultados: Das 60 crianças captadas e avaliadas, 19 (31,7%) haviam sido colocadas para mamar na primeira consulta. Algumas delas foram estimuladas a oferecer a mama na sala de vacina, onde a “pega” foi avaliada. A meta atingida está relacionada ao total de crianças e não das crianças recém nascidas que fizeram a primeira consulta durante a intervenção.

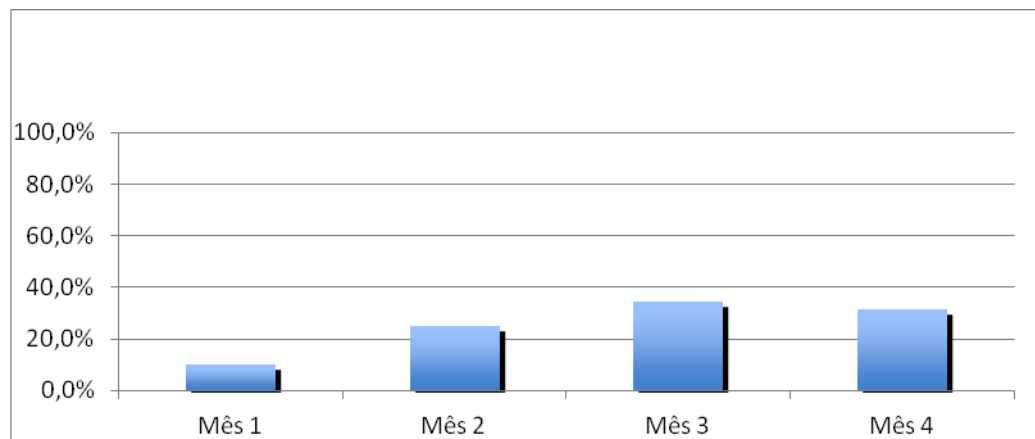


Figura 9 Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Objetivo Específico 8: Promover a alimentação saudável – nutrição infantil

Meta 8.1: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 18 meses

Resultado: A suplementação de ferro tão necessária para prevenção de anemia ferro priva nas crianças aparentemente é levada a sério pelas famílias, visto que 90,9% das crianças na faixa dos seis aos 18 meses de idade receberam o suplemento. No Brasil, estima-se que a metade dos pré-escolares seja anêmica, sendo que entre seis e 24 meses essa proporção chega a 67,6%. (Ref.: 10) Durante a anamnese com as mães, questionei se a criança recebeu suplemento de ferro depois dos 6 meses de idade, todas foram unânimes em afirmar que receberam a receita e retiraram o medicamento, mas poucas disseram que não deram a medicação para a criança pois, elas “faziam cara feia” e ou botavam pra fora, fazendo com que as mães não insistissem com a suplementação. O índice alcançado refere-se a resposta da mãe, sendo que não se pode afirmar que a criança realmente recebeu a suplementação de ferro pelo período indicado

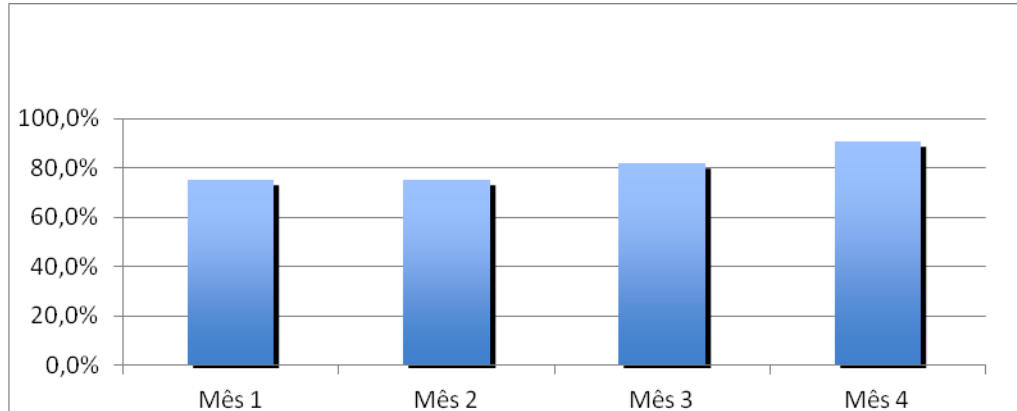


Figura 10 Proporção de crianças entre 6 e 18 meses com suplementação de ferro

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Objetivo Específico 9: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias das crianças

Meta 9.1: Realizar teste do pezinho em 95% das crianças, captadas e cadastradas, até 7 dias de vida.

Todas as crianças atendidas no período da intervenção tinham feito teste do pezinho, embora duas em data posterior aos sete dias de vida, perfazendo um percentual de 96.7% de testes realizados em tempo hábil. A prática do teste do pezinho parece estar enraizada na rotina das mães para com seus recém nascidos.

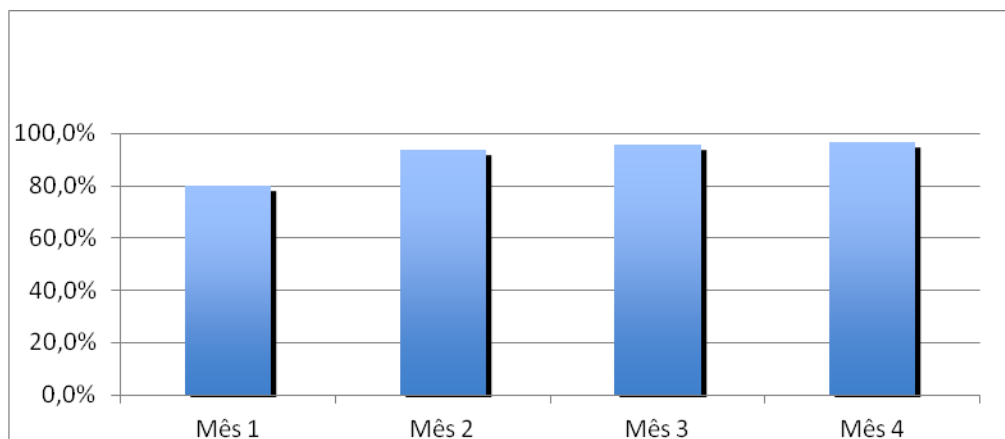


Figura -11 Proporção de crianças com teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Meta 9.2: Investigar 100% das crianças quanto à realização da triagem auditiva.

Resultado: 100% das crianças foram investigadas e ao contrário do alto índice de crianças com teste do pezinho, a triagem auditiva tem ainda um índice muito baixo de cobertura, 11,7% equivalendo a sete crianças. Acredito que a maior barreira seja a inexistência do serviço em nosso município. Nossa referência regional para a triagem auditiva fica 130 km de distância de São Martinho, desfavorecendo o deslocamento das mães, que mesmo sendo levadas pela secretaria, acabam por não fazerem a triagem para não enfrentar no mínimo 4 horas de deslocamento com um recém nascido.

A oferta do serviço pela rede privada é muito mais perto, 30 km, facilitando o deslocamento, mas é para poucos, conforme fica evidente no gráfico abaixo.

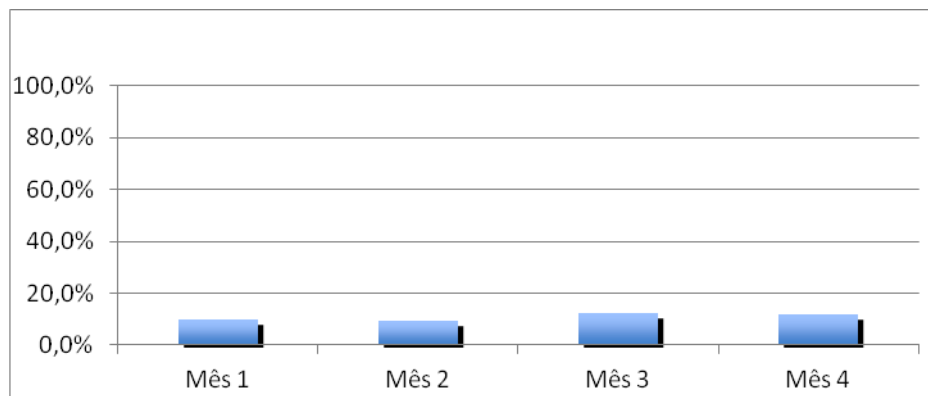


Figura -12 Proporção de crianças com triagem auditiva

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Azaléia - São Martinho-RS (2013).

Meta 9.3: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de puericultura.

Meta 9.4: Orientar 100% das famílias, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, sobre prevenção de acidentes na infância.

Meta 9.5: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de com 100% das famílias das crianças, previamente investigadas.

Estas metas estão repetidas, pois, se encaixam também no objetivo específico 6

Os indicadores resultantes da intervenção são fidedignos, não foram alterados para melhorar ou piorar alguma das metas alcançadas.

6. Discussão

A Intervenção trouxe a necessidade de se fazer uma grande reunião de equipe com a finalidade de capacitar os profissionais envolvidos no processo quais sejam: profissionais do setor administrativo que fazem o primeiro contato; técnicos de enfermagem que realizam a triagem biométrica, ACS que realizam a sensibilização das famílias; as colegas da higienização que circulam por toda UBS; os motoristas que transportam os usuários. (a exceção dos profissionais médicos que raramente participam das reuniões). (Apêndice 3) Nesta ocasião a enfermeira e a odontóloga apresentaram a proposta de intervenção bem como foi explicada a nova sistemática e apresentada a nova ficha de avaliação da criança, nas cores rosa e azul, conforme apêndice 2.

Houve a classificação de risco das famílias, que se procedeu desta forma: Os ACS aplicaram o questionário (anexo 3) (Ref. 11) que foi lido e interpretado pela enfermeira e pela odontóloga conforme o “gabarito” (anexo 4) e os prontuários de família ganharam uma fita nas cores amarelo, verde e vermelho (Apêndice 4) que define o grau de risco familiar, conforme o gabarito do anexo 4.

Como havia planejado todas as mulheres gestantes participantes do grupo de orientação as gestantes receberam entre as orientações habituais, uma orientação específica em relação à puericultura, como rotina. Desta forma, a intervenção ajudou a melhorar, além da atenção a puericultura, a atenção ao pré-natal na UBS.

Durante o período gestacional, elas comparecem mensalmente a UBS para realização do pré-natal, e esta prática já faz parte da rotina da comunidade em geral e é estimulada pelos ACS e pela própria família. Sabemos que nem sempre foi assim, mas, com a implantação do PACS e a formação de grupos, a realização do pré-natal como rotina, passou a ser gradativamente incorporado a vida da mulher gestante.

Usando o mesmo raciocínio, podemos acreditar que muito em breve a rotina de avaliação pueril venha a fazer parte da rotina das famílias com crianças.

Atualmente os pais, talvez por falta de informação ou mesmo por poder “palpar” e ver seus filhos, o que não acontece no período gestacional, trazem seus filhos par a UBS apenas quando apresentam algum sintoma que os levem a acreditar que seus filhos estejam doentes. Este fato se confirma em nosso indicador de atendimento em dia de acordo com o protocolo que atingiu apenas 31.7%.

Há a necessidade de intensificar o trabalho de conscientização junto à comunidade acerca da importância do monitoramento das crianças, mesmo estando saudáveis, com a finalidade de prevenir doenças como, por exemplo, a obesidade que está associada a hipertensão e diabetes no futuro. Imediatamente após a intervenção iniciou-se os trabalhos com o Programa de Saúde na Escola. Em um primeiro momento as crianças que freqüentam as escolas do município foram pesadas e medidas pela nutricionista, tiveram sua acuidade visual avaliada pela enfermeira e a odontóloga avaliou as condições da dentição das crianças e fez escovação supervisionada seguida de aplicação tópica de flúor.

De posse dos dados recolhidos, os quais evidenciaram um número significativo de crianças em idade escolar com sobrepeso e obesas, estão sendo planejadas ações de conscientização voltadas aos pais, que serão desenvolvidas na escola.

O Prof. Dr. Jayme Murahovschi afirma em seu artigo intitulado Uma Nova Pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: a Puericultura como ciência e arte em transição, publicado na Revista de Pediatria de São Paulo 2006, 28(4):286-8,(Ref.:12) que a prevenção de doenças que ocorrerão na vida adulta começa na infância e que a alimentação pode ter influencia inclusive na incidência de câncer e que a prevenção da osteoporose, inicia-se na infância, com alimentos ricos em cálcio.

Da mesma forma, o aleitamento materno deve ser incentivado, pois promove a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala.

Aleitamento materno: excetuando-se situações especiais, deve ser feito com exclusividade até os 06 meses de idade. É importante fator de prevenção da má-oclusão dentária. (Ref.: 14)

Após o término da intervenção e ao fazer a avaliação dos resultados, me ocorreram várias idéias de como alterar alguma sistemática, uma delas seria inverter o caminho, ao invés da criança vir à unidade, a equipe ir ao encontro da criança, como por exemplo, ir à creche ou escola. Por outro lado, pensando que a saúde é um direito de todos e a prevenção à saúde também, as famílias tem o direito de sair de seu ambiente de trabalho para levar as crianças para a assistência a saúde. O contato direto permite a assimilação por parte da família sobre a importância da puericultura, possibilitando sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância à saúde.

A inclusão de outro indicador sobre o tempo de amamentação da criança também seria importante, visto que o aleitamento materno é o início de uma alimentação saudável, que é um meio eficiente de promoção da saúde e prevenção de várias doenças, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

Como já afirmei anteriormente, a introdução do atendimento de puericultura gerou muita ansiedade e insegurança da minha parte. Atendo mulheres há mais de 20 anos com as quais abordo assuntos que vão desde a proteção sexual até os prazeres na menopausa. Em outras palavras minha prática profissional esta voltada para basicamente para adultos. Tive que voltar meu olhar para o início da vida.

Outra idéia seria cruzar os achados com outros dados como, por exemplo, o nível de escolaridade dos pais, situação social, nível de sanidade do ambiente familiar entre outros fatores que poderiam ajudar ou comprometer o cumprimento do protocolo de puericultura, bem como no desenvolvimento sadio da criança.

Como a intervenção ocorreu num período de transição política, muitos percalços ocorreram entre eles a alta rotatividade de profissionais médicos, com os quais pouco pude contar. O conceito de saúde da nossa comunidade ainda é muito centrado na consulta médica, desta forma não foi possível destinar um dia próprio

para o atendimento da criança e elas tiveram que ser recebidas entremeios aos outros atendimentos.

Por outro lado, não posso me apegar apenas no baixo índice geral alcançado durante o período de intervenção, tivemos uma mobilização geral entre a equipe na busca de crianças para serem avaliadas e as mães orientadas, tanto pelos ACS quanto pela enfermeira e odontóloga. O índice de 47,2% alcançados referente as 60 crianças cadastradas e avaliadas, num total de 127 crianças residentes na área adstrita no período da intervenção, referem-se as crianças que não fazem puericultura na rede privada.

Hoje temos um pediatra a disposição da comunidade que atende dois dias fixos aqui na UBS. Antes de dar início às atividades ele solicitou uma reunião com os ACS para orientar a sistemática do atendimento. Ele prefere que as consultas de puericultura aconteçam mensalmente até os 6 meses de idade, o que vai além do estabelecido pelo Ministério da Saúde. A demanda é boa, ele nunca fica ocioso.

Portanto, neste sentido houve um avanço significativo, já que não tinha nenhum trabalho voltado especificamente para o cuidado preventivo à saúde da criança que a partir da intervenção passou á rotina da UBS.

6.1 Relatório para Gestores

Durante um período de 16 semanas corridas nos meses de abril, maio, junho e julho do ano de 2013, foi desenvolvida uma intervenção na UBS de São Martinho, envolvendo crianças de 0 a 72 meses de idade moradoras da área adstrita da ESF Azaléia, com intuito de valorizar e melhorar a qualidade do atendimento em puericultura, visando uma melhora na saúde geral das crianças prevenindo doenças crônicas para a vida adulta destes pequenos cidadãos.

Tive como companheira e aliada a colega Andressa Rohr que é odontóloga da ESB da ESF Azaléia e também esta cursando a Especialização em Saúde da Família, curso EAD proporcionado pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Foi um período de muita rotatividade dos profissionais médicos na ESF Azaléia, intercalados com momentos sem a presença deste profissional. Este fato certamente interferiu no índice de apenas 47,2% crianças avaliadas na faixa etária escolhida.

Inicialmente fez-se o levantamento das crianças na faixa etária alvo da intervenção e planejamos as estratégias de captação das crianças, para o qual precisamos da colaboração de todos os membros da equipe. Neste sentido fez-se uma reunião com toda equipe com a finalidade de sensibilizar os profissionais envolvidos no processo, (a exceção dos profissionais médicos que raramente participam das reuniões).

Nesta ocasião foi explicada a nova sistemática e apresentada a nova ficha de avaliação da criança, nas cores rosa e azul. Ela foi elaborada tendo por base o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança de zero a cinco anos de idade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que sofreu algumas alterações, como por exemplo, a inclusão da curva de crescimento e desenvolvimento no verso da terceira face da ficha. Como o desenvolvimento e crescimento dos meninos são diferentes das meninas, em virtude disso optamos por diferenciar as fichas por cor.

Elaboramos um “bilhete” para os ACS entregarem nas famílias com crianças na faixa etária escolhida, contendo orientações sobre a importância do acompanhamento das crianças saudáveis e convidando-as para iniciarem as consultas de rotina.

Naquele período tínhamos 127 crianças na faixa dos zero aos 72 meses de idade das quais 60 compareceram para consulta e avaliação de puericultura as quais também foi proporcionada avaliação odontológica.

Durante a avaliação os pais receberam orientações sobre aleitamento exclusivo até os seis meses de idade; orientação sobre alimentação saudável depois dos seis meses; a importância da suplementação de ferro entre seis e 18 meses; prevenção de acidente conforme a faixa de idade em que a criança se encontrava; necessidade de sono conforme faixa etária; vestuário adequado a temperatura ambiente; da importância do controle do crescimento e desenvolvimento bem como

da correta anotação dos resultados na caderneta de vacina assim como no prontuário da criança. Também foram observados se haviam sinais de negligência ou violência contra a criança.

Em meio aos resultados positivos mais relevantes observados destacamos que dentre as crianças avaliadas não encontramos nenhuma com déficit de peso ou com curva estacionária de peso; 100% das crianças vacinadas; 96,7% das crianças com teste do pezinho feitos antes dos sete dias de vida, sendo que os demais com dois dias de atraso; 90% das crianças entre seis e 18 meses de idade com suplementação de ferro.

Entre os resultados que merecem atenção por apresentarem resultados indesejados estão: baixo comparecimento das famílias após o chamamento; presença de crianças com peso excessivo; baixa proporção de crianças com triagem auditiva.

Para dar continuidade a este processo que ora instalamos precisamos que os trabalhos de divulgação e conscientização da população em geral sobre os cuidados com as crianças sejam incansáveis e incessantes. Neste aspecto os ACS são profissionais chave para o sucesso do programa.

Agradeço o apoio recebido pela administração direta da UBS que proporcionou a oportunidade de executar este projeto e arcou com as despesas decorrentes do processo, aos colegas que se empenharam na divulgação, captação e encaminhamento das crianças e em especial a colega Andressa Rohr, que também foi especializanda do UNASUS.

Sem dúvida a intervenção trouxe avanços no cuidado à criança e o despertar da necessidade de contar com profissionais especializados para exercer esta função, e dar continuidade a este trabalho. Desejo o apoio da administração pública executiva e legislativa para tornar efetivo e permanente esta tarefa.

6.2 Relatório para a comunidade

Este relatório tem por objetivo devolver para a comunidade de São Martinho pertencente a área adstrita da ESF Azaléia, os resultados da intervenção

“Implantação do serviço de avaliação do crescimento e acompanhamento do desenvolvimento da criança do 0 a 72 meses na Equipe de Saúde da Família Azaléia no município de São Martinho – RS”.

Durante os meses de abril, maio, junho e julho do ano de 2013, foi desenvolvida uma intervenção na UBS de São Martinho, envolvendo crianças de zero a 72 meses de idade moradoras da área adstrita da ESF Azaléia, com intuito de valorizar e melhorar a qualidade do atendimento em puericultura, visando uma melhora na saúde geral das crianças prevenindo doenças crônicas para a vida adulta destes pequenos cidadãos.

Para por em prática a intervenção elaboramos um “bilhete” para os ACS entregarem nas famílias com crianças na faixa etária escolhida, contendo orientações sobre a importância do acompanhamento das crianças saudias e convidando-as para iniciarem as consultas de rotina.

Naquele período tínhamos 127 crianças na faixa dos zero aos 72 meses de idade das quais 60 compareceram para consulta e avaliação de puericultura as quais também foi proporcionada avaliação odontológica.

Durante a avaliação os pais receberam orientações sobre aleitamento exclusivo até os seis meses de idade; orientação sobre alimentação saudável depois dos seis meses; a importância da suplementação de ferro entre seis e 18 e meses; prevenção de acidente conforme a faixa de idade em que a criança se encontrava; necessidade de sono conforme faixa etária; vestuário adequado a temperatura ambiente; da importância do controle do crescimento e desenvolvimento bem como da correta anotação dos resultados na caderneta de vacina assim como no prontuário da criança.

Foram observados se haviam sinais de negligência ou violência contra a criança.

Em meio aos resultados positivos mais relevantes observados destacamos que dentre as crianças avaliadas não encontramos nenhuma com déficit de peso ou com curva estacionária de peso; 100% das crianças vacinadas; 96,7% das crianças com teste do pezinho feito antes dos sete dias de vida, sendo que os demais com

dois dias de atraso; 90% das crianças entre seis e 18 meses de idade com suplementação de ferro.

Entre os resultados que merecem atenção por apresentarem resultados indesejados estão: baixo comparecimento das famílias após o chamamento; presença de crianças com peso excessivo; baixa proporção de crianças com triagem auditiva.

Para dar continuidade a este processo que ora instalamos precisamos que os trabalhos de divulgação e conscientização da população em geral sobre os cuidados com as crianças sejam incansáveis e incessantes. Neste aspecto o Agente Comunitário de Saúde é um profissional chave para o sucesso do programa.

Agradeço aos pais que atenderam ao chamamento e trouxeram seus filhos na UBS, na certeza de que houve um ganho para ambas as partes.

Sem dúvida a intervenção trouxe avanços no cuidado à criança e o despertar da necessidade de contar com profissionais especializados para exercer esta função, e dar continuidade a este trabalho.

A puericultura entrou na rotina de atendimento da UBS e ficou estabelecido que nas segundas e quintas-feiras o período da manhã será dedicado ao atendimento das crianças

Esperamos que a comunidade continue participando deste processo de promover a saúde de nossas crianças.

6.3 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.

Mesmo antes de iniciar efetivamente o curso, meu grau de ansiedade estava em alta. Afastada dos “bancos escolares” desde 1990, quando fiz especialização em enfermagem em saúde pública na UFRGS, nunca mais tive uma rotina de estudo semanal.

Apaixonei-me pela parte inicial do curso onde tive que redescobrir a UBS em sua íntegra contemplando: estrutura física com seus acertos e defeitos; quanto aos recursos humanos em suas quantidades e especialidades; os programas presentes

e ausentes no funcionamento da UBS; infra-estrutura suficiente e adequada ou nem tanto; engajamento público com co-responsabilidade do usuário deixando a desejar e meu papel neste processo todo que estava acomodado

Propus-me a trabalhar com afinco e transformar os afazeres do curso como o objetivo principal do meu dia a dia. Tudo transcorreu dentro do esperado até o dia 27 de janeiro de 2013.

Em abril iniciei a intervenção que me fez rever muitos conteúdos para que me proporcionasse uma reciclagem na forma de abordar a nova clientela que ora se apresentava. No início não conseguia seguir uma linha, depois com o passar dos dias obtive mais segurança e com isso fazer um atendimento com fluidez.

O fato de passar por intervalos com médico e outros sem eles, atrapalhou de forma consistente o andamento da intervenção, a colaboração das colegas técnicas de enfermagem não foi exatamente o esperado, mas dá pra entender, pois foi introduzida uma nova rotina e até que todas as cabeças entrem em sincronismo pode demandar algum tempo.

Nem todas as famílias cujas crianças foram avaliadas e os pais orientados compareceram a UBS para este fim, muitas foram captadas na sala de vacina ou vieram para consultar. No início algumas famílias foram esquecidas de serem encaminhadas para avaliação. Foram vários avisos e caras feias, ou melhor, caras de decepção até que o fluxo se estabeleceu.

Após o término da rotina frenética do período da intervenção, perdi totalmente a vontade de fazer qualquer coisa. Como se uma sombra se projetasse sobre meus pensamentos, bloqueando toda e qualquer iniciativa, parecia que nada do que tinha sido feito tivesse algum sentido, um vazio, um oco, um espaço branco.

Aos poucos o sentido da vida se restabelece e timidamente reinicio as atividades do curso.

Gostei muito de responder aos casos clínicos que vieram de encontro com a nossa rotina e refrescou muita memória adormecida bem como acrescentaram muitas novidades.

Com toda certeza posso afirmar que este processo todo gerou um crescimento profissional, não apenas para mim, mas para a equipe como um todo, que ira alavancar a qualidade e especificidade do atendimento a criança.

O apoio, dedicação, estímulo e insistência da minha orientadora Lenise Seerig, e da orientadora pedagógica Vera Guidolin, foram sem dúvida alguma decisivas para que eu chegasse até aqui.

7. Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção a Saúde da Criança: **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Organização Mundial de Saúde. **Amamentação e medicação materna: recomendações sobre drogas da 8ª lista básica de medicamentos da OMS**. IBFAN/Brasil e Instituto de Saúde; 1996.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: 2002.
4. OPAS/OMS, Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Módulo 2. **Avaliar e classificar a criança de 2 meses e menor de 5 anos**. Brasília: 2003.
5. OPAS/OMS, Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Módulo 6. **Avaliar e classificara criança de 1 semana a 2 meses de idade**. Brasília: 2003.
6. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. **Protocolo: Atenção à Saúde da Criança de zero a cinco anos de idade**. Potro Alegre 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: **crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno: **Caderneta de saúde do menino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos: **Agenda da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

10. Goulart, L. M. H. F.e Viana, M. R. A. Saúde da Criança e do Adolescente: **agravos nutricionais**. Belo Horizonte: Coopmed, Nescon UFGM, 2008.

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5B2008%5Dcurso_agravos_nutricionais.pdf

11. Roteiro para classificação das famílias por grau de risco. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Roteiro%20para%20a%20Classificacao%20de%20Risco%20Familiar.pdf>

12. Murahovschi, J Uma Nova Pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: **a Puericultura como ciência e arte em transição**. *Pediatria (São Paulo)* 2006;28(4):286-8.

<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1193.pdf>

13. Mafra, A. M. Protocolo de Enfermagem da Assistência ao Pré-Natal de baixo risco do Município de Ribeirão Preto Ribeirão Preto – 2004

<http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16plano4.htm>

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal: **caderno de atenção básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Anexos

Anexo 1: Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo 2: Caracterização do Risco

Indicadores	ALTO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m	BAIXO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m
Peso ao nascer	< 2500 g	6			≥ 2500 g	0		
Duração da gestação	< 37 semanas	4			≥37 semanas	0		
Aleitamento materno	Suspenso/Misto	6			Exclusivo	0		
Gestação gemelar	Sim	2			Não	0		
Hospitalização últimos 2 meses*	Sim	2	4	4	Não	0	0	0
Malformação congênita*	Sim	1	1	1	Não	0	0	0
Idade da mãe	≤15 anos	6	6	6	≥18 anos	0	0	0
	16 e 17 anos	3	3	3				
Escolaridade da mãe	≤1º grau incompleto	2	2	2	≥1º grau completo	0	0	0
Óbito de filho < de 5 anos	Sim	4	4	4	Não	0	0	0
Demais filhos morando junto	>3 filhos	2	2	2	≤ 3 filhos	0	0	0
Consultas pré-natal	0 a 2 consultas	2			≥ 6 consultas	0		
	3 a 5 consultas	1						
Renda per capita	< 1 salário mínimo	3	3	3	≥ 1 salário mínimo	0	0	0
Problemas familiares e socioeconômicos: Abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infraestrutura e outros	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Problemas da Criança: problemas importantes que interfiram no crescimento ou desenvolvimento	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Vacinas	Em atraso	4	4	4	Em dia	0	0	0
Avaliação do desenvolvimento	Suspeito		3	3	Normal		0	0
	Com problemas		6	6				
Altura/Idade	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10		0	0
Peso/Altura	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10		0	0
Peso/Idade	< Percentil 10		6	6	≥ Percentil 10		0	0
	Total				Total			

* Pontuação pode ser aumentada utilizando as variáveis com pontos em aberto (Problemas Familiares e da Criança)

Considerar como **ALTO RISCO** quando o total dos pontos somados for maior ou igual a 6

Anexo 3: Questionário de avaliação de risco familiar

NOME: _____ DATA: ___/___/___
 ACS: _____ ARÉA: _____ FAMILIA: _____ RESULTADO: _____

ROTEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

CRITÉRIOS SOCIOECONÔMICOS	SIM	NÃO
1. O responsável pela família é alfabetizado? (É considerada de risco a família cujo responsável não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.)		
2. A renda familiar per capita mensal é de até 60 reais? (É considerada de risco a família em situação de extrema pobreza, ou seja, que tem renda per capita mensal de até R\$ 60,00) • Calculo da renda familiar per capita: somar o rendimento mensal de todas as fontes (salário, bolsa família, aposentadoria, etc.) recebido por todos os membros da família e dividir pelo número total de integrantes.		
3. O domicílio tem abastecimento de água adequado? (É considerada de risco a família cujo domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.)		

PONTUAÇÃO	
Nenhum dos fatores de risco	
Presença de um dos fatores de risco	
Presença de dois fatores de risco	
Presença de três fatores de risco	

CRITÉRIOS CLÍNICOS	SIM	NÃO
(Presença de condições e patologias crônicas prioritárias: é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida)		
I – CRIANÇA		
Baixo peso ao nascer		
Prematuridade		
Desnutrição grave		
Triagem Neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, fibrose cística ou anemia falciforme		
Doenças de Transmissão Vertical: Toxoplasmose, Sífilis e HIV		
Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar		
Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados		
Evolução desfavorável de qualquer doença (internação)		
Sem acesso à fluoretos (água de abastecimento, pasta de dente, gel ou bochecho com flúor)		
Uso de bico e/ou mamadeira, hábito de chupar o dedo e/ou roer unha		
II – ADOLESCENTES DE ALTO RISCO		
Doenças sexualmente transmissíveis ou AIDS		
Gravidez precoce não planejada		
Transtornos alimentares: bulimia ou anorexia		
Uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool)		
Vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual		
Quadros de depressão; transtornos mentais e/ou risco de suicídio		
Fuga freqüente de casa ou moradores de rua		
Sem acesso à fluoretos (água de abastecimento, pasta de dente, gel ou bochecho com flúor)		
III – ADULTOS COM RISCO CARDIOVASCULAR ALTO OU MUITO ALTO		

Grupo de risco alto: portadores de HA grau 1 ou 2, com 3 mais fatores de risco; ou portadores de HA grau 3, sem fatores de risco;		
Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco; ou portadores de HA com doença cardiovascular ou renal manifesta		
IV – ADULTOS COM DIABETES COM RISCO		
Não usuários de insulina, com hipertensão		
Usuários de insulina		
Que relate ou apresente sangramento gengival freqüente		
V – ADULTO COM ALTO RISCO PARA TUBERCULOSE		
Com antecedentes ou evidencias clinicas de hepatopatia aguda ou crônica		
Doente de AIDS ou soro positivo para o HIV		
Antecedentes ou evidencias clinicas de nefropatias		
Suspeita de tuberculose multidrogarresistente		
Tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculose)		
Pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência		
VI – ADULTO COM ALTO RISCO PARA HANSENÍASE		
Surtos reacionais repetitivos		
Relato de reações adversas aos medicamentos		
Presença de seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés		
VII – ADULTO COM RISCO GRAVE PARA SAÚDE MENTAL		
Usuários com transtornos mentais graves e persistentes		
Uso prejudicial de álcool e outras drogas		
Egressos de serviços de saúde mental		
VIII – GESTANTES DE ALTO RISCO		
Dependência de drogas licitas e ilícitas		
Morte perinatal anterior; abortamento habitual		
Desvio quanto ao crescimento uterino, numero de fetos e volume de liquido amniótico		
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada		
Pré-eclâmpsia e eclampsia; diabetes gestacional; amniorrexeprematura		
Hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal		
Hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias		
Nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia		
Doenças infecciosas; doenças auto -imunes; ginecopatias		
Doença periodontal ativa		
IX – IDOSO COM ALTO RISCO/IDOSO FRÁGIL		
Idosos com ≥ 80 anos		
Idosos com ≥ 60 anos apresentando polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmacia (≥5 drogas/dia)		
Imobilidade parcial ou total; incontinência urinaria ou fecal		
Instabilidade postural (quedas de repetição)		
Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium);		
Idosos com historia de internações freqüentes e/ou no período de pós -alta hospitalar		
Idosos dependentes nas atividades de vida diária básica - AVD		
Insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados		
Idosos com necessidade de prótese dentária, não ou precariamente atendida		
X - Outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde		

PONTUAÇÃO	
Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	
Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	
2 ou mais componentes tem 1 patologia ou condição	
1 ou mais componentes tem concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	

Anexo 4: Gabarito para pontuar a classificação de risco familiar

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO

PASSO 1: Identificar os fatores socioeconômicos e as condições/patologias prioritárias presentes na família;

PASSO 2: Fazer a pontuação para cada um dos critérios;

PASSO 3: Fazer a somatória das duas pontuações, chegando a pontuação total:

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
CRITÉRIOS CLÍNICOS		0	1	2	3
	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1	2	3	4
	2 ou mais componentes tem 1 patologia ou condição	2	3	4	5
	1 ou mais componentes tem concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3	4	5	6

PASSO 4: Interpretação:

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	SEM RISCO
1	RISCO BAIXO
2-3	RISCO MODERADO
≥4	RISCO ALTO

Apêndice:**Apêndice 1: Bilhete utilizado pelos ACS para sensibilizar a família.**


Queridos pais!!!

Estamos iniciando um trabalho, no Posto de Saúde, do qual seu filho menor de 5 anos será nosso alvo de atenção.

Seguindo a rotina que a mamãe tinha durante a gestação de consultar todos os meses, queremos dar o mesmo atendimento para seus filhos.

É recomendado pelo Ministério da Saúde que seu filho tenha a seguinte rotina de consulta e visita ao dentista: **1ª consulta** antes dos 10 dias de vida; **2ª consulta** com 30 dias; **3ª consulta** com 2 meses, **4ª consulta** com 4 meses; a **5ª consulta** com 6 meses, a **6ª consulta** com 9 meses; a **7ª consulta** com 12 meses; a **8ª consulta** com 15 meses; a **9ª consulta** com 18 meses; **10ª consulta** com 24 meses e a partir daí anualmente até os 6 anos.

Apêndice 2: ficha espelho

		Prefeitura Municipal de Saúde de São Martinho Secretaria Municipal de Saúde																		
FICHA DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 72 MESES																				
Nome: _____		DN: ___/___/___																		
Peso ao nascer: __ __ : __ __ g*	Comprimento: __ __ cm*	PC: __ __ cm																		
ANTECEDENTES FAMILIARES																				
Pai: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																				
Mãe: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																				
GESTAÇÃO E PARTO																				
Número de gestações anteriores: Normais _____ Anormais _____ Coabitantes (doenças): _____																				
Irmãos: Vivos (número) __ __ doenças _____																				
Intercorrências gestacionais, no parto ou puerpério não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> quais? _____																				
Tipo de parto: vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/> IG __ __																				
Local do parto: Hospital <input type="checkbox"/> Qual? _____ domicílio <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>																				
RECÉM-NASCIDO																				
Apgar:		Teste do pezinho: não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>																		
1º minuto __ __		Resultados: Fenilcetonúria normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/>																		
5º minuto __ __		Hipotireoidismo congênito: normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/>																		
		Hemoglobinopatias: normal <input type="checkbox"/> alterado (incluindo traço falciforme) <input type="checkbox"/>																		
Intercorrências neonatais:																				
sem intercorrências <input type="checkbox"/> hospitalização em UTI <input type="checkbox"/> hospitalização <input type="checkbox"/> alterações respiratórias <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> icterícia vômitos <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> paralisia <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> hemorragias <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> quais? _____																				
ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS																				
	Meses																			
Tipo de alimento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Aleitamento Materno																				
Outros leites, motivo: _____																				
Sucos e frutas																				
Papa ou sopas																				
Alimentação variada																				
Sulfato ferroso *																				
Vitamina A e D																				
* iniciar suplementação de Fe na introdução de novos alimentos diferentes de leite materno																				
Acompanhamento do desenvolvimento da criança:																				
Desde o Nascimento até 2 meses de idade O bebê reconhece e acalma-se com a voz da mãe. Idade: _____ Olha o rosto das pessoas que estão próximas. Idade: _____										De 9 a 12 meses O bebê pode ficar em pé apoiando-se em móveis ou com ajuda de pessoas. Idade: _____ Bate palmas, pode apontar com o dedo o que deseja pegar e diverte-se dando adeus. Idade: _____										
2 a 4 meses Quando está de bruços levanta a cabeça e os ombros. Idade: _____ Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele. Idade: _____										1 ano a 1 ano e 6 meses A criança anda sozinha. Idade: _____ Compreende bem o que lhe dizem, mas fala poucas palavras, entende ordens simples como "dá um beijo na mamãe". Idade: _____										
4 a 9 meses O bebê fica sentado sem apoio. Idade: _____ Precisa espaço no chão, pois começa a se arrastar ou engatinhar. Idade: _____										1 ano e 6 meses a 2 anos Começa a juntar duas palavras e a falar frases simples como "gato cadê?" ou "leite não". Idade: _____ Demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra "não". Idade: _____										

Face1 frente ficha meninas

FICHA DE ATENDIMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CRIANÇAS DE 0 A 72 MESES

Data da consulta	Registro do exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor (foram ressaltados aspectos importantes de acordo com a faixa etária, não excluindo a realização de exame físico completo)	Avaliação de risco	Observações
1ª Consulta do RN: Idade: _____ dias ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Estado geral, presença de irritabilidade ou letargia _____ Hidratação, mucosas e pele _____ Fáscias e crânio _____ Reflexos _____marcha _____preensão palmar _____sucção _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdômen _____Genitais _____Testículos na bolsa _____ Cicatriz umbilical _____ Ortolani e Barlow normal _____alterado _____ Visão (reflexo fotomotor e piscamento) _____ Audição (identificação de risco)** _____ Amamentação _____boa pega _____sem boa pega _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e adaptação aos novos papéis na família. <input type="checkbox"/> incentivar parceiro para os cuidados do bebê e aceitar apoio de amigos e familiares <input type="checkbox"/> orientar cuidados com banho, higiene perineo, hábitos de sono, "tipo" de choro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho (temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração transporte em automóvel. <input type="checkbox"/> orientar para vacinas e teste pézinho <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
1º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Presença de irritabilidade ou letargia _____ Levanta a cabeça _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdução _____Abdômen _____ Visão _____Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e familiares <input type="checkbox"/> realizar planejamento familiar <input type="checkbox"/> orientar higiene do bebê <input type="checkbox"/> orientar sobre o fumo passivo <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho (temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração e transporte em automóvel <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
2º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Sorri _____ abre as mãos _____ firma a cabeça _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdução _____Visão _____Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> procurar ter tempo para si e para o parceiro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho, asfixia, aspiração e transporte em automóvel, quedas <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
4º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Rola s/auxílio _____ junta as mãos _____ reconhece pessoas _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdução _____Visão _____Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> incentivar que fale, cante, leia p/ o bebê <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, transporte em automóvel <input type="checkbox"/> alertar aumento de IVAS <input type="checkbox"/> orientar para não treinar esfinteres <input type="checkbox"/> discutir retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
6º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Firma cabeça completamente _____ vocaliza _____ apanha objetos e leva-os a boca _____ senta com apoio _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdução _____visão (Hirschberg) _____Audição (distração) _____ Erupção dos dentes _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> abordar aspectos sociais: medo dos estranhos, choro noturno, interação social, reação a frustrações <input type="checkbox"/> orientar para vacinas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
9º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Senta sem apoio _____ Fica de pé _____ Sílabas (ma-ma) _____ Entende o "Não" _____ Estica os braços p/ser pego _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____FR _____mpm Abdução _____Visão _____Audição _____ Erupção dos dentes _____ Rastreamento anemia *** _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> alertar para necessidade de afeto e disciplina <input type="checkbox"/> orientar para diminuição de apetite e ritmo de crescimento <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
12º MÊS ____/____/____	Peso _____g* Comprimento _____cm* PC _____cm* Ergue-se sozinho _____ Fica em pé _____ Nomeia objetos _____ Caminha com apoio _____ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR _____mpm Abdução _____ Visão(Hirschberg/cobertura) _____Audição (distração/fala) _____ Erupção dos dentes _____ Ht/Hb (se ainda não solicitado) _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, choque elétricos, envenenamentos, mordidas de animais <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: negativismo/ limites; curiosidade/estímulo exploração segura <input type="checkbox"/> orientar para vacinas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista

15º MÊS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Caminha sem apoio _ _ _ _ Palavras _ _ _ _ Observar marcha _ _ _ _ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, mordida de animais, janelas <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: crises de birra, limites <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
18º MÊS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Atira bola _ _ _ _ Segue instruções _ _ _ _ Observar marcha _ _ _ _ Visão _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> encorajar iniciativas de fazer por si, como comer sozinho <input type="checkbox"/> orientar higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: proteção na rua, carro e escadas, não deixá-lo só em casa ou no carro <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: boas maneiras, reação ao irmão menor.
2 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Aponta parte do corpo _ _ _ _ rabisca _ _ _ _ tira qualquer parte do vestuário _ _ _ _ corre ou sobe degraus _ _ _ _ Visão _____ Colesterol total (se fator risco para hiperlipidemia)**** _ _ _ _ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene bucal <input type="checkbox"/> estimular atividades físicas <input type="checkbox"/> orientar possíveis alterações do apetite <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: abre portas, escala, afogamento (bóias, piscina) <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: necessidades de ter amigos, repartir <input type="checkbox"/> iniciar treinamento de esfínteres <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
3 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ PA _ _ _ _ Controla esfínteres _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> prevenção de acidentes: quedas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
4 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Identifica cores _ _ _ _ diz seu nome _ _ _ _ usa frases _ _ _ _ brinca com outras crianças _ _ _ _ veste-se com ajuda _ _ _ _ Visão _____ Audição _____ PA _ _ _ _ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista <input type="checkbox"/> orientar em relação a televisão/violência. <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: fogo, fósforos, queda <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola
5 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Pula alternadamente com um pé e outro _ _ _ _ veste-se sozinho _ _ _ _ Pedes ajuda quando necessário _ _ _ _ Ausculta cardíaca/pulsos _____ PA _ _ _ _ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene do corpo e dentes <input type="checkbox"/> estimular vida ao ar livre, sol <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: bicicleta e segurança do pedestre <input type="checkbox"/> orientar sobre ansiedade da escola e enurese <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola <input type="checkbox"/> Encaminhar ao dentista
72 MESES _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Ausculta cardíaca/pulsos _____ PA _ _ _ _ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _ _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene do corpo e dentes <input type="checkbox"/> estimular vida ao ar livre, sol <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: bicicleta e segurança do pedestre <input type="checkbox"/> orientar sobre ansiedade da escola <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola <input type="checkbox"/> Encaminhar ao dentista

* registrar no gráfico

** ver critérios de risco para déficit auditivo

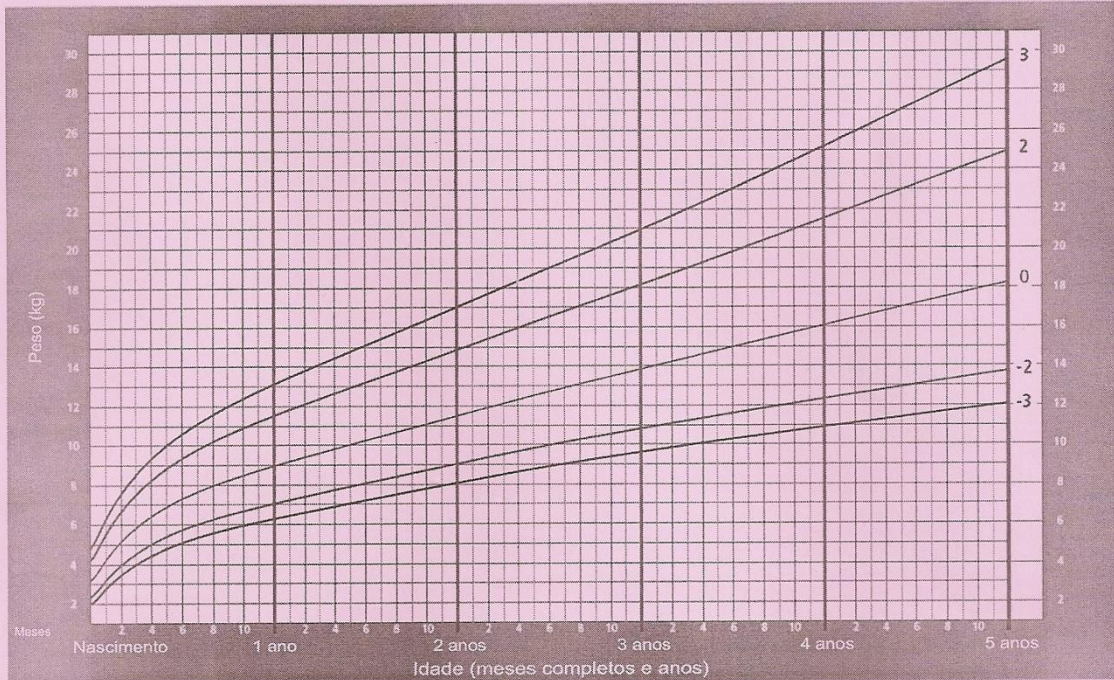
*** risco para anemia: prematuros, baixo peso, aleitamento artificial, baixo nível sócio-econômico

**** risco para hiperlipidemia: pais ou avós com hipercolesterolemia ou doença cardiovascular antes dos 55 anos

Face 3 frente ficha meninas

Peso por Idade MENINAS

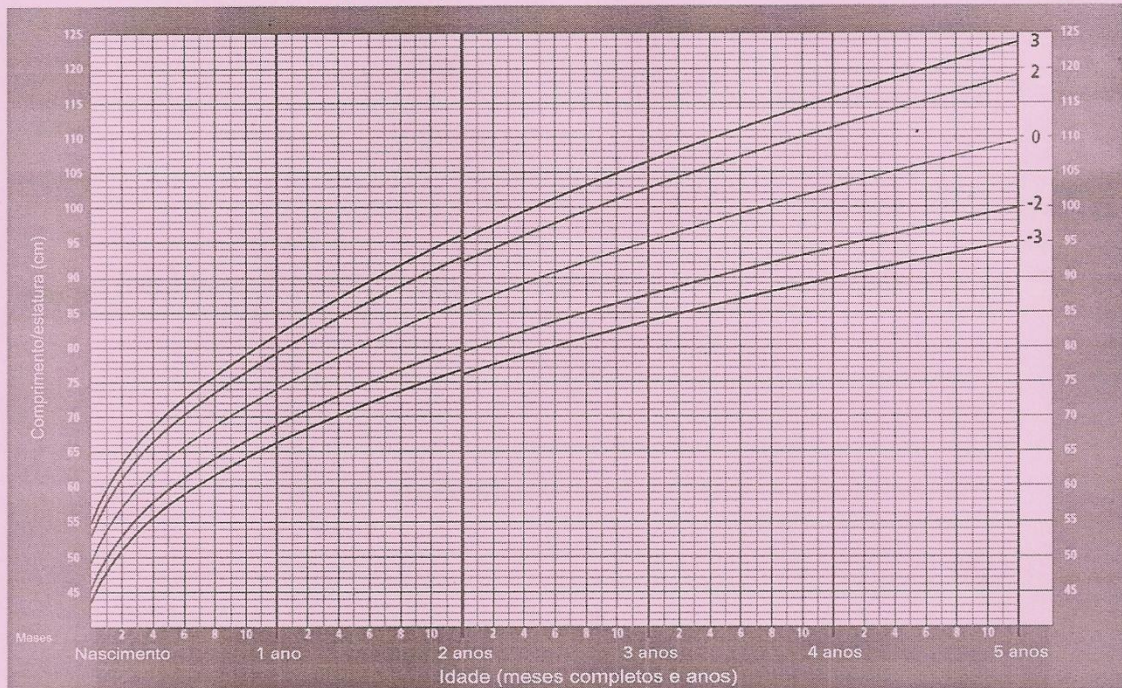
Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Comprimento/estatura por idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Nome: _____															DN: ____/____/____		
Peso ao nascer: __ __ __ __ g*					Comprimento: __ __ cm*					PC: __ __ cm							
ANTECEDENTES FAMILIARES																	
Pai: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																	
Mãe: <input type="checkbox"/> saudável <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> doenças mentais <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> outras: _____																	
GESTÇÃO E PARTO																	
Número de gestações anteriores: Normais _____ Anormais _____ Coabitantes (doenças): _____																	
Irmãos: Vivos (número) __ __ doenças _____																	
Intercorrências gestacionais, no parto ou puerpério não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> quais? _____																	
Tipo de parto: vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/> IG __ __																	
Local do parto: Hospital <input type="checkbox"/> Qual? _____ domicílio <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>																	
RECÉM-NASCIDO																	
Apgar: 1º minuto __ __ 5º minuto __ __						Teste do pezinho: não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Resultados: Fenilcetonúria normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo congênito: normal <input type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias: normal <input type="checkbox"/> alterado (incluindo traço falciforme) <input type="checkbox"/>											
Intercorrências neonatais: sem intercorrências <input type="checkbox"/> hospitalização em UTI <input type="checkbox"/> hospitalização <input type="checkbox"/> alterações respiratórias <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> icterícia vômitos <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> paralisia <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> hemorragias <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> quais? _____																	
ALEITAMENTO MATERNO E INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS																	
Meses																	
Tipo de alimento																	
Aleitamento Materno																	
Outros leites, motivo: _____																	
Sucos e frutas																	
Papa ou sopas																	
Alimentação variada																	
Sulfato ferroso *																	
Vitamina A e D																	
* iniciar suplementação de Fe na introdução de novos alimentos diferentes de leite materno																	
Acompanhamento do desenvolvimento da criança:																	
Desde o Nascimento até 2 meses de idade O bebê reconhece e acalma-se com a voz da mãe. Idade: _____ Olha o rosto das pessoas que estão próximas. Idade: _____									De 9 a 12 meses O bebê pode ficar em pé apoiando-se em móveis ou com ajuda de pessoas. Idade: _____ Bate palmas, pode apontar com o dedo o que deseja pegar e diverte-se dando adeus. Idade: _____								
2 a 4 meses Quando está de bruços levanta a cabeça e os ombros. Idade: _____ Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele. Idade: _____									1 ano a 1 ano e 6 meses A criança anda sozinha. Idade: _____ Compreende bem o que lhe dizem, mas fala poucas palavras, entende ordens simples como "dá um beijo na mamãe". Idade: _____								

Face1 frente ficha meninos

Data da consulta	Registro do exame físico e desenvolvimento neuropsicomotor (foram ressaltados aspectos importantes de acordo com a faixa etária, não excluindo a realização de exame físico completo)	Avaliação de risco	Observações
1ª Consulta do RN: Idade: _____ dias ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Estado geral, presença de irritabilidade ou letargia _____ Hidratação, mucosas e pele _____ Fáscias e crânio _____ Reflexos _____ marcha __ preensão palmar __ sucção __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdômen _____ Genitais _____ Testículos na bolsa _____ Cicatriz umbilical _____ Ortolani e Barlow normal __ alterado __ Visão (reflexo fotomotor e piscamento) _____ Audição (identificação de risco)** _____ Amamentação __ boa pega __ sem boa pega _____	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e adaptação aos novos papéis na família. <input type="checkbox"/> incentivar parceiro para os cuidados do bebê e aceitar apoio de amigos e familiares <input type="checkbox"/> orientar cuidados com banho, higiene <input type="checkbox"/> períneo, hábitos de sono, "tipo" de choro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho (temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração transporte em automóvel. <input type="checkbox"/> orientar para vacinas e teste pézinho <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
1º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Presença de irritabilidade ou letargia _____ Levanta a cabeça __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ Abdômen _____ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> abordar relação mãe/filho e familiares <input type="checkbox"/> realizar planejamento familiar <input type="checkbox"/> orientar higiene do bebê <input type="checkbox"/> orientar sobre o fumo passivo <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho (temperatura e não deixá-lo só), asfixia, aspiração e transporte em automóvel <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
2º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Sorri __ abre as mãos __ firma a cabeça __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> procurar ter tempo para si e para o parceiro <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: banho, asfixia, aspiração e transporte em automóvel, quedas <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
4º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Rola s/auxílio __ junta as mãos __ reconhece pessoas __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> incentivar aleitamento materno. <input type="checkbox"/> incentivar que fale, cante, leia p/ o bebê <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, transporte em automóvel <input type="checkbox"/> alertar aumento de IVAS <input type="checkbox"/> orientar para não treinar esfínteres <input type="checkbox"/> discutir retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
6º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Firma cabeça completamente __ vocaliza __ apanha objetos e leva-os a boca __ senta com apoio __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ visão (Hirschberg) _____ Audição (distração) _____ Erupção dos dentes __ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> abordar aspectos sociais: medo dos estranhos, choro noturno, interação social, reação a frustrações <input type="checkbox"/> orientar para vacinas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
9º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Senta sem apoio __ Fica de pé __ Sílabas (ma-ma) __ Entende o "Não" __ Estica os braços p/ser pego __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ Visão _____ Audição _____ Erupção dos dentes __ Rastreamento anemia *** __ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: ingestão de corpo estranho, quedas, risco da cozinha, não usar andadores <input type="checkbox"/> alertar para necessidade de afeto e disciplina <input type="checkbox"/> orientar para diminuição de apetite e ritmo de crescimento <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
12º MÊS ____/____/____	Peso __ __ __ __ g* Comprimento __ __ cm* PC __ __ cm* Ergue-se sozinho __ Fica em pé __ Nomeia objetos __ Caminha com apoio __ Ausculta cardíaca/pulsos _____ FR __ __ mpm Abdução __ Visão (Hirschberg/cobertura) _____ Audição (distração/fala) _____ Erupção dos dentes __ Ht/Hb (se ainda não solicitado) __ Observar sinais de possível negligência ou abuso __	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, queimaduras, choque elétricos, envenenamentos, mordidas de animais <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: negativismo/ limites; curiosidade/estímulo exploração segura <input type="checkbox"/> orientar para vacinas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista

Face 2 verso ficha meninos

15º MÊS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Caminha sem apoio _ _ Palavras _ _ Observar marcha _ _ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> abordar orientações dietéticas <input type="checkbox"/> estimular higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: quedas, mordida de animais, janelas <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: crises de birra, limites <input type="checkbox"/> orientar para vacinas
18º MÊS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Atira bola _ _ Segue instruções _ _ Observar marcha _ _ Visão _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> encorajar iniciativas de fazer por si, como comer sozinho <input type="checkbox"/> orientar higiene bucal <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: proteção na rua, carro e escadas, não deixá-lo só em casa ou no carro <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: boas maneiras, reação ao irmão menor.
2 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* PC _ _ _ _ cm* Aponta parte do corpo _ _ rabisca _ _ tira qualquer parte do vestuário _ _ corre ou sobe degraus _ _ Visão _____ Colesterol total (se fator risco para hiperlipidemia)**** _ _ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene bucal <input type="checkbox"/> estimular atividades físicas <input type="checkbox"/> orientar possíveis alterações do apetite <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: abre portas, escada, afogamento (bóias, piscina) <input type="checkbox"/> orientar aspectos sociais: necessidades de ter amigos, repartir <input type="checkbox"/> iniciar treinamento de esfínteres <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
3 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ PA _ _ /___ Controla esfínteres _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> prevenção de acidentes: quedas <input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista
4 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Identifica cores _ _ diz seu nome _ _ usa frases _ _ brinca com outras crianças _ _ veste-se com ajuda _ _ Visão _____ Audição _____ PA _ _ /___ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> encaminhar ao dentista <input type="checkbox"/> orientar em relação a televisão/violência. <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: fogo, fósforos, queda <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola
5 ANOS _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Pula alternadamente com um pé e outro _ _ veste-se sozinho _ _ Pedes ajuda quando necessário _ _ Ausculta cardíaca/pulsos _____ PA _ _ /___ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene do corpo e dentes <input type="checkbox"/> estimular vida ao ar livre, sol <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: bicicleta e segurança do pedestre <input type="checkbox"/> orientar sobre ansiedade da escola e enurese <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola <input type="checkbox"/> Encaminhar ao dentista
72 MESES _/_/___	Peso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ g* altura _ _ _ _ cm* IMC _ _ _ _ Ausculta cardíaca/pulsos _____ PA _ _ /___ Visão _____ Audição _____ Observar sinais de possível negligência ou abuso _ _	_____ pontos	<input type="checkbox"/> orientar higiene do corpo e dentes <input type="checkbox"/> estimular vida ao ar livre, sol <input type="checkbox"/> prevenir acidentes: bicicleta e segurança do pedestre <input type="checkbox"/> orientar sobre ansiedade da escola <input type="checkbox"/> incentivar a falar sobre sentimentos, experiências, escola <input type="checkbox"/> Encaminhar ao dentista

* registrar no gráfico

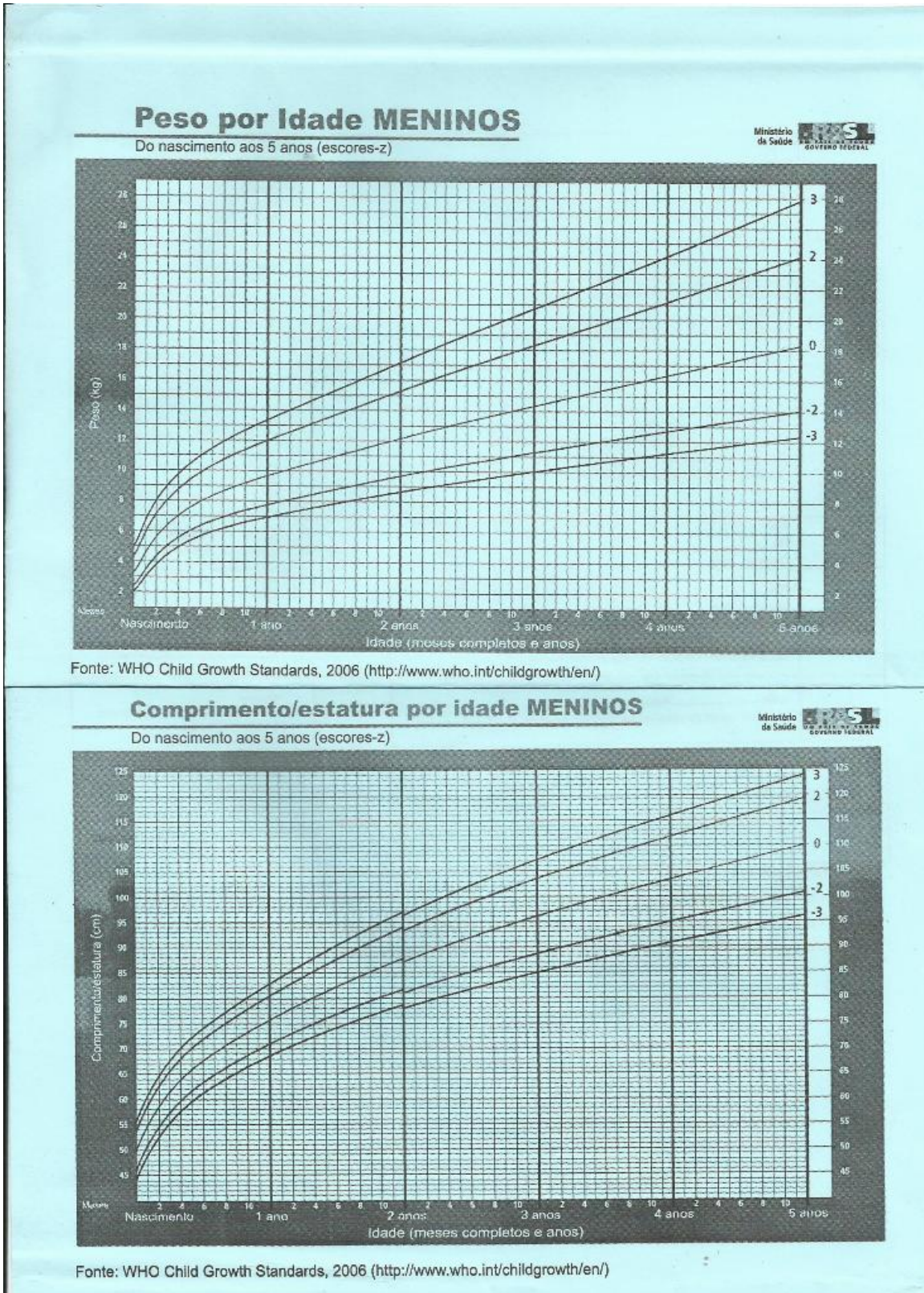
** ver critérios de risco para déficit auditivo

*** risco para anemia: prematuros, baixo peso, aleitamento artificial, baixo nível sócio-econômico

**** risco para hiperlipidemia: pais ou avós com hipercolesterolemia ou doença cardiovascular antes dos 55 anos

Face 3 frente ficha meninos

Face 4 verso ficha meninos



Apêndice 3

Reunião de capacitação dos ACS



Reunião de apresentação para todos colegas da UBS



Apêndice 4

Gaveta com os prontuários marcados conforme grau de risco das famílias

