

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Implementação do Programa de Atenção à Saúde da Criança entre zero e 72
meses na USF Rural, Santo Antônio das Missões/ RS

Marcus Vinicius Hettwer

Pelotas, 2015

Marcus Vinicius Hettwer

Implementação do Programa de Atenção à Saúde da Criança entre zero e 72
meses na USF Rural, Santo Antônio das Missões/ RS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família EaD da
Universidade Federal de Pelotas em
parceria com a Universidade Aberta do
SUS, como requisito parcial à obtenção
do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientador: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

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

H591i Hettwer, Marcus Vinicius

Implementação do Programa de Atenção à Saúde da Criança Entre Zero e 72 Meses na USF Rural, Santo Antônio das Missões/RS / Marcus Vinicius Hettwer; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

121 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a todos que de alguma forma colaboram na sua elaboração, professores, familiares e em especial a minha orientadora.

Agradecimentos

Agradeço a Deus primeiramente, pois, sem Ele, nada disso seria possível. Muito obrigada por tudo, Meu Pai.

Ao meu grande amor e esposa Larissa por ser minha amiga e companheira de todas as horas e por quem eu tenho enorme admiração.

À minha mãe Cirlei pelo amor incondicional e incentivo em todos os meus projetos de vida. Pelo exemplo de vida, trabalho e fé.

Ao meu pai Eloi (in memoriam) que não está mais aqui para ver a realização de mais um sonho, creio que estaria bastante orgulhoso. Obrigado pai.

Aos meus irmãos Maykon e Karolyne, por serem meus grandes amigos.

Aos meus segundos pais, Marli e Luiz e minha irmã do coração Vanessa pelo acolhimento, amor e carinho que sempre tiveram por mim.

À minha orientadora Rosângela de Leon Veleda de Souza, pela confiança, dedicação e ensinamentos sabendo dosar incentivo e cobrança. Obrigado por todo aprendizado ao longo desse período que passamos juntos como orientadora e orientando. Certamente estou concluindo o curso diferente de quando iniciei, afinal, foram tempos de muito trabalho e amadurecimento.

Ao meu co-orientador Ernande Valentin do Prado, pela dedicação, apoio, instruções e ensinamentos.

À professora Vera Regina Medeiros Andrade por tantas orientações pertinentes, sua paciência e atenção desde a qualificação do meu estudo.

Aos colegas, pelo convívio virtual.

Às crianças participantes da pesquisa, pais e responsáveis, pois sem elas esse trabalho não teria acontecido.

A toda equipe da ESF Rural, pela colaboração e participação na implementação da intervenção.

“Acredito que na vida nada é casual, mesmo as dificuldades. Ou principalmente elas. As perdas, os obstáculos, os impactos provocam dor e sofrimento, mas se entendidos, aceitos e incorporados, transformam-se em poderosos instrumentos de busca e renovação: são janelas e portas que se abrem para entrada de ar novo e escancaram novos horizontes.”

(Júlio Tedesco)

Resumo

HETTWER, Marcus Vinicius. **Implementação do Programa de Atenção à Saúde da Criança entre zero e 72 meses na USF Rural, Santo Antônio das Missões/RS**. 2015. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O objetivo da intervenção desenvolvida foi a Implementação do Programa de Atenção à Saúde da Criança entre zero e 72 meses na USF Rural, Santo Antônio das Missões/RS. A unidade é improvisada junto à secretaria de saúde do município, não tendo estrutura física adequada onde são atendidas 1002 famílias num total de 2.526 pessoas todas da zona rural. Tem, como intenção, levar a promoção e a recuperação da saúde e do bem-estar da criança assegurando seu crescimento e desenvolvimento, procurando reduzir as taxas de morbimortalidade. Participaram do projeto 94 crianças, durante 12 semanas (de 02 de abril a 24 de junho de 2015). Foi realizada capacitação da equipe a fim de orientá-los sobre a intervenção com finalidade de contar com a colaboração de todos, realizando cadastramento e agendamento para consulta de puericultura, criando cartão de agendamento da puericultura conforme protocolo do Ministério da Saúde de 2012 que foi anexado à caderneta de vacina. Os agentes comunitários de saúde fizeram busca ativa das crianças na área adstrita, as mães foram orientadas através do grupo de gestantes, visitas domiciliares e atendimentos na unidade, e assim melhoramos a adesão à puericultura, a qualidade do atendimento à criança, e dos registros das informações. Promoveu-se a saúde e a prevenção de acidentes, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, e a alimentação saudável nas diversas fases do crescimento e desenvolvimento infantil. Das crianças pertencentes à ESF Rural 72,3% foram acompanhadas na consulta de puericultura e 100% das crianças foram atendidas de acordo com protocolo MS. Ainda, 100% das crianças tiveram registro de peso na ficha-espelho, sendo que 3,2% apresentavam excesso de peso. Desses, 100% apresentam monitoramento de desenvolvimento em dia, 96,8% estão com esquema vacinal de acordo com a idade, 100% das crianças fizeram teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, 21,3% foram colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura, 100% das crianças com avaliação de risco e 100% das crianças de seis a 24 meses receberam suplementação de ferro. Antes da intervenção eram atendidas somente crianças que procuravam o serviço por livre demanda. Proporcionou aos profissionais uma adesão de conhecimentos, capaz de fundamentar as condutas e tomadas de decisões na prática clínica. O impacto da intervenção já pode ser percebido pela satisfação da comunidade com a priorização e qualificação do atendimento.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	67
Figura 2	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com vacinação em dia para a idade da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	72
Figura 3	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	73
Figura 4	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com triagem auditiva da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	75
Figura 5	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	76
Figura 6	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológico da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	78
Figura 7	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.....	81

Lista de tabelas

Tabela 1	Perfil demográfico do interior de Santo Antônio das Missões/RS.....	19
----------	---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CRS -	Coordenadoria Regional de Saúde
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
DM -	Diabetes Mellitus
EMATER -	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
E-SUS -	Portal de Informações da Atenção Básica
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC -	Índice de Massa Corporal
MS -	Ministério da Saúde
NAAB -	Núcleo de Ajuda à Atenção Básica
PMMB -	Mais Médicos para o Brasil
RS -	Rio Grande do Sul
RN -	Recém nascido
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL -	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica da Família
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas
USF -	Unidade de Saúde da Família
UNA-SUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	28
2 Análise Estratégica.....	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas	32
2.2.1 Objetivo geral	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Detalhamento das ações	34
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística.....	54
2.3.4 Cronograma	58
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
4 Avaliação da intervenção	66
4.1 Resultados	66
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	91
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	93
Referências.....	96
Apêndices	98
Apêndice A – Folder sobre puericultura.....	99
Apêndice B - Cartão de agendamento da criança.....	100
Apêndice C - Imagens das ações	101
Anexos	104
Anexo A - Documento do comitê de ética.....	105

Anexo B - Planilha de coleta de dados	106
Anexo C - Ficha espelho	111
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	112
Anexo E - Questionário de atendimento	114
Anexo F - Formulário de visita do RN	118
Anexo G - Caderneta de saúde da criança.....	120

Apresentação

O presente trabalho se propôs a implantar, na Unidade Básica de Saúde do município de Santo Antônio das Missões no Rio Grande do Sul, um programa de atenção à saúde da criança de zero a 72 meses.

O trabalho está descrito em sete seções. A primeira diz respeito à análise situacional, a fim de melhor entender o funcionamento da Unidade Básica de Saúde e, com isso, obter melhores resultados na implantação do projeto. A segunda descreve a análise estratégica, ou seja, apresenta o delineamento de como ocorrerá o projeto de intervenção, quais serão seus objetivos e metas, qual a metodologia empregada e quais as ações serão efetuadas assim como os aspectos logísticos e cronograma de atividades. A terceira seção apresenta o relatório da intervenção onde é demonstrado que, graças ao engajamento da equipe e à participação da população, a maior parte das ações previstas no projeto foi desenvolvida, e as metas definidas para elas foram alcançadas além da viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. A quarta seção descreve os resultados obtidos assim como a sua discussão apresentando o que o trabalho representou para a equipe, serviço e comunidade. A quinta e sexta seção apresentam, respectivamente, os relatórios do trabalho para os gestores e comunidade e por fim a sétima seção onde foi elaborada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Para finalizar o volume são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos utilizados para realização desse trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médico integrante do programa Mais Médico para o Brasil. Estou residindo em São Borja - RS e trabalhando em Santo Antônio das Missões – RS, distante 89 km uma cidade da outra. A cidade de Santo Antônio das Missões foi fundada em 12 de outubro de 1965, pertence à região Noroeste Rio – Grandense, possui uma área de 1.714,239Km² e uma população de 11.210 habitantes (BRASIL, Censo IBGE, 2010).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual atendo tem 1002 famílias inscritas dando um total de 2.526 pessoas a serem atendidas, todas vivendo no interior (zona rural). Venho por esta ressaltar que a ESF é a terceira a ser montada na cidade e específica para atendimento do interior (zona rural). No papel a ESF está composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e doze agentes comunitários, porém ainda não pude começar a realizar atendimentos específicos referente a ESF, pois não tenho estrutura física adequada e a desorganização do meu centro ainda é muito grande, como já citado acima, a ESF existe somente como um projeto. Devido esta situação a qual me encontro no presente momento estou realizando atendimento a demanda como tentativa de coleta de dados (terapêutica habitual, antecedentes patológicos e cirúrgicos) dos usuários e controle das doenças crônicas por meio do emprego de medidas de mudanças de hábitos, assim como na tentativa de me familiarizar com a população local e conhecer um pouco mais o meu campo de trabalho para poder assim, desenvolver melhor as minhas atividades com a população do interior na tentativa de ganhar confiança e aproximação para uma melhor relação médico-usuário.

Os meus atendimentos estão sendo realizados em uma estrutura que está junto a Secretaria da Saúde da cidade e sobre a estrutura física deste local comporta: dois consultórios para enfermeiros sendo um com cama ginecológica, dois consultórios médicos sendo um improvisado, onde realizo as minhas atividades, e outro com cama ginecológica sendo utilizado para as consultas de

Ginecologia/Obstetrícia realizadas nas terças-feiras e Psiquiatria realizadas nas quintas-feiras, uma sala de vacinação, uma sala odontológica, uma farmácia, uma sala de espera, uma sala de atendimento e controle nutricional, uma sala para fisioterapia, um banheiro para usuários junto a sala de espera, um banheiro para funcionários, uma cozinha, um almoxarifado e uma sala para atendimento de Psicologia e Fonoaudiologia.

Sobre os atendimentos: as consultas agendadas ainda não estão sendo realizadas, pois não consegui ainda organizar esta parte devido à estrutura física que possuo e a grande dimensão da população do interior. Estou atendendo em torno de 30 usuários ao dia (15 usuários pela parte da manhã e 15 usuários pela parte tarde). Não foi possível ainda realizar visitas domiciliares, porém uma vez por semana quando as condições de tempo permitem realizo atendimento nos postos do interior (cada semana em uma unidade) para poder ter uma aproximação maior com as pessoas e atrai-las para realização de prevenções e cuidados habituais com a possibilidade de realização de uma triagem referente às patologias da região. E como disse devido a estrutura não estar organizada não estou podendo realizar reuniões de equipe coisa que gostaria muito de fazer. A minha relação com a comunidade até o presente momento encontra-se a nível satisfatório apesar das limitações a qual me encontro problemas a serem solucionados pelo gestor da unidade da saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Sistema de Saúde municipal de Santo Antônio das Missões, município do interior do Rio Grande do Sul com um total de 11.210 habitantes (BRASIL, Censo IBGE, 2010), conta com um pronto atendimento (antiga Unidade Hospitalar desativado já alguns anos), a Unidade de São José (postinho), um laboratório de análises clínicas, duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) uma em Unidade própria e outra locado para construção em 2015, uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde são realizados encaminhamentos, consulta odontológica, consultas com clínica especializada (ginecologista e psiquiatra), fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, serviço de vigilância sanitária, farmácia popular e onde

também está temporariamente instalada a Estratégia da Saúde da Família Rural (ESF 3). O ESF 3 ainda consta com quatro Unidades de Saúde (postinhos) nas localidades do Interior que acolhem as necessidades básicas de atendimento (aferição de pressão arterial, comunicação de casos para a equipe, situação local, curativos e também onde são realizados atendimentos diretos no interior nas quintas-feiras). Em fase de implantação temos o Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) que a partir de 2015 deverá estar em funcionamento.

A ESF 3 é de localização urbana, porém o público alvo é do interior. Referente ao modelo de atenção é misto devido estar localizado na SMS onde temporariamente fixou endereço até a construção do prédio para o ESF 3. Não tem vínculos com instituições de ensino. Fazem parte do ESF 3 um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mais quatro técnicos responsáveis pelo atendimento nas unidades de saúde locados no interior do município. Já a Secretaria conta com outras áreas que dão apoio ao ESF 3 como fonoaudiologia, psicologia, farmácia, fisioterapia, psiquiatria, ginecologia, odontologia e nutrição.

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS), onde temporariamente está instalado o ESF 3, foi adaptada com muitas falhas e faltas de acordo com a observância do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar que, está localizada no centro da cidade e corresponde a uma antiga casa de alvenaria, que foi alugada e remodelada, onde funciona a Secretaria de Saúde do município, e agora conjuntamente o ESF 3. A unidade conta com uma sala de recepção com um banheiro para os usuários e outro para os funcionários comuns aos demais serviços oferecidos pela secretaria municipal de saúde, uma sala para a técnica de enfermagem, uma sala de enfermagem, um consultório médico, que tem condições para o atendimento do usuário e seu acompanhante apesar das dimensões da sala não serem padrão e não contar com banheiro privativo.

Nessa casa, existe uma farmácia, um consultório dentário e sala de vacinação e outros serviços centralizados pela secretaria municipal de saúde, que são oferecidos para a comunidade, porém, não pertencentes especificamente a unidade. Conforme o manual de estrutura física, não existe sala apropriada para atividades de ensino, sala de reuniões, sala de curativo, de nebulização, escovário, sanitário para deficientes, sala de esterilização, sala para abrigo de

resíduos sólidos, entre outras salas importantes para o fluxo correto das atividades cabíveis a UBS. Não existe sinalização visual para melhor direcionar o fluxo da unidade, que seria facilmente resolvido com um mural ou painel explicativo. Contudo, o responsável pela recepção fornece toda ajuda ao usuário. Outra não conformidade está relacionada ao lixo não contaminado, que não fica em local apropriado, não sendo separado por orgânico e reciclável, porém são recolhidas três vezes por semana por empresa privada, o mesmo vale para o expurgo, que é recolhido duas vezes por semana.

Conforme as características e necessidades da nossa unidade, os prontuários médicos são arquivados por usuário e não por família, questão que está sendo modificada pouco a pouco e está sendo colocada a equipe e administração. As mudanças e ampliações no posto só serão feitas a partir do próximo ano, como colocado pelo secretário de saúde e prefeito da cidade posterior após reunião anteriormente realizada. Porém, algumas medidas já poderiam ter sido tomadas como, por exemplo, colocar barras de segurança no banheiro e mudar o sistema de abertura da porta para os deficientes. A confecção de placas explicativas dos serviços oferecidos pela unidade. Apesar de estas ideias já terem sido propostas, ainda não foram realizadas por falta de verbas que deveriam ser aprovadas pelos órgãos competentes. Outra necessidade seria a contratação de uma empresa especializada em calibragem de equipamentos. Com relação aos insumos e equipamentos, esses são adquiridos conforme a necessidade, de acordo com os recursos do município e por licitação.

Outro aspecto seria a implantação do prontuário eletrônico, que por não estar em funcionamento, dificulta o controle realizado pela equipe. Todavia, os ACS estão instruídos a preencher os cadastros nas fichas do E-SUS para posterior atualização do sistema. Os medicamentos da Atenção Básica estão à disposição da população, alguns em quantidade insuficiente, outros não temos, pois não há saída. As vacinas constantes do calendário de imunizações são realizadas na rotina da UBS. Os testes realizados na UBS são glicemia capilar e testes rápidos para HIV, hepatite A, hepatite B e sífilis. Não é realizado o bacterioscópico a fresco de secreção vaginal e o teste rápido de urina, por não termos equipamento e estrutura para realização desses exames e pelo fato de existir o laboratório de referência. Os exames complementares são disponibilizados aos usuários, com agendamento prévio. Na atenção

especializada, são oferecidos, pela secretaria de saúde, os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, obstetrícia, psiquiatria, pediatria e psicologia. O restante das especialidades não é oferecido pelo município, sendo encaminhadas para o centro de referência por meio de agendamento, junto ao prestador pela UBS.

Com relação ao serviço de pronto atendimento, este é responsável pelas situações de emergência além da população adstrita não coberta pelas outras unidades do município. Quanto aos protocolos em funcionamento, somente existem para procedimentos de enfermagem, como para doenças sexualmente transmissíveis (DST), vigilância em saúde da dengue, da tuberculose e da raiva. Tendo em vista tamanhas dificuldades, a equipe toda se empenha em dar um bom atendimento aos usuários e pouco a pouco vão se organizando outros protocolos de acordo com os cadernos da atenção básica dados pelo Ministério da Saúde. Toda a equipe é afetada pelas limitações e necessidades da UBS que gera uma dificuldade em exercer um trabalho integral e com qualidade devido à falta de salas apropriadas, de alguns equipamentos e insumos no geral. No entanto, em momento algum se deixa de atender bem o usuário e com resolutividade por falta de condições.

De acordo com a Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os profissionais devem participar ativamente da definição do território de abrangência do trabalho. No entanto, no município a definição deste território já estava proposta desde a criação do projeto para o ESF 3 e este era bastante grande pelo que, após proposta da equipe do ESF 3 houve uma delimitação da área de abrangência aprovado pela administração. Quanto à formação de vínculos e a continuidade do cuidado, a equipe realiza visitas domiciliares, mas não existe uma participação ativa e regular na comunidade (p. ex. escolas e núcleos comunitários), a fim de fazer a inserção sociocultural da equipe como um todo. Esta é uma limitação visível, pois, não temos um vínculo formado com a comunidade, significando uma menor credibilidade da equipe perante a comunidade.

A UBS não realiza pequenos procedimentos e os atendimentos de urgência/emergência são encaminhados ao pronto atendimento. Não existe busca ativa de usuários faltosos e isto afeta de forma negativa os índices de hipertensos, diabéticos e a mortalidade, já que não conseguimos captar estes

usuários a tempo. Com um trabalho de grupos nas comunidades seria mais fácil conseguir captar estes usuários ou ao menos identifica-los. As visitas domiciliares são feitas somente quando o usuário não tem como se deslocar até a UBS como acamados e deficientes físicos, porém quando apresenta alguma condição aguda e não é feita como um cuidado contínuo, estas são feitas pelos técnicos de enfermagem responsáveis pelas unidades do interior (postinhos). Os ACS realizam as visitas de rotina para cadastramento, até porque isto é uma meta além de realizarem uma triagem para realização das visitas domiciliares.

As atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares pelos ACS e pelos técnicos responsáveis pelas unidades no interior são: curativos, orientações de cuidados em saúde, aferição da pressão, aplicação de injetáveis e vacinas. Quando os usuários são encaminhados a outros médicos faz-se a referência esperando-se à contra referência, para dar continuidade ao cuidado e fazer o acompanhamento. Os encaminhamentos são realizados conforme protocolos pré-estabelecidos para os médicos especialistas e as internações hospitalares. Com relação às doenças e agravos de notificação compulsória, estas são feitas pela enfermeira e quando eu identifico um agravo comunico a enfermeira e esta faz a notificação.

Ainda não conseguimos estabelecer um cronograma de atividades grupais. Acredito que este tipo de atividade exija um planejamento maior com a equipe e a administração municipal, tendo em vista que, somente agora foi estabelecido um turno para reuniões de equipe. Por isso é difícil promover a participação da comunidade, pois não existe uma atividade que construa um relacionamento sólido entre equipe e comunidade. A equipe multidisciplinar participa de atividades de qualificação profissional, no âmbito da educação permanente, na gestão e atuação em saúde, tendo em vista a atualização dos saberes e qualificar o controle social. A enfermeira, o odontologista, e a equipe técnica participam diretamente do gerenciamento de insumos, já que o pleno funcionamento da UBS necessita destes recursos.

Conforme mencionado anteriormente, estabeleceram-se as reuniões de equipe com certa periodicidade, onde são discutidos o agendamento e organização dos trabalhos, discussão de casos e planejamento de ações. O que mais afeta e limita a eficácia do programa ESF é a realização de grupos comunitários com a participação multidisciplinar. Fazer com que as pessoas

participem e se responsabilizem por sua saúde é um grande desafio e demanda tempo, mas se não for iniciado a cultura de um autocuidado não será incluída na vida das pessoas como uma necessidade. Com relação aos boletins de contra referência, alguns voltam outros não. Consegue-se dar continuidade aos cuidados através do acompanhamento dos usuários que retornam a UBS. Isto se dá com os usuários já visualizados anteriormente e encaminhados sendo aconselhados durante a consulta para retornarem para se dar continuidade aos cuidados oferecidos. As dificuldades apresentadas influenciam diretamente no serviço e no trabalho de equipe no que tange o retorno do usuário a UBS (se voltam ou não) e desta forma, na continuidade do cuidado. A estratégia frente a esta limitação é fazer, no momento da consulta, uma aproximação com o usuário para adquirir confiança e fazer com que retorne para continuidade ao cuidado.

Ao iniciar o trabalho no ESF 3 era atendido cerca de 4.080 pessoas do interior (zona rural), tendo este após solicitação da equipe sendo dividido o atendimento com o pronto atendimento da cidade para melhor atender a demanda, pois o fluxo dificultava a qualidade dos atendimentos pela equipe. Essa estratégia foi viabilizada devido o tamanho do serviço estar além do desejado para um acompanhamento integral e resolutivo dos usuários. De acordo com o perfil demográfico, com dados de todo o interior, como indicado na **tabela 1** abaixo, existem 4.080 usuários, sendo 2.137 homens e 1.943 mulheres.

Tabela 1: Perfil demográfico do interior de Santo Antônio das Missões/ RS.

Idade	Homens	Mulheres	Total
< 1	2	7	9
1-4	70	61	131
5-6	45	36	81
7-9	72	65	137
10-14	122	129	251
15-19	175	156	331
20-39	460	405	865
40-49	282	175	557
50-59	362	348	710
> 60	547	461	1008
Total	2.137	1.943	4.080

Fonte: SIAB, 2008

Atualmente, são atendidas pelo o ESF 3 um total de 2.526 pessoas de 1.002 famílias divididas em 12 áreas. O atendimento está sendo organizado para realização de consultas agendadas a partir de outubro modificando desta maneira os atendimentos a demanda espontânea realizada até o presente momento e assim nos organizarmos melhor para atender ao público do interior. Para facilitar o acesso devido a grande extensão territorial uma vez por semana, nas quintas-feiras, a equipe realiza atendimentos nas unidades de saúde do interior (um roteiro é organizado para estar atendendo em todas as localidades), conjuntamente com as visitas domiciliares, pois o deslocamento para as localidades do interior é de difícil acesso.

A despeito de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades da saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima.

O grande “x” da questão sobre a demanda espontânea é a banalização da atenção básica transformando em um pronto atendimento, porém manejamos as dificuldades encontradas diariamente e com os agendamentos o processo de acolhimento do usuário tende a ser mais resolutivo, assim como não se tem como deixar desassistido o usuário que bate a porta da unidade. Sobre a atenção à demanda espontânea, um ponto positivo é que os usuários não precisam ficar marcando fichas para serem atendidos, pois procuram o serviço de acordo às suas necessidades, observando a agenda de atendimento oferecido pela equipe da UBS. Caso tenham uma complicação de saúde aguda que não tenha atendimento médico no dia, são encaminhados pela enfermeira ao pronto atendimento. Outro ponto positivo é o atendimento itinerante que realizamos nas diferentes áreas para encurtarmos a distância entre a UBS e a população, diminuindo assim, a excessiva demanda em busca de atendimento.

Dentre um dos fatores que mais dificultam o acolhimento da população neste momento é o fato de não termos unidade própria o que impede com que as pessoas acabem conhecendo realmente a sistemática de atendimento da unidade além do fator logística já que, não estarmos inseridos diretamente na área de

cobertura da unidade impedindo com que as pessoas se desloquem com facilidade. Algumas ações que acredito que iriam minimizar estas dificuldades seriam a formação de grupos e palestras, informações em sala de espera, uma agenda livre, visitas domiciliares, atividades no interior minimizando a vinda dos usuários a cidade, aquisição de uma unidade móvel para atendimento em localidades de difícil acesso, capacitação da equipe para ações de promoção; proteção e recuperação da saúde, garantir a referência e contra referência para atenção secundária e terciária, trabalhar com a população adstrita e cadastrada, realização de um diagnóstico sanitário local a ser discutido com a comunidade para elaboração do plano de trabalho da equipe, fortalecer o engajamento público, uma abordagem coletiva eficiente para problemas de saúde coletivos, realização de pactos com outras entidades do município, ações de promoção de saúde para as diversas fases da vida e monitoramento das doenças crônicas através de ações coletivas e assistência integral por consultas médicas e de enfermagem.

No município de Santo Antônio das Missões não há registros suficientes e específicos sobre o atendimento da criança apesar do fato de haver um pediatra que realiza seu trabalho três vezes por semana na cidade. O atendimento é realizado a demanda espontânea sem agendamentos, sem registros específicos, como se pode verificar no caderno de ações programáticas e desta forma, não há uma cobertura de saúde da criança sendo difícil avaliar os indicadores. Com relação ao questionário realizado anteriormente em outra tarefa demonstra que no município não existe um processo de trabalho estruturado para esta parcela da população. Os cuidados e registros limitam-se ao momento da vacinação e a atualização do cadastro do Programa Bolsa Família. A equipe neste momento está trabalhando junto às reuniões de equipe para poder ampliar e melhorar a atenção ao puerpério e a saúde da criança através do agendamento de consultas, além de formular e adotar um protocolo de atendimento em que todos os profissionais na ESF possam usar como instrumento para melhorar o atendimento a estes casos. Uma sensibilização dos profissionais e dos ACS se faz necessária para melhorar os registros. Acredito que se fosse dada a devida atenção para estes parâmetros, a fim de reduzir a mortalidade infantil, os registros seriam os mais completos.

Com relação ao pré-natal e puerpério os registros obtidos não permitem preencher o caderno de ações programáticas, pois a profissional (Enfermeira) responsável pelo registro destes dados não realiza esta verificação por áreas e sim referente a toda a população da cidade e os dados não se encontram atualizados por não haver uma procura maior pelas grávidas do interior. A cobertura não é 100% devido haver necessidade de deslocamento destas mulheres até a UBS o que acarreta em uma subnotificação das gestações, devido a extensão territorial e dificuldades das gestantes em comparecer as consultas motivo pelo qual muitas gestantes somente são acompanhadas por seus obstetras. Quanto à avaliação dos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-Natal estes estão melhorando graças ao incentivo da Rede Cegonha.

A cobertura de consultas puerperal ainda é baixa e não há indicadores para esta avaliação. Examinando o questionário sugere-se instruir os ACS a comunicar qualquer suspeita de gravidez ao restante da equipe para poder investigar, especialmente as adolescentes grávidas; os protocolos deveriam ser utilizados e observados por mais de um profissional da equipe coisa que ainda não ocorre por não termos um protocolo de atendimento fixo; além de incluir nas ações desenvolvidas na UBS para as gestantes um grupo regular abordando diversos assuntos de interesse e utilizando a equipe multidisciplinar para desenvolver estes grupos, a fim de fazer com que a gestante se sinta acolhida e se aproxime da equipe aumentando assim, quem sabe, os indicadores da atenção ao puerpério; e oferecer atrativos para que as gestantes participem destes grupos, como brindes, cestas, banheiras, etc.

O profissional envolvido diretamente com a gestante é a enfermeira da área de ginecologia que trabalha na Unidade Básica Central da saúde que está junto ao ESF 3 até termos a nossa própria unidade. Esta mantém os registros atualizados e revisados, além de fazer o cadastro e alimentação do programa SISPRENATAL. E também fornece informações diversas sobre aleitamento materno, risco de uso de drogas, tabaco e álcool durante a gravidez, cuidados com o recém-nascido, a importância das vacinas e o quadro vacinal, etc.

O atendimento das mulheres da área do ESF 3 são acompanhadas nesta fase de implantação do ESF 3 (onde não dispomos de uma base para atendimento só nossa), na Unidade Básica Central onde não dispomos de uma sala para atendimento ginecológico específica para atendimento só da nossa

área. O acompanhamento é realizado na Unidade Básica Central para o Centro da Cidade e a população do ESF 3 pela enfermeira da área de ginecologia, não sendo possível saber o total de mulheres da nossa área de cobertura. O nosso trabalho atualmente se organiza com o novo sistema E-SUS onde estamos realizando a digitação dos cadastros individuais a fim de saber por quem é formada a população do interior (ESF 3), este trabalho nos dará o número de mulheres para iniciarmos o trabalho focando em públicos alvo. Por enquanto nesta fase, não é possível mapear nem acompanhar essas mulheres.

O trabalho de Saúde da Mulher é realizado na UBS através de atendimento a demanda sendo dadas informações através de jornal, agentes de saúde, campanhas para motivar a procura do serviço e a partir do mês de outubro também serão realizadas os agendamentos para dar melhor atenção a esta parcela da população. São realizados na Unidade Básica Central atendimentos na segunda e quarta-feira pela manhã consulta de enfermagem e coleta de exame citopatológico, onde são realizadas orientações para autocuidado, prevenção de gravidez, DSTs, exame das mamas entre outras atividades. Também na terça-feira conta-se com um médico ginecologista que atende casos mais complicados encaminhados a partir da consulta de enfermagem ou agendados pelas próprias mulheres. Faz-se aqui também o encaminhamento para mamografia na cidade de São Luiz Gonzaga, onde é oferecido transporte sem custo para o dia do exame, onde posteriormente após o resultado é avaliado pela enfermeira e em casos de alterações é avaliado pelo médico. O que existe de acompanhamento é restrito ao resultado, porém em casos de tratamento fora do município acaba-se perdendo o histórico dessas mulheres. O que existe é uma fragmentação do atendimento onde estamos trabalhando para modificar esse modelo de atenção.

Como citado em trabalhos anteriores, passamos por uma fase de transição, do SIAB para o E-SUS. Os últimos dados que temos referem-se ao número de hipertensos de todo o interior totalizando 705 usuários com 20 anos ou mais. Não é possível com esses dados preencher o caderno de ações programáticas, pois o número de usuários acompanhados no interior é maior do que os 565 acompanhados pelo ESF 1 Jones Pereira. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão coletada no SIAB ultrapassa o número de hipertensos dos denominadores locais. Analisando o caderno de ações programáticas vemos que precisamos dar um suporte maior aos hipertensos, pois de momento o que é

oferecido é relativamente pouco. São realizadas consultas à demanda, medicalização e orientação para realizar gráficos de parâmetros de pressão arterial para adequar medicação, porém não realizamos nenhum trabalho em conjunto de orientação física, nutricional e de hábitos saudáveis. Trabalho este que é desenvolvido exclusivamente pelo médico. Neste momento de cadastramento mapeamos nossos hipertensos para futuramente criar grupos para acompanhá-los semanalmente.

Os hipertensos são acompanhados exclusivamente pelo médico e a realização de estratificação de risco cardiovascular é dada por critério clínico e com maior precisão posterior a realização dos estudos complementares. Infelizmente há um atraso no retorno da consulta agendada em mais de sete dias, uma pela própria comodidade do usuário assim como pelas dificuldades de locomoção para se dirigir a cidade e o atraso dos estudos complementares muitas vezes. As orientações sobre prática de atividade física regular com caminhadas moderadas de 30 minutos por dia cinco vezes por semana e nutricional para uma alimentação mais saudável são orientadas durante as consultas a demanda, onde também é indicado o retorno após 10 dias desses usuários com o gráfico da pressão arterial aferida duas vezes ao dia. O trabalho da enfermagem é a escuta inicial desses usuários, a triagem e o acompanhamento do retorno à consulta agendada. Trabalha-se junto às unidades do interior para acompanhamento dos casos mais agudos, e junto aos ACS para busca ativa e acompanhamento desses casos. Não é realizada avaliação de saúde bucal em dia desses usuários. Nota-se a grande necessidade para a realização de ações de orientações de hábitos saudáveis para os hipertensos que pode ser ofertada através de oficinas com palestras e campanhas para uma triagem destes usuários assim como a necessidade de envolvimento de toda a equipe de saúde ofertada pela Unidade Central para um acompanhamento integral desses usuários na promoção de saúde. Também necessitamos de um protocolo para regular o acesso dos adultos com hipertensão arterial sistêmica podendo assim auxiliar na realização e estratificação de risco deste usuário e desta maneira acompanhar esses usuários com um arquivo específico.

Com relação aos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM), os últimos dados que temos referem-se ao número de todo o interior totalizando 102 usuários com 20 anos ou mais. No preenchimento do caderno de ações

programáticas o indicador do número de usuários portadores de DM é de 161 sendo acompanhados pelo ESF 1 Jones Pereira, e com base nessa população é de 63% a Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético nessa área. Analisando o caderno de ações programáticas vemos que precisamos dar um suporte maior aos portadores de DM, pois de momento o que é oferecido é relativamente pouco. São realizadas consultas à demanda, medicação, controle glicêmico, porém não realizamos nenhum trabalho em conjunto de orientação física, nutricional e de hábitos saudáveis. Trabalho este que é desenvolvido exclusivamente pelo médico. Neste momento de cadastramento mapeamos nossos portadores de DM para futuramente criar grupos para acompanhá-los semanalmente.

No momento os portadores de DM são acompanhados exclusivamente pelo médico que realiza consultas a demanda verificando a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com maior precisão posterior a realização dos estudos complementários. Não existe consulta agendada para este tipo de problema e as orientações sobre prática de atividade física regular são realizadas na consulta médica, assim como a orientação nutricional para alimentação saudável. O trabalho da enfermagem é a escuta inicial desses usuários, a triagem e medição do nível glicêmico. Trabalha-se junto às unidades do interior para acompanhamento dos casos mais agudos, neuropatias, pé diabético e casos de amputações e junto aos agentes comunitários de saúde para busca ativa e acompanhamento desses casos. Não é realizada avaliação de saúde bucal desses usuários. Examinando o questionário nota-se a grande necessidade para a realização de ações de orientações de hábitos saudáveis para os portadores de DM que pode ser ofertada através de oficinas com palestras e campanhas para melhor triagem destes usuários assim como a necessidade de envolvimento de toda a equipe de saúde ofertada pela Unidade Central para um acompanhamento integral desses usuários na promoção de saúde. Também necessitamos de um protocolo para regular o acesso desses usuários, realizar estratificação de risco e uma forma de acompanhar esses usuários com um arquivo específico.

Os últimos dados que temos referem-se ao número de idosos de todo o interior que totalizam 1002 idosos com 60 anos ou mais, sendo 544 do sexo masculino e 458 do sexo feminino. Não é possível com esses dados preencher o caderno de ações programáticas, pois, o número de usuários idosos

acompanhados no interior é maior do que os 345 acompanhados pelo ESF 1 Jones Pereira. O fato de haver mais idosos no interior do que na zona urbana acredito estar relacionado à migração dos mais jovens em busca de uma melhor qualidade de vida e menor deslocamento para buscar recursos que atendam as suas necessidades. Ao analisar o caderno de ações programáticas nota-se a necessidade de avaliação global do idoso, não estratificado por doença, pois, de momento o que é ofertado é relativamente pouco. São realizadas consultas à demanda, orientações para realização de atividades físicas, adequação de medicamentos, orientações para hábitos saudáveis, porém não realizamos visitas domiciliares e nem trabalhos com grupos de idosos.

Estas orientações de momento são dadas somente pelo médico, mas se está trabalhando junto a equipe para formulação de protocolos para uma melhor assistência e cuidados dos idosos a fim de melhorar os indicadores de assistência a saúde da família Rural. São ofertados também pela assistência social educadores físicos que fazem atividades semanalmente no interior. Com respeito aos indicadores, neste momento os idosos estão sendo acompanhados quase que exclusivamente pelo médico, pois, não há uma estrutura física adequada para podermos dividir trabalhos, porém, mesmo diante das limitações que temos estamos tentando dar o melhor conforto e orientação aos idosos e desta maneira tentar organizar um protocolo de atendimento para ter uma melhor cobertura e organização do serviço. No presente momento estamos realizando pedidos de cadernetas de saúde das pessoas idosas para futuramente serem distribuídas, algo que não é hábito pelo que percebi em nenhuma unidade da cidade de Santo Antônio das Missões.

Infelizmente não conseguimos ter um acompanhamento ainda adequado destes usuários, pois muitas vezes pela dificuldade de meios de transporte e também por fatores econômicos estes usuários não comparecem as consultas. Durante as consultas são realizados tanto cuidados básicos como esclarecimentos aos usuários idosos hipertensos e diabéticos referentes às suas comorbidades. Também conjuntamente é dada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e realização de atividade física regular. A ampla extensão territorial do município e as deficiências de acesso ao transporte público em algumas comunidades rurais resultam na dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Atualmente esta sendo iniciado o projeto de construção da UBS Rural

visando facilitar o acesso da população e o trabalho da equipe. Examinando o questionário nota-se a grande necessidade para a realização de ações para acompanhamento desses idosos, uma vez que a procura por atendimento segue a demanda, sendo agendadas as próximas consultas somente no acompanhamento de alguns casos. Trabalhamos para que a partir de outubro seja iniciado os agendamentos das consultas, buscando reduzir o excesso de demanda e organização do serviço.

Estaremos realizando a partir dessa organização a avaliação multidimensional rápida da pessoa Idosa a qual ficará anexada ao prontuário do usuário e desta maneira poder estratificar melhor as estratégias de atuação com o idoso atendido e a região onde vive. Assim como esperamos já serem distribuídas à caderneta do idoso, documento o qual será dado para distribuição e preenchimento pelos ACS para a população idosa. Acompanhamos atualmente alguns casos de idosos com problemas de saúde agudos através da comunicação com os ACS, orientando-os nas visitas domiciliares. Também necessitamos de um protocolo para regular o acesso dos idosos, realizar estratificação de risco e uma forma de acompanhar esses usuários com um arquivo específico.

Dentre os maiores desafios encontrados até o presente momento é a falta de estrutura o que afeta gravemente na atividade e organização da equipe, assim como no acolhimento da população. Apesar de nos dedicarmos ao atendimento e melhor acolhimento de todos os usuários que buscam os nossos cuidados se torna fundamental uma estrutura física para além da sensibilização e qualificação dos profissionais poderem passar confiança as pessoas e elas assim se sentirem confortáveis para buscar o serviço. Diante de todas as tarefas realizadas até agora evidenciei uma forma desorganizada de trabalho no município coisa que me chamou muita atenção e me choca muito porque, não consigo compreender como uma cidade que apresenta uma boa cobertura de atendimento médico não apresenta atendimentos já protocolados que todas as consultas realizadas nas outras unidades não há um agendamento e uma dedicação maior pelos profissionais aos usuários.

Todos os dados vistos no programa SIAB são desatualizados, e os poucos que há são de toda a população não apresentando indicativos por faixa etária, sexo entre outras. Como até o presente momento o ESF 3 executa suas atividades conjuntamente com a Unidade Básica Central localizada na secretaria

de saúde da cidade onde estamos temporariamente improvisados vejo, um favorecimento pelo fato de termos conjuntamente no serviço algumas áreas que ajudam em alguns fatores que não poderemos doar a população como ginecologia, psiquiatria, nutricionista, fonoaudiologista, fisioterapia e farmácia. O fato destes serviços estarem juntos facilita na comunicação com os profissionais. Desde que iniciei as minhas atividades na unidade já houve algumas modificações com relação aos atendimentos e educação da população apesar de ainda ser muito pouco, porém diante da estrutura que temos neste momento não consigo ver algo mais para ser oferecida a população do interior. Mesmo assim a equipe se esforça para dentro das possibilidades organizarem melhor o serviço.

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

A USF Rural não possui uma estrutura perfeita, estando locado junto à secretaria de saúde do município de maneira improvisada, com falta de grande parte dos requisitos necessários para seu funcionamento, cabendo ressaltar que esta unidade é a terceira do município, porém específica para atendimento de uma parcela da população do interior.

Percebi com a análise situacional, que a falta de compreensão dos usuários sobre o que é a Estratégia Saúde da Família não é o principal problema para que haja um progresso no seu desenvolvimento. A forma como se desenvolve o trabalho pelos seus funcionários também pode ser decisivo na sua construção e/ou efetivação. Além disso, a formulação de estratégias para organização do serviço e resolução dos problemas e objetivos da comunidade possibilitou identificar muitos problemas quanto à atenção à saúde da população adstrita da USF, principalmente no que diz respeito à baixa adesão aos atendimentos programados e prevenção de por complicações. Portanto, acredito que o passo mais importante a ser tomado é organizar o processo de trabalho dos funcionários para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos usuários.

Assim, a partir da leitura dos textos sugeridos, interação nos fóruns foi definida um novo tema para o projeto de intervenção “Implementação do programa de atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses”.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Conforme o caderno da saúde da criança do Ministério da Saúde, o Brasil vem sofrendo grandes mudanças em seu sistema de saúde, assim como na atenção a puericultura e na saúde da criança (BRASIL, 2012). Em poucos anos, “diminuiu a mortalidade infantil de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010” (IBGE apud BRASIL, 2012, p. 17).

Inúmeras ações foram criadas ao longo dos anos com o objetivo de intervir nesta realidade a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos estava sendo realizado (BRASIL, 2012, p. 17).

A rede cegonha vem justamente para fazer estas mudanças e garantir um seguimento adequado às crianças, que de certa forma, pelo envelhecimento da população brasileira e pelo grande aumento das doenças crônicas não transmissíveis, foram deixadas um pouco de lado e até meio esquecidas. Com isto, o objetivo principal de otimizar a atenção a saúde da criança, em nossa unidade, é justamente o de garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (Brasil, 2012, p. 17).

Desta forma, será implantada a consulta de puericultura, onde contamos, atualmente, com 130 crianças de 0 a 72 meses, cujo dado foi conseguido posterior a rastreio realizado pelos ACS antes de iniciarmos a intervenção. Pretendemos com isso, levar a promoção e a recuperação da saúde e do bem-estar da criança, como meta prioritária da Assistência à Saúde Infantil, com a finalidade de assegurar seu crescimento e desenvolvimento pleno nos aspectos físicos, emocional e social, bem como procurar reduzir as altas taxas de morbimortalidade ainda observadas em diversas populações.

A unidade contém, em sua área de abrangência, 1.002 famílias inscritas dando um total de 2.526 pessoas a serem atendidas, todas vivendo no interior (zona rural). A equipe está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e doze agentes comunitários. Até o presente momento, temos uma estrutura física reduzida para os atendimentos, o que dificulta um

maior e melhor acolhimento da população e desenvolvimento da equipe gerando limitações, para melhor atenção dos usuários. Porém, mesmo com tais limitações nos esforçamos para melhorar e organizar o nosso atendimento e seguimento da população.

A adesão, atualmente, é pequena, porque apenas procuram a unidade para realização de vacinação ou se apresentam alguma morbidade. Isso ocorre pelo fato de haver um pediatra que vêm a cidade, três dias da semana, e também por não haver tal estratégia de atenção a saúde da criança no município. O serviço de vacinação e teste do pezinho são realizados no município. Já as demais ações em saúde não são realizadas e devido a isso a qualidade da atenção à saúde da criança na nossa UBS não era otimizada. O objetivo da assistência é promover e estimular os pais a oferecer as condições mais satisfatórias possíveis, dentro da sua realidade, para que a criança obtenha o melhor nível de saúde nos levando a conhecer as características próprias do crescimento e desenvolvimento infantis para poder orientar de acordo com seus valores e padrões. A atenção a saúde da criança na nossa UBS ainda não está organizada, gerando uma enorme demanda reprimida, frustrações e o não acompanhamento adequado segundo preconiza o Ministério da Saúde. Ações aparentemente simples como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar cartão da criança, nem sempre são realizados de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde.

Como colocado anteriormente ainda temos algumas dificuldades a serem organizadas para que possamos dar os melhores cuidados de acompanhamento. Uma dessas dificuldades é com relação à estrutura física da unidade, que é pequena e improvisada. Já, outra, refere-se à logística, pelo fato de que a nossa unidade se ocupa do interior do município, sendo que este, em extensão, é imenso, dificultando as visitas domiciliares e a disponibilidade de transporte. Ainda, outra limitação, é que ainda não trabalhamos com agendamento de consulta, o que leva, em alguns dias, uma demanda espontânea exagerada, limitando o tempo disponível para as puericulturas.. Pelo fato de haver um pediatra na cidade teremos algumas dificuldades para que a intervenção seja ampla, e isto poderá não facilitar a adesão das pessoas ao programa. Desta maneira, queremos implantar efetivamente a consulta de puericultura possibilitando a melhoria na queda do índice de mortalidade infantil, melhoria na

qualidade do atendimento à criança na decisão e manejo dos problemas diagnosticados, na resolutividade e eficiência dos serviços de saúde, gerando indicadores reais que certamente irão contribuir para a organização do atendimento à criança nesta localidade, podendo, futuramente, se estender a todo município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Implementar o programa de atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na USF RURAL, Santo Antônio das Missões, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Implantar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Implantar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2. Realizar um atendimento de qualidade à criança.

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

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

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

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

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Meta 2.11. Realizaram o teste do olhinho a 100% das crianças até um mês de vida.

Meta 2.12: Realizar primeira consulta odontológica para 100 % das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da criança.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes a área de abrangência.

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

Objetivo 6. Realizar promoção de saúde das crianças.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde ESF3, no Município de Santo Antônio das Missões/ RS. Participarão da intervenção 130 crianças de zero a 72 meses de idade. A equipe está composta por doze ACS, enfermeira, médico e técnica de enfermagem. As ações propostas foram realizadas dentro dos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, gestão e organização, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para tal, será utilizado como protocolo o caderno de atenção básica nº 33. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da saúde, ano 2012.

2.3.1 Detalhamento das ações

O atendimento à criança engloba a sequência de ações ou medidas preventivas direcionadas, desde antes do nascimento até os seis anos de idade, tendo como objetivo evitar que ela adoça e promovendo assim um crescimento e desenvolvimento adequados que é possível iniciar desde o pré-natal seguindo ações individuais e coletivas da população infantil, de forma a intensificar o monitoramento junto às crianças que apresentam riscos.

Como tal, a UBS pretende, com ações e envolvimento da equipe, ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Para maior divulgação deste programa é pretendido, com apoio do Secretário da Saúde do município, levar informações do projeto, pelos ACS, durante as visitas domiciliares; pela mídia virtual (*facebook da prefeitura*), imprensa (rádio e jornal local), cartazes e panfletos afixados e disponibilizados em outros serviços de saúde, creches, escolas, igrejas e ônibus. Também, as informações serão dadas pela enfermeira e técnica de enfermagem, durante o pré-natal e no momento da chegada das mães a unidade, e em reuniões de gestantes em fase de organização devido a implantação do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), recentemente.

Com esse intuito, pretendemos desenvolver ações promotoras, preventivas e de recuperação à saúde dirigidas a: Promoção do Aleitamento Materno; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Imunização; Controle das Doenças Respiratórias; Controle das Doenças Diarreicas; Prevenção de Acidentes e Maus Tratos; Assistência à Criança Vítima de Violência; Assistência à Criança exposta ao HIV; Assistência aos demais agravos e Atividades Educativas.

Serão inscritas no controle de crescimento e desenvolvimento crianças de zero a 72 meses, destacando-se a importância da captação precoce e garantia de acesso, principalmente dos RN de risco e criança desnutridas. O cadastramento das crianças na faixa etária ocorrerá por meio de convocação realizada pelos ACS durante as visitas domiciliares e captação de pais e crianças que comparecerem à unidade de saúde em busca de diferentes serviços. Para um melhor acompanhamento das crianças será realizado: cadastramento e monitoramento das ações, por meio de avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, no prontuário para anotação dos atendimentos realizados pela equipe; cartão da criança (Anexo G) com preenchimento dos dados relativos ao crescimento e desenvolvimento, em cada atendimento (este cartão deverá ficar com a mãe da criança); livro de registro das visitas domiciliares; ficha espelho fornecido pela UFPEL (Anexo C); **E-SUS Atenção Básica (E-SUS AB)**, que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional (sistema em implantação); questionário a ser aplicado no atendimento de puericultura (Anexo E); formulário de visita ao RN (Anexo F); cartão de agendamento da criança (Apêndice B), sendo que os dados coletados serão, posteriormente, inseridos na planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) fornecida pela UFPEL. O cadastro será organizado pela enfermeira e técnica de enfermagem, de forma a facilitar o controle de faltosos e a vigilância às crianças de risco. Semanalmente, durante reunião da equipe, serão discutidas com os ACS as visitas da semana e se for descoberto alguma criança com risco, esta será encaminhada para consulta imediata de enfermagem. O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado, semanalmente, com monitoramento da programação prevista, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. E mensalmente, na última terça-feira do mês, a situação será debatida junto a reunião de equipe.

As atividades que compõem o controle de puericultura serão agendadas conforme o calendário proposto no caderno de atenção básica saúde da criança do Ministério da Saúde, ano de 2012, e registradas na ficha espelho de cadastro da criança, no cartão da criança que fica com a mãe e cartão de agendamento da criança a ser realizado pela equipe. Após o nascimento do bebê, o agendamento da primeira consulta será realizado pelo próprio familiar e, no caso de não comparecimento, será realizado busca ativa pelos ACS, que se responsabilizarão de comunicar a enfermeira ou técnica de enfermagem para agendamento desta. Neste momento, o profissional que efetuar o agendamento ressaltará a importância de trazer a certidão de nascimento no dia da consulta e fornecerá informações, como período ideal para o teste do pezinho e calendário vacinal. Após a primeira consulta, a criança já terá suas próximas consultas pré-agendadas através de “retornos” fornecidos pelo profissional da Unidade (médico ou enfermeira) responsáveis por realizar o monitoramento da periodicidade das consultas segundo o protocolo assim como, número médio de consultas realizadas e busca das crianças faltosas. Estes retornos serão agendados conforme a disponibilidade da agenda do profissional. Em caso de falta às consultas programadas, o profissional (administrativo, médico ou enfermeira) informará imediatamente o ACS para que se verifique o motivo da ausência. A mãe ou familiar serão avisados pelos ACS solicitando o comparecimento na unidade. Após 30 dias, as mães de crianças com critérios de risco que não comparecerem à unidade de saúde, receberá visita domiciliar. A visita objetiva, verificar motivo do não comparecimento, enfatizar importância do controle periódico da criança e oferecer agendamento de nova consulta ou atividade.

A captação a assistência à saúde do RN na UBS começará logo após a alta da maternidade. A equipe (ACS, enfermeira, médico e técnica de enfermagem), irá realizar visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros quatro dias após a alta, cujo objetivos dessa visita são:

1. Orientar os pais sobre as melhores atitudes e comportamentos em relação aos cuidados com o RN (higiene pessoal, cuidados com coto umbilical e higiene do ambiente);
2. Avaliar a saúde da mãe, verificar relatório de alta;
3. Verificar cartão da criança e relatório da maternidade;
4. Identificar o RN de risco ao nascimento;

5. Avaliar a saúde do RN;
6. Orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com RN;
7. Checar e orientar sobre o registro de nascimento.
8. Orientar sobre a importância de realizar teste do pezinho e vacinas;
9. Identificar precocemente os RN com sinais gerais de perigo (convulsões; bebê mais “molinho”, parado e com choro fraco; gemente; não pega o peito ou não consegue se alimentar; febre (temperatura igual ou maior a 38°C); temperatura baixa (igual ou menor que 35,5°C); diarreia; umbigo vermelho e/ou com pus; pústulas na pele; pele amarelada; placas brancas persistentes na boca.

Caso a equipe (médico e enfermeira), em um primeiro momento, não consiga se dirigir para realização da visita domiciliar, o ACS, com auxílio de uma tabela de avaliação de risco (Anexo F), deverá observar o RN e perguntar aos familiares sobre a presença dos sinais de perigo. Sendo detectada qualquer anormalidade, encaminhá-lo imediatamente para a UBS, onde será avaliado pela enfermeira e/ou pelo médico. Se nenhuma alteração for constatada, o ACS deverá orientar a mãe a procurar a UBS, juntamente com seu filho, para a primeira consulta da criança. Se neste intervalo for observada qualquer alteração na mãe ou no RN, deve-se procurar a UBS imediatamente onde haverá priorização do atendimento e oferta de vagas para um atendimento antecipado.

O acompanhamento da criança, que se inicia com a visita domiciliar nos quatro dias após a alta hospitalar e com a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde, será programada através de um calendário de atendimento individual e coletivo, que inclui visitas domiciliares, participação da família em grupos educativos, consultas médica e de enfermagem. A equipe básica (ACS, enfermeira, médico e técnica de enfermagem) será responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança, sendo desejável a participação de outros profissionais que compõem a equipe de apoio (psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, equipe de saúde bucal e outros caso estejam dispostos a participação e colaboração). Sempre que necessário, a criança deverá ser encaminhada ao pediatra e/ou especialista segundo critérios.

O calendário da equipe a ser vigorado deverá constar os seguintes acompanhamentos mínimos: realizar visita domiciliar nos primeiros 4 dias após a alta; realizar no mínimo sete consultas individuais no primeiro ano de vida;

participar de grupos educativos que pretendemos organizar em algumas escolas, igrejas ou locais disponibilizados nas doze microáreas pertencentes a UBS; realizar no mínimo três consultas individuais no segundo ano de vida; realizar no mínimo uma consulta individual do terceiro ao sexto ano de vida; realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida e realizar consultas mais frequentes para crianças de risco. Em caso de fatores de risco presente no RN ou na mãe, a equipe agendará o acompanhamento em espaço menor de consultas conforme as necessidades e demandas identificadas pela equipe. Tendo isso o calendário da equipe que irá vigorar no serviço será: no 1º ano de vida (consultas até o 15º dia, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês), no 2º ano de vida (15º mês, 18º mês e 24º mês), do 3º ao 6º ano de vida (consultas anuais). O seguimento das consultas será organizado pela enfermeira e técnica de enfermagem e caso necessário será encaminhado para seguimento médico, se houver alguma intercorrência ou necessidade de avaliação antecipada as crianças terão prioridade de atendimento. O calendário proposto para o controle do crescimento e desenvolvimento, de crianças e adolescentes pressupõe a atuação de toda a equipe de saúde, de forma intercalada, possibilitando a ampliação na oferta de atendimentos da unidade de saúde. No caso de crianças de risco, este calendário poderá sofrer alterações, a critério da equipe de saúde e será priorizado o acompanhamento pelo médico, além das atividades educativas, imunização, teste do Pezinho, etc. No RN de risco, será garantido o acompanhamento diferenciado inclusive com calendário próprio.

A primeira consulta do recém-nascido será realizada pelo médico e enfermeira que deverá acontecer antes dos quinze dias de vida, onde será realizado estímulo e auxílio nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientação e realização das imunizações, verificação a realização do teste do pezinho, reforço a realização do teste da orelhinha e para estabelecer ou reforçar apoio à família. Será realizado uma anamnese inicial procurando avaliar, principalmente, as condições do nascimento (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, parto, período neonatal e tratamentos realizados) e os antecedentes familiares (condições de saúde dos pais e irmãos, número de gestações anteriores, número de irmãos). Também será realizado um exame físico completo no qual constará avaliação antropométrica (peso, comprimento e perímetro cefálico) e de sinais

vitais, desenvolvimento social e psicoafetivo (será observado o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê), estado geral, hidratação, mucosas e pele, tecido subcutâneo, muscular e ósseo, gânglios, face e crânio (fontanelas, implantação de orelhas, formato dos olhos, etc.), neurológico sumário, orofaringe e ouvido, pulmonar e cardíaco, pulsos, abdômen e genitais.

Para a realização da monitorização do crescimento, a equipe de saúde estará atenta para a identificação das crianças em risco de desnutrição, sobrepeso ou obesidade. Para tal monitoramento e avaliação será utilizada a ficha espelho (Anexo C) disponibilizada pela UFPEL e caderneta de saúde da criança (Anexo G) para anotação dos parâmetros evidenciados posterior a avaliação antropométrica e realização do *IMC* (Índice de Massa Corpórea), onde serão registrados nos gráficos padronizados contidos na caderneta disponibilizada pelo Ministério da Saúde e no campo destinado a consulta clínica da ficha espelho (Anexo C). Para observação de tais parâmetros serão utilizadas as tabelas contidas no caderno de atenção básica saúde da criança do Ministério da Saúde, ano de 2012. Em todo atendimento serão verificados e registrados o peso e a altura da criança, avaliando a curva de crescimento onde, além de detectar e abordar os problemas nutricionais identificados, será criado um sistema de alerta, na ficha espelho de acompanhamento, onde na parte de preenchimento da consulta clínica são descritos os dados grifando com caneta marca texto amarelo para melhor visualização. No caso de crianças desnutridas ou em risco nutricional será realizado de rotina, hemograma, exame parasitológico de fezes e exame de urina, bem como a prescrição de sulfato ferroso nas doses profiláticas, exceto, para os menores de seis meses com alimentação exclusiva de leite materno e polivitamínicos, quando necessário, sendo disponibilizado atendimento médico sempre que a evolução for desfavorável. Já no caso de sobrepeso ou obesidade será realizado pesquisa de perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) somente em crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento será realizado a partir dos dois anos de idade, a cada três a cinco anos.

Toda a criança da área de abrangência da UBS terá o Cartão da Criança (Anexo G) avaliado, no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, isto é, em

todas as oportunidades. Serão realizadas iniciativas como as “chamadas nutricionais” que propiciam esta avaliação e reforçam as condutas de atendimento, seja na UBS, nas Instituições de Educação Infantil ou outros segmentos da comunidade sendo organizadas anualmente. A equipe irá pesar, medir e fazer avaliação nutricional de todas as crianças; classificar o grau de desnutrição em Leve, Moderada e Grave; avaliar sobrepeso ou obesidade; abrir ficha de cadastro da criança (arquivo rotativo) identificando o problema nutricional para permitir a vigilância e busca ativa da criança (meio de comunicação “rádio” e “telefone”, visita pelo agente comunitário de saúde e listas nos vários setores da unidade); registrar atendimento no prontuário; avaliar a alimentação, vacinação, higiene, condições socioeconômicas e psicológicas da família orientando adequadamente. No caso de evidência de distúrbio nutricional (desnutridos, sobrepeso ou obesidade) será avaliado, sistematicamente, o Cartão da Criança (vacinação, crescimento, desenvolvimento, intercorrências) sendo cadastradas no programa todas as crianças com déficit ou excesso de peso, gestantes e nutrizes de risco nutricional e fazendo busca ativa de faltosos tendo este acesso prioritário e garantia de atendimento na unidade, sempre que demandado. Será realizado acompanhamento individual pela equipe de saúde (bimensal, mensal e quinzenal conforme a necessidade) com objetivo de avaliar e orientar os pais ou responsáveis a alimentação da criança, cuidados de higiene, vacinação, estímulo ao desenvolvimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo cartão da criança (Anexo G) compartilhando com esses as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social além de informar como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade. Para isso, serão desenvolvidas atividades educativas com as mães enfocando alimentação, aleitamento materno, vacinação, crescimento e desenvolvimento, técnicas de estimulação da criança (massagens, brincadeiras, etc.) por meio de palestras com as mães, ensinando a preparação de alimentos nutritivos de baixo custo. Se fará acompanhamento médico e de enfermagem, de forma periódica, para avaliar evolução da criança; controle de perímetro cefálico, peso e estatura até dois anos de idade, conforme protocolo, desde o nascimento será avaliado o IMC avaliação do IMC e a verificação antropométrica dos três aos seis anos será realizada de forma anual.

Para acompanhamento do desenvolvimento das crianças será utilizado a escala de DENVER II e uma ficha de avaliação com os marcos do desenvolvimento das crianças de zero a dez anos contidas no protocolo adotado na unidade, bem como brinquedos destinados à averiguar a aquisição de novas habilidades. Tais tabelas serão fixadas nas salas da unidade para visualização e auxílio no momento das consultas, assim como será feito portfólios indicativos para os ACS levarem, para um maior apoio, no momento da avaliação das crianças durante a realização da visita domiciliar. No monitoramento e avaliação será utilizada a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL (Anexo C) e cartão de saúde da criança (Anexo G) que será preenchido em cada consulta e controlado pelo médico e enfermeira. Caso seja detectado algum distúrbio será demandada ao gestor municipal maior agilidade no encaminhamento de crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento por especialista, além de criar um sistema de alerta na ficha espelho (Anexo C) de acompanhamento onde na parte de preenchimento da consulta clínica são descritos os dados grifando com marca texto amarelo para melhor visualização. Para maior acompanhamento e controle da situação clínica será realizado agendamento de consultas de maneira prioritária na unidade. Durante as consultas serão compartilhados com os pais e/ responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social além de informar as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária conforme a carteira da criança.

Para realização da imunização serão utilizados o protocolo e as ações básicas contidas no manual do Ministério cujo objetivo é promover proteção integral da criança, adolescente, gestante e puérpera. Toda a criança na Unidade de Saúde deverá ter o seu cartão avaliado e atualizado em cada realização de visita domiciliar ou puericultura de forma a não perder oportunidades de ter imunização integral. Logo no primeiro contato com a criança, será solicitado o cartão de vacina para investigação das doses realizadas de acordo com a idade, explicando aos pais ou familiares os benefícios da vacinação e os possíveis efeitos da não vacinação. Todas as crianças que não possuírem registro de doses aplicadas ou que estiverem faltando completar esquema vacinal serão encaminhadas a sala de vacina onde será facilitado o acesso para vacinação. O monitoramento a vacinação será realizado pela enfermeira com acompanhamento

mensal dos registros de vacinas (livro de registro da sala de vacina, cartão da criança e ficha espelho), os ACS deverão investigar a vacinação no cartão da criança (Anexo G) durante a visita domiciliar. A caderneta de vacinação deve ser verificada sempre, anotando se está em dia. Aproveitar qualquer vinda da criança à unidade de saúde para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem). Assim como quando a criança estiver na sala de vacina, a enfermeira deverá ficar atenta aos retornos e consultas da puericultura, puerpério, planejamento familiar e, orientá-la. Caso a mãe tenha alguma queixa ou dificuldade, encaminhar à consulta. A enfermeira responsável da sala de vacinas garante junto ao gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação assim como adequado controle da cadeia de frio, de estoque e da data das vacinas. Durante as consultas de puericultura realizadas pelo médico ou enfermeira se aproveitará o momento para orientar os pais ou responsáveis sobre o calendário vacinal da criança de acordo com a idade indicando o período de retorno e fixando uma data com anotação na caderneta para a nova vacinação.

Na consulta dos seis meses todas as crianças serão orientadas a suplementação de ferro e classificadas conforme idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento. Para tal será adotado o quadro presente no protocolo adotado pela equipe do Ministério da Saúde de 2012. O monitoramento das ações está voltado para realização da prescrição de suplementação de ferro acompanhando registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente. Para estes será garantido acesso facilitado ao sulfato ferroso junto a farmácia com monitorização de estoque pela enfermeira para evitar falta do suplemento. Conjuntamente a consulta serão orientados pais ou responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro na prevenção de algumas doenças e distúrbios do crescimento e desenvolvimento.

Com o objetivo de realizar a triagem auditiva até os três meses de idade a equipe irá realizar monitoramento na ficha espelho (Anexo C) e avaliação dos fatores de risco na primeira consulta encaminhando a criança para realização do teste na unidade de referência em Santo Ângelo. Após a realização do teste, caso a criança tenha passado no teste e não apresenta fator de risco esta terá alta, porém, caso apresente fatores de risco será encaminhada para acompanhamento

com fonoaudióloga na própria unidade de saúde do município. Caso haja alteração no teste será encaminhado para realização de um novo teste em 30 dias e se mesmo assim o problema persistir a criança será encaminhado para consulta de otorrinolaringologia e fonoaudiologia. Será aproveitado o momento da consulta para orientar os pais ou familiares sobre os benefícios e importância da realização do teste auditivo e os passos necessários para agendamento do teste.

No quinto dia após a alta hospitalar será realizado o teste do pezinho através do exame do sangue do bebê (colhido de seu pé, num papel filtro especial) na própria unidade. Na unidade a enfermeira já está treinada e capacitada para realização da coleta do material, porém, tenho pretensão junto a equipe, no momento da reunião de equipe gerar formação de outros profissionais para que também estejam capacitados na realização do teste. O material coletado será enviado ao laboratório de referência onde será analisado e caso houver alterações a criança será encaminhada para especialidade com urgência para seguimento e tratamento do quadro clínico. Os ACS serão responsáveis em realizar busca ativa logo após a alta da maternidade avisando a enfermeira para realização do agendamento de consulta e realização da coleta de material. O monitoramento será realizado pela enfermeira que realizará os registros adequados tanto na ficha espelho (Anexo C) e caderneta da criança (Anexo G) para melhor acompanhamento destas. Conjuntamente será orientado a comunidade e gestantes principalmente durante a realização de pré-natal sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até os sete dias de vida.

Com o objetivo de realizar o teste do olhinho até um mês de idade será realizado pela equipe o teste do reflexo vermelho na primeira consulta e repetido aos quatro, seis, 12 meses e dois anos de idade e caso detectado qualquer complicação será encaminhado com urgência para consulta de oftalmologia. A enfermeira irá realizar monitorização da criança através da ficha espelho (Anexo C) dando indicação aos pais sobre os benefícios e importância da realização do estudo de forma precoce e também estará encarregada de organizar o agendamento para realização de tal exame dando prioridade para os RN.

A saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde da mulher. Como ponto de partida a equipe tentará conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação, qual a importância atribuída pela gestante à sua

saúde bucal e quais os seus hábitos de vida, principalmente alimentares e de higiene. Será discutido nas consultas as funções e a importância da boca para a saúde das pessoas e nas relações sociais, bem como sobre o desenvolvimento das estruturas bucais durante a gestação e após o nascimento. Com isso será feita uma tentativa de criar um vínculo entre a equipe de saúde e a família possibilitando que a criança não se sinta ansiosa em suas primeiras consultas odontológicas e permite que hábitos sejam identificados e modificados para melhorar a saúde bucal da criança e de toda a família. Para ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal das crianças, buscando alcançar a meta de que 100% das crianças tenham pelo menos uma consulta de saúde bucal, no eixo de organização do serviço, será providenciado que todas as crianças durante a consulta dos seis meses sejam encaminhadas a consulta odontológica. Nesta oportunidade a equipe irá informar os benefícios do acompanhamento bucal; monitorar a realização de avaliação de saúde bucal em todas as crianças; o ACS, durante a visita domiciliar, deverá investigar a realização da mesma, enfatizando os benefícios. Os ACS devem estar informados das datas e horários das consultas para repassar aos pais ou responsáveis e facilitar o acesso. A primeira consulta odontológica do bebê será feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos seis meses) e os 12 meses de idade. Para isso serão disponibilizados agendamento das crianças de maneira aleatória durante a semana para um maior acompanhamento destas. Além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde dará informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças reforçando alguns aspectos como cronologia da erupção dentária, amamentação, alimentação, higiene bucal, uso de bicos e chupetas e uso de fluoretos. Juntando todos estes aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança a equipe espera melhorar a qualidade de vida destas, e conjuntamente gerar um incentivo aos pais para um melhor cuidado e conscientização sobre as medidas de prevenção. Para auxílio em cada consulta de puericultura ou realização de visita domiciliar serão distribuídas cartilhas educativas aos pais ou responsáveis sobre alimentação, vacinação, cuidados gerais e prevenção de acidentes. A equipe pretende também promover atenção conjunta com a nutricionista da unidade na qual está vendo a possibilidade de colaborar com a intervenção realizando palestras em escolas e comunidade com o intuito de informar a comunidade sobre

a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis a 72 meses além de promover a participação de membros da comunidade, escola e creches na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

Com o intuito de realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no serviço a equipe (ACS, enfermeira, médico e técnica de enfermagem) realizará capacitação durante a reunião de equipe segundo protocolo do Ministério da Saúde de 2012. Durante as consultas ou realização de visita domiciliar o profissional irá utilizar uma ficha de identificação de risco (Anexo F) para ajudar e facilitar a identificação. Será realizada classificação de risco sendo utilizado dados como, RN residentes em área de risco, baixo peso ao nascer (< 2.500g) e elevado peso ao nascer (> ou = 4.500g), prematuridade (< 37 semanas gestacionais), asfixia grave ou Apgar menor que sete no quinto minuto, internações/intercorrências, mãe adolescente (< 18 anos), mãe com baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo), história de morte em criança com menos de cinco anos de idade na família. O monitoramento será realizado pelo ACS que após identificar a criança de risco irá encaminhar imediatamente a UBS para avaliação e acompanhamento pelo médico e enfermeira, os dados serão anotados na ficha espelho (Anexo C) onde será criado um sistema de alerta e os descritos serão grifados com marca texto amarelos para melhor visualização. O ACS também será responsável de realizar busca ativa dos faltosos posterior à identificação destas em cada consulta agendada pela enfermeira que será responsável pelo controle semanal da ficha espelho. Estas terão prioridade no atendimento e seguimento das consultas com livre acesso.

Durante a realização das visitas domiciliares os ACS também estarão capacitados em avaliar e orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança menor de dois meses e a necessidade de procurar atendimento com urgência. Na primeira consulta a mãe será colocada para amamentar a criança e assim permitirá identificar a forma como a mãe planeja alimentar o filho até os dois anos de idade ou mais. Será observada a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe durante a amamentação, a posição da criança, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas, presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas e se existem dificuldades. Se a mãe apresenta ingurgitamento mamário, mais comum do

terceiro ao quinto dia após o parto, será ensinado à auto ordenha manual e orientado a adequada extração do leite do peito. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação pelo médico assim como se a mãe apresenta sinais de infecção no peito (mastite). Os dados serão monitorados pela enfermeira que irá anotar as intercorrências na ficha espelho (Anexo C), assim como o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos acompanhando o registro na ficha mensalmente.

A equipe pretende realizar ações sistemáticas de promoção ao aleitamento materno para minimizar estes problemas na orientação individual e em grupos durante o pré-natal, no pós-parto e controle do crescimento e desenvolvimento, na captação precoce e no acompanhamento de mães que apresentam maior risco de desmame (baixa renda, adolescentes, baixa escolaridade). O incentivo ao aleitamento materno será iniciado já na realização do pré-natal com orientações à gestante sobre suas vantagens, cuidados e avaliação das mamas. Na unidade de saúde o aleitamento materno será avaliado pela enfermeira e técnica de enfermagem, em todo atendimento à criança menor de seis meses e à nutriz, ressaltando-se o primeiro mês de vida onde ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A equipe de saúde será capacitada para avaliar, orientar e prestar assistência às mulheres que estão amamentando. No momento da realização do teste do pezinho a equipe de saúde irá atender integralmente a criança e a mulher avaliando as condições de saúde da criança, da mãe e a amamentação atuando nas dificuldades apresentadas, aplicando as vacinas indicadas para a puérpera e para a criança, agendando consulta de pós-parto e planejamento familiar de controle para a criança.

Esta prática será fortalecida pela equipe através da formação de grupos de gestantes conjuntamente com o NAAB que está em fase de implantação no município. Além, do atendimento individual onde serão desenvolvidas dinâmicas de grupo, com a participação ativa das gestantes, buscando trabalhar com o conhecimento que elas têm sobre a amamentação, incentivando e apoiando o aleitamento materno. Conjuntamente serão identificados tabus e crenças existentes (leite fraco, insuficiente) e discuti-los, abordando temas como: a anatomia da mama, fisiologia da lactação, alimentação adequada na gravidez, aspectos emocionais, uso de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas, importância

do leite materno para o bebê e para a mãe, assim como, identificar problemas e situações de risco para a amamentação. O monitoramento destas atividades será realizado de forma conjunta entre o médico e enfermeira que irão programar as oficinas se forma semanal a título de não comprometer o atendimento na unidade.

Caberá a cada ACS realizar visita domiciliar no último mês de gestação para o incentivo e preparo da gestante para o aleitamento materno, detectando possíveis problemas e dificuldades; irá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e fornecer orientações adequadas esclarecendo dúvidas em relação ao aleitamento e rotinas de cuidado com o bebê remetendo à equipe de saúde os problemas detectados, possibilitando a intervenção necessária em tempo oportuno. Na unidade quando recebida pela equipe será incentivado e apoiado o aleitamento materno orientando as gestantes para a prática do aleitamento sendo realizado durante a avaliação exame das mamas, ensinando a gestante a conhecê-las recomendando não usar pomadas, cremes, óleos ou álcool na região aréolo-mamilar; não realizar a expressão da aréola; orientação quanto à pega correta da mamada, onde será também indicado à alimentação adequada e observação das dificuldades e complicações para amamentação (ingurgitamento mamário, mastite puerperal, traumas mamilares).

Desde a primeira consulta de pós-parto além da puericultura e as visitas domiciliares realizadas pelos ACS se aproveitará para fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária das crianças indicados no caderno de atenção básica saúde da criança disponibilizada pelo Ministério da Saúde de 2012. Toda a equipe estará capacitada em qualquer momento de contato com os pais ou responsáveis a dar tais aconselhamentos. O monitoramento será realizado pela enfermeira e médico no momento das consultas e visitas domiciliares realizadas pelos ACS onde se aproveitará o momento para educar os pais ou responsáveis com relação aos dados contidos na caderneta da criança (Anexo G) sobre a alimentação adequada. Os dados objetivados em cada consulta serão anotados na ficha espelho (Anexo C) para um maior controle e monitoramento das situações adversas encontradas. Se pretende realizar palestras em escolas principalmente com a nutricionista da unidade escolar e conjuntamente nos grupos e palestras realizadas no interior.

Na intenção de dar orientações para prevenir acidentes na infância a equipe irá realizar capacitações durante as reuniões de equipe onde irá

aperfeiçoar o conhecimento dos fatores de risco para ocorrência de lesões não intencionais: intrapessoais, relacionados a idade, sexo, comportamento de risco assumido por adolescentes; interpessoais, relacionados aos cuidados exercidos pela família e o ambiente doméstico; institucionais, relacionados a comunidade, o bairro, a escola e a urbanização; e fatores culturais, relacionados à sociedade. No eixo de engajamento público a equipe pretende desenvolver ações educativas de prevenção de acidentes na saúde da criança com o intuito de facilitar a reflexão sobre as questões socioeconômicas, culturais e ambientais relevantes, além de propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco a lesões (acidentes) nos âmbitos da moradia, do transporte, do lazer e da educação, entre outros, onde com a ajuda do gestor irá procurar estabelecer parcerias com outros setores, como instituições de educação infantil, associações comunitárias e centros de referência, além do ambiente da USF e o domiciliar. Para isso a equipe irá acolher toda demanda que surgir na Unidade, buscando sempre respondê-la da forma mais qualificada priorizando o atendimento às crianças com sinais de gravidade ou risco.

A partir de tais reflexões os atendimentos realizados na UBS relacionados a eventos como os citados servirão como sinais de alerta para a adoção de medidas preventivas, no qual será intensificado o trabalho educativo com as famílias e as comunidades que apresentam maior risco para os referidos tipos de eventos organizando grupos e palestras educativas. O ACS por manter um contato mais próximo com a comunidade na qual trabalha, especialmente com as crianças e suas famílias irão durante as visitas domiciliares realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes além de aproveitar o momento para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico e de todos os membros da família. Como material de auxílio da equipe o profissional que dará informações aos pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças entre zero e 72 meses, sobre os hábitos e as atitudes do cotidiano promotoras de um ambiente seguro e saudável para a criança, conforme as atividades prováveis, por faixa etária e/ou ambiente onde as crianças vivem e transitam utilizará as orientações contidas no protocolo do Ministério da Saúde de 2012 cabendo ressaltar que tais recomendações encontram-se também na Caderneta de Saúde da Criança. O monitoramento das ações será realizado pelo médico e enfermeira que se encarregarão de realizar as anotações no prontuário e ficha espelho

(Anexo C). O médico como coordenador da intervenção, irá fazer a revisão dos prontuários e planilhas com apoio da enfermeira da equipe.

Na qualificação da prática clínica será promovida a capacitação da equipe de forma semanal conjuntamente nas reuniões de equipe realizadas na sala de reuniões situada no Pronto-atendimento do município onde serão abordados vários temas seguindo um conteúdo programático proposto no caderno de atenção básica referente ao crescimento e desenvolvimento da criança do Ministério da Saúde de 2012. A equipe já dispõe dos materiais onde através destes a cada semana será abordado um tema específico por meio de aulas didáticas, recurso áudio visual, vídeos educativos e materiais preparados para apresentação em data show, seguindo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde e demais referências sobre o crescimento e desenvolvimento infantil para melhorar a informação e retenção do conteúdo. Para avaliação da capacitação faremos exposição de casos interativos do assunto abordado.

2.3.2 Indicadores

Indicadores referentes ao Objetivo 1: Implantar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Implantar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa da unidade de saúde.

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

Indicadores referentes ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança.

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

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

Numerador: Número de crianças inscritas no programa com a primeira consulta na primeira semana de vida

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

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento avaliado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento

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

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia para a idade.

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

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

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

Numerador: Número de crianças que estão fazendo suplementação de ferro.

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

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.11. Realizaram o teste do olhinho a 100% das crianças até um mês de vida.

Indicador 2.11: Proporção de crianças que realizaram o teste do olhinho.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do olhinho.

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

Meta 2.12: Realizar primeira consulta odontológica para 100 % das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicadores referentes ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças com registro adequado na ficha espelho

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Indicadores referentes ao Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças com registro de orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

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

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da carie.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde da criança vamos adotar como protocolo o caderno de atenção básica nº 33. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da saúde, ano 2012. Partindo do

protocolo como material para capacitar a equipe foram realizadas 16 cópias do caderno nº 33 e já distribuídas para estudo individual durante o tempo que antecederá o início do projeto. Tendo uma cópia deste como material de apoio para a equipe na unidade. Utilizaremos a ficha espelho fornecida pela UFPEL (Anexo B) que serão impressas 150 cópias na própria unidade para cobertura de todas as crianças, estas serão providenciadas pela enfermeira assim como o prontuário clínico individual e a caderneta da criança que serão solicitados pela enfermeira junto à 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (12ª CRS) para realizar o monitoramento. Para melhor avaliação e acompanhamento serão separados em arquivo específico os prontuários clínicos das crianças que estarão cadastradas no programa e com acompanhamento. Estimamos alcançar 100% de cobertura no período de quatro meses. Faremos contato com o secretário de saúde para a impressão destas planilhas de controle e da aquisição de novo arquivo como outros meios (panfletos, folders, pôsteres) para maior divulgação e controle do projeto, assim como solicitação e pedido de mais cadernetas de crianças para evitar uma possível falta, ademais será solicitado aos funcionários da recepção fazer a separação dos prontuários para um arquivo específico. Será feita adesão à planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL, para acompanhamento mensal da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa de saúde da criança, a técnica de enfermagem fará a revisão dos prontuários e planilhas fazendo busca ativa das crianças que já consultaram na unidade de saúde e os ACS terão como atividade rastrear todas as crianças de suas localidades para divulgar o programa para a família e realizar a marcação das consultas. Cabe também ao ACS, após esse primeiro momento, estar fazendo a busca ativa dos faltosos após comunicação semanal pela enfermeira e técnica de enfermagem. Cabe ressaltar que essa, já está sendo realizada pelos ACS com uso de bicicletas que foram disponibilizadas pelo gestor do município.

Referente ao monitoramento e avaliação das ações específicas, este será realizado pela enfermeira coordenadora do ESF conjuntamente com a técnica de enfermagem, fazendo a revisão dos prontuários e planilhas, com uma periodicidade semanal que será realizada durante o trabalho da unidade e respaldado durante as reuniões para toda equipe de saúde da família, identificando crianças faltosas, exames, seguimento, vacinas ou tratamento em

atraso para que os agentes comunitários de saúde façam a busca ativa durante a semana que precede a próxima reunião. As reuniões serão semanais e para desenvolvimento destas e das atividades propostas estaremos utilizando a sala de reuniões situada no Pronto-atendimento do município.

Sobre a organização e gestão do serviço, o cadastramento das crianças alvo serão realizados pelos ACS em cada uma das doze micro áreas. Eles também levarão a relação das crianças entre estas faixas etárias para arquivo do cadastro da criança na unidade e realizarão a explicação durante as visitas domiciliares do trabalho realizado pelo programa de atenção a saúde da criança. Será excluído deste as crianças que as famílias não desejarem aderir ao programa e ou que estão realizando acompanhamento na rede privada. Serão realizadas marcações de consultas pela técnica de enfermagem em caderno próprio para agendamento do programa de atenção a saúde da criança, marcações estas que serão realizadas através de comunicação entre os agentes e técnica de enfermagem por meio de telefone, ou durante as reuniões semanais. Será dada prioridade de atendimento às crianças participantes do programa que, na recepção, serão atendidas pela técnica de enfermagem que irá fazer a triagem inicial (medição, pesagem, avaliação de curva de crescimento). Serão anotados os dados na ficha espelho e cartão da criança sendo encaminhada posteriormente para avaliação pela enfermeira. E em casos agudos estarão sendo atendidas pelo médico.

Como o ESF3 não dispõe de equipe odontológica foi acordado com o dentista da unidade, estar dando suporte às crianças inclusas no programa. A partir do momento em que iniciarmos este trabalho faremos atividades em conjunto com o dentista na prevenção de cáries e higiene bucal nas escolinhas, assim como aconselhamento e mudanças de hábitos alimentares. Sobre o engajamento público, será realizada divulgação do programa falando sobre a importância de realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil através dos ACS durante as visitas domiciliares, pela enfermeira, técnica de enfermagem e médico durante as consultas na unidade. Contamos ainda com o apoio do secretário de saúde que nos ajudará a divulgar através de entrevistas essa nova empreitada. Para realizar essa promoção de educação em saúde faremos a divulgação via rádio, uso de panfletos para serem entregues as famílias e gestantes, formação de grupo de gestantes agora com a ajuda do NAAB que está

sendo implantado na cidade e pôsteres que serão fixados na unidade e unidades escolares. Serão confeccionados 1000 panfletos, 20 pôsteres, 150 cartilhas na gráfica contratada pela prefeitura do município. As atividades em grupo, reuniões e palestras serão desenvolvidas pela equipe (ACS, enfermeira, médico e técnica de enfermagem) conforme cronograma (Item 2.3.4) que ocorrerá em Igrejas, escolas e salões comunitários nas doze micro áreas do interior. Sobre a qualificação da prática clínica, iniciaremos a capacitação da equipe por meio das reuniões tendo como foco cada semana um assunto abordado pelo protocolo de saúde da criança. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe através de estudos do manual técnico que será adotado como protocolo. Na qualificação será utilizado o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), já fotocopiados 16 unidades na gráfica contratada pela prefeitura e disponibilizados para cada membro da equipe, sendo que uma das unidades ficará disponível na sala de enfermagem para consulta quando necessário. Para maior organização e gestão do serviço cabe ressaltar que a unidade já apresenta garantido o material para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro e fita métrica). Até o presente momento, não há registros de falta de vacinas na unidade. A enfermeira responsável da sala de vacinas garante junto ao gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

A capacitação será realizada na sala de reunião do pronto atendimento do município, sendo previstos encontros com uso de recurso áudio visual, vídeos educativos e materiais preparados para apresentação em data show, seguindo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde e demais referências sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Para avaliação da capacitação faremos exposição de casos interativos do assunto abordado. Para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à saúde da criança, será dividido em temas para cada ACS. Iniciaremos o estudo pelos ACS da micro área um seguindo respectivamente até terminar na micro área doze, estes revisarão o material proposto e será discutido em equipe, nas reuniões semanais com duração aproximada de duas horas, com intervenções do médico e da enfermeira.

3 Relatório da Intervenção

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que está sendo realizada no ESF 3 – Saúde da Família Rural em Santo Antônio das Missões/ RS, cujo foco é melhorar a atenção a saúde da criança, em nossa unidade de saúde, a fim de garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Sendo assim, iniciamos a intervenção estruturada para ser desenvolvida no período de quatro meses na Unidade de Saúde ESF3, no Município de Santo Antônio das Missões/ RS, porém por motivos indicados pela própria UFPEL foi diminuído o período, para três meses. Das 130 crianças estimadas na área de abrangência conseguimos captar 94 crianças tendo ao final da intervenção uma cobertura de 72,3%.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações realizadas foram contempladas com sucesso, fato que se deu por dependerem unicamente da equipe para serem realizadas, mas muitos imprevistos aconteceram. Não foi possível seguir o cronograma na íntegra, devido a problemas que surgiram na unidade de saúde. Foi preciso reorganizá-lo e executá-lo conforme as possibilidades e as oportunidades surgidas porém, não foi obstáculo para a realização do trabalho e serviu como estímulo para alcançar as ações desenvolvidas.

Não seria aceitável que algumas metas que fazem parte de uma consulta de puericultura básica não fossem cumpridas integralmente, como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento motor da criança atendida, ou outra que dependem unicamente de nós para serem realizadas, como passar às mães informações referentes a diversos temas abrangidos pelo projeto, como nutricionais, prevenção de acidentes ou acerca da saúde bucal. Outras ações, por sua vez, precisaram de bastante empenho da equipe para que fossem realizadas, como, por exemplo, o alcance do percentual definido para a cobertura

populacional, que, por si só, já se mostrava bastante alto para uma intervenção que partiria do zero.

Estão participando de momento da intervenção 130 crianças de zero a 72 meses de idade. O cadastro e monitoramento foram realizados de acordo com a faixa etária por meio de convocação realizada pelos ACS durante as visitas domiciliares e captação de pais e crianças que compareceram à unidade de saúde em busca de diferentes serviços.

Na primeira semana de realização do projeto fixamos o dia da semana para termos nossas reuniões de equipe que já vinham acontecendo inicialmente nas quartas-feiras, porém por motivos de deslocamento de alguns ACS modificamos para as segundas-feiras além de termos modificado o local para o acontecimento destas, que antes se davam na sala de reuniões ao lado do pronto atendimento do município passando assim a acontecer na sala de reuniões disponibilizada pelo NAAB onde tivemos maior comodidade. Após todos já terem estudado sobre o tema, discutimos a respeito dos protocolos do ministério da saúde e das fichas que usaríamos no desenvolver do projeto e sobre a melhor maneira de conseguirmos por nossas ideias em prática.

Dos objetivos esperados conseguimos sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 72 meses a ser realizado na unidade de saúde; implantamos o novo calendário de atendimento à criança sadia, envolvendo atendimento intercalado entre médico e enfermeira, possibilitando o acesso das crianças aos serviços de saúde; instrumentalizamos a equipe de saúde para realização do controle de crescimento e desenvolvimento e definimos suas atribuições neste projeto; foi realizada capacitação da equipe durante o período de um mês utilizando como instrumento o caderno de atenção básica nº 33, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da saúde, ano 2012 para que todos tivessem embasamento teórico das ações a serem desenvolvidas e tendo capacidade para identificar e captar precocemente crianças de risco (RN de risco, desnutridas) para acompanhamento na unidade de saúde.

Ainda na primeira semana iniciamos a busca de colaboradores para que esses pudessem auxiliar no desenvolvimento do projeto, onde tivemos apoio do NAAB com realização do grupo de gestantes, EMATER com relação às atividades

no interior que infelizmente acabaram não acontecendo, rádio e prefeitura que auxiliaram basicamente na questão da divulgação do projeto.

De todas as 94 crianças inscritas no programa todas tiveram o monitoramento de crescimento (peso, comprimento/altura, IMC) e desenvolvimento avaliado durante as consultas de enfermagem e médicas. Durante os três meses de monitoramento do programa não foram diagnosticados nenhuma criança com baixo peso, foram avaliadas quatro crianças com excesso de peso que foram orientadas quanto a uma alimentação mais balanceada para sua faixa etária.

Todas as crianças foram avaliadas sobre a questão de desenvolvimento segundo sua faixa etária, assim como a realização de vacinas. Com relação às crianças entre 6 e 24 meses com indicação para receber suplementação de ferro também obtivemos uma boa cobertura.

Já com relação ao teste do pezinho foi realizado totalmente, tendo em conta que está já era uma medida programática do município antes de iniciarmos o projeto. Durante o cadastramento todas as crianças foram avaliadas quanto à necessidade de estarem realizando consultas odontológicas, para isto realizamos avaliação da presença de cáries, avaliação da escovação e vistoria pelos pais durante procedimento. Muitas das crianças avaliadas nunca realizaram consultas odontológicas e mesmo com o processo de marcação de consultas poucas vieram nas datas marcadas já outras que chegaram a vir o dentista faltou no dia. Com relação ao apoio odontológico cabe ressaltar que este foi de maneira parcial, já que a unidade não tem dentista próprio pelo que este, se propôs a nos ajudar com uma parcela pequena de consultas e desta maneira fomos realizando os nossos agendamentos já que ele é responsável pelo atendimento das pessoas tanto do interior como do centro do município.

Com relação a busca ativa das crianças faltosas foi realizada de maneira integral. Todas as crianças cadastradas estão com registros atualizados e adequados na ficha espelho e em 100% foi realizada avaliação de risco e orientações sobre a prevenção de acidentes na infância.

Durante as consultas com as crianças que ainda eram amamentadas na mama foi pedido a mãe que realizasse a amamentação durante a consulta para avaliação da pega correta e correção de estressores que evitam o desmame precoce. Todas as mães receberam orientações nutricionais referentes à faixa

etária da criança e também orientações quanto ao processo de escovação, etiologia e prevenção de cáries.

Quanto ao eixo engajamento público realizamos a divulgação do projeto através de entrevistas na rádio local, sendo uma para divulgação do projeto e outra para chamativa das pessoas que se mostraram um pouco resistentes a participar do programa. O esclarecimento à comunidade e aos pais ou responsáveis sobre a atenção à saúde da criança na UBS se deu também através de panfletagem sobre o projeto, cartazes espalhados nas escolas, ônibus, igrejas e pelas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Durante as consultas procuramos orientar sobre aleitamento materno, importância da puericultura, curva de crescimento, teste do pezinho, vacinas e avaliação de risco infantil. Outro fator de fundamental importância foi a realização do grupo de gestantes que conseguimos instaurar na atividade da equipe com ajuda da equipe do NAAB que no final da intervenção referiu já não conseguir dar mais apoio na totalidade pelo que tivemos que assumir e seguimos as reuniões.

Ao final do projeto os resultados obtidos foram apresentados ao gestor de saúde do município enfatizando principalmente as melhoras obtidas e as dificuldades para não alcançar determinadas metas, o mesmo se mostrou muito entusiasmado com o que tinha sido realizado e prometeu total apoio na questão da continuidade do programa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentre as ações que tivemos mais dificuldades e que até o presente momento há entraves para serem implantadas temos as relacionadas a questões de âmbito odontológico, já que não temos dentista próprio e temos que lutar para conseguir agendar as crianças e desta maneira não conseguindo um atendimento integral levando neste caso a uma demanda reprimida, porém junto com enfermeira para tentar amenizar este quadro estamos tentando organizar palestras educativas com os pais e responsáveis de crianças até os dois anos para tentar diminuir estes agravos e estimular o cuidado dentário das crianças. Outro aspecto que ainda estou tratando com o gestor uma maneira de

remediarmos e melhorarmos a intervenção é sobre a triagem auditiva que se observarmos a estatística gerada durante o período de intervenção estamos bem abaixo do esperado e para isso estou vendo a possibilidade de tentarmos capacitar alguém da equipe para que este procedimento seja realizado na própria equipe ou que haja uma via facilitada com convênios do próprio município para uma maior rapidez deste procedimento.

Outro fator que acredito termos pecado foi o fato de não termos conseguido melhorar com relação ao aspecto do engajamento público, pois não foi possível realizar algumas intervenções como a chamada nutricional na qual não tivemos apoio da nutricionista nem do gestor e durante este período da intervenção a enfermeira estava deslocada para outras funções extras a unidade o que não possibilitou um maior apoio com relação às palestras, também propostas para serem realizadas, pelo que nos dias em que nos dirigimos ao interior do município para os atendimentos e domicílios nos propusemos a realizar a atenção de maneira individual.

Quanto às ações previstas no início do projeto já estão completamente inseridas na rotina da unidade e acredito que continuarão a funcionar de forma quase que integral no nosso cotidiano. Apenas a divulgação da ação não deverá continuar sendo feita com a mesma intensidade que foi impressa no início da intervenção, até por que nas semanas finais da implantação do projeto já não estava mais sendo realizada com o mesmo entusiasmo, mesmo que eu tentasse diariamente motivar a equipe para isso. Acredito que essa divulgação deverá ser redefinida, ficando mais direcionada às pessoas em situações de maior risco e, principalmente, às mães dos bebês que vierem a nascer.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Os dados foram coletados nas consultas, registrados em prontuários e repassados as fichas espelhos e a planilha de Excel pelo que para tal realizei uma capacitação junto à equipe (ACS, enfermeira e técnica de enfermagem) para correto preenchimento e repasse dos dados.

Inicialmente encontramos certa dificuldade em manejar a planilha eletrônica. A pessoa responsável pelo repasse dos dados inicialmente a planilha era a enfermeira da unidade, porém devido às obrigações excessivas doadas a ela pela gestão dificultou uma total participação desta durante o processo de trabalho da unidade comprometendo algumas intervenções propostas, pelo que neste momento assumi o preenchimento dos dados na planilha e verificação semanal das fichas espelhos e prontuários. Cabe ressaltar que não quero dizer com isso que a enfermeira da unidade não tenha participado da intervenção e sim que o fato de ela ter tido outras obrigações afetou o maior desenvolvimento de algumas atividades como citado anteriormente referente às palestras.

Outro aspecto a se ter em conta é com relação ao termo de consentimento para autorização do uso de fotos a qual houve muita resistência por parte da população em permitir a exposição das fotos. Foram recolhidas fotos durante as visitas domiciliares realizadas tanto pela enfermeira e médico quanto pelos ACS assim como algumas consultas realizadas dentro da unidade. Como a unidade não disponibiliza de máquina as fotos foram tiradas com os próprios telefones o qual não foi possível para alguns ACS e muitas acabaram ficando com mal qualidade, já com relação as fotos guardadas no meu telefone infelizmente se perderam praticamente todas, pois posterior a uma acidente que tive o meu telefone se extraviou não sendo possível recuperar os dados, pelo que neste momento as únicas fotos que possuímos são as tiradas pela equipe do NAAB durante as realizações dos grupos de gestantes.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em relação à viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço da unidade, alguns aspectos deverão ser adequados para melhorar o atendimento de puericultura, tais como: adequar o atendimento de puericultura à realidade local; entender as dificuldades de acesso da população ao serviço, principalmente as crianças; envolver toda equipe no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, buscando atender todas as crianças; e orientar os ACS a buscar informações na visita domiciliar, a fim de trazer a

realidade da convivência familiar, com finalidade de fortalecer o vínculo entre os pais, filhos e a unidade. Para tal procurei junto aos ACS incentivar para que durante a realização das visitas tivessem o hábito de realizar um relatório da visita, porém poucos adotaram este sistema.

No momento, a unidade passa por uma mudança de equipe já que a técnica de enfermagem pediu demissão e os ACS estão um pouco renitentes a realização de algumas intervenções como a realização semanal das reuniões de equipe pelo que estamos avaliando a possibilidade e continuação desta, o que dificultou a continuidade de alguns focos, mesmo assim a equipe continua centrada na recepção e atendimento adequado das crianças, ao mesmo tempo pudemos observar uma melhoria no atendimento na UBS.

Quanto às ações previstas no início do projeto já estão completamente inseridas na rotina da unidade e acredito que continuarão a funcionar de forma quase que integral no nosso cotidiano. Apenas a divulgação da ação não deverá continuar sendo feita com a mesma intensidade que foi impressa no início da intervenção, até por que nas semanas finais da implantação do projeto já não estava mais sendo realizada com o mesmo entusiasmo, mesmo que eu tentasse diariamente motivar a equipe para isso. Acredito que essa divulgação deverá ser redefinida, ficando mais direcionado às pessoas em situações de maior risco e, principalmente, às mães dos bebês que vierem a nascer.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da implementação do Programa de atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses na USF RURAL, Santo Antônio das Missões, RS. Na área adstrita à UBS existem 130 crianças nesta faixa etária, pelo que 94 foram inscritas no programa da unidade de saúde alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 72,3%.

Com a implantação da puericultura para crianças de 0-72 meses na unidade, houve melhoria na qualidade do atendimento à criança na decisão e no manejo dos problemas diagnosticados, na resolutividade e na eficiência dos serviços de saúde, gerando indicadores reais que certamente irão contribuir para a organização do atendimento à criança nesta localidade, podendo futuramente se estender a todo município de Santo Antônio das Missões.

Conseguimos também melhorar o nível de informação dos pais ou responsáveis pela criança, gerando a promoção à saúde e a prevenção de doenças e acidentes além de, identificar em tempo hábil, avanços no desenvolvimento neuropsicomotor, identificar atrasos na aquisição de aptidões e existência de má formação congênita, que porventura não tenham sido identificadas no nascimento, são objetivos da consulta mensal de puericultura para crianças menores de seis meses de vida, ressaltando constantemente a necessidade do aleitamento materno exclusivo como o mais importante promotor de saúde para toda a vida do indivíduo.

A não adesão da comunidade às atividades de intervenção está ligada à realidade local, e é um dos principais passos para que a equipe possa aprimorar as estratégias de intervenção que já vêm sendo realizadas. Algum grau de não aderência aos cuidados de saúde está relacionado a diversos fatores, entre os quais a baixa escolaridade, as dificuldades de acesso, os hábitos, a inadequação das orientações ao cotidiano das pessoas, a falta de apoio no ambiente social imediato e a falta de motivação na vida pessoal.

Objetivo 1: Implantar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Implantar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A intervenção tratou de melhorar a atenção à saúde prestada às crianças incluídas na faixa etária de zero a 72 meses. A área adstrita a minha unidade, possui uma população de aproximadamente 2.526 habitantes existindo 130 crianças na faixa etária englobada pelo programa e todas essas foram alvo da intervenção. No início da intervenção era praticamente insignificante o número de crianças que possuíam um acompanhamento programático adequado de puericultura, algumas poucas o faziam em pediatras fora do âmbito da saúde pública, mas de forma diferente, ou ao menos com menor frequência da sugerida pelos manuais do Ministério da Saúde. Ao final da intervenção, das 130 crianças 94 já estavam em acompanhamento na unidade, chegando há uma cobertura de 72,3% (**Figura 1**). Durante o período de intervenção notamos uma menor procura pelos atendimentos durante as primeiras semanas de implantação, no entanto esse número não parou de aumentar durante praticamente todo o período da ação programática, muito devido ao empenho da equipe em continuar com a divulgação do projeto durante as 12 semanas que durou a intervenção.

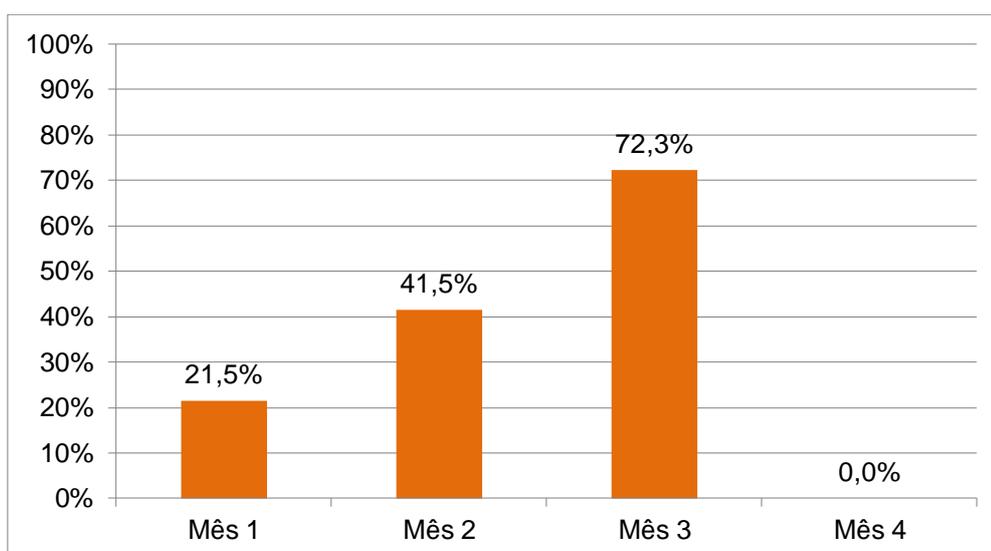


Figura 1 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/RS, 2015.

Como podemos observar na **Figura 1**, no primeiro mês, foram inscritas 28 crianças que correspondem há uma cobertura de 21,5%, já no decorrer do mês seguinte podemos objetivar um aumento de 20% das crianças captadas pelo projeto totalizando assim 54 que correspondem há uma cobertura de 41,5% e ao final das doze semanas de intervenção tivemos um aumento de 30,8% de inscritos com relação ao segundo mês o que nos leva a um total de 94 crianças cadastradas chegando há 72,3% de cobertura. Acreditamos que esse aumento foi devido a maneira de organização da intervenção que permitiu diferentes formas de divulgação da mesma, e de ações de captação desenvolvidas em todas as atividades realizadas pelos trabalhadores da unidade, como visitas domiciliares, consultas, vacinação e nos grupos, mesmo que esse não fosse diretamente relacionado às crianças, acreditávamos que quanto mais pudéssemos divulgar o projeto, indiferente de para quem fosse, mais fácil conseguiríamos chegar às metas inicialmente pretendidas por nós. Como podemos observar neste contexto não foi possível chegar aos 100% de inscritos propostos no projeto, este fato se dá devido ao período da intervenção que foi reduzido para doze semanas por indicação da coordenação do curso além de algumas intercorrências no início do projeto que atrasaram a disponibilização de certos recursos por parte da gestão do município. Outro aspecto a ser comentado para o não alcance deste índice foi que o levantamento realizado pelos ACS com relação ao número de crianças nesta faixa etária se deu bem antes de iniciarmos o projeto, pelo que quando se deu início tínhamos catorze crianças que já haviam superado a faixa de idade adequada para participação da intervenção além de algumas famílias que migraram devido ao período da safra. Mesmo assim diante disso, vemos que o principal objetivo de ampliar a cobertura da saúde da criança foi alcançado com êxito já estando à sistemática de trabalho arraigada ao sistema de trabalho da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atendimento à criança.

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

Analisando este indicador de qualidade ao Iniciar a intervenção, no primeiro mês, das 28 crianças inscritas no projeto todas já tinham realizado a primeira consulta na primeira semana de vida, isso se deve ao fato de já haver inserido no sistema do município a captação precoce das mães de recém-nascidos pela enfermeira da sala de vacinas a qual realiza o teste do pezinho e vacinação aproveitando o momento para realização de uma breve avaliação do recém-nascido. Ao longo da intervenção, no segundo mês, mais 66 crianças foram cadastradas totalizando assim 94 ao final do terceiro mês e destas todas já haviam tido a primeira consulta na primeira semana de vida pelo mesmo motivo comentado anteriormente. Deste modo, este indicador atingiu 100% das crianças durante todos os meses que o trabalho foi desenvolvido. Entretanto, como nos meses da intervenção nasceram 5 crianças, observa-se que a captação precoce se manteve sendo desta maneira captadas no momento aprazado mantendo o indicador de 100%. Como comentado anteriormente a ação que mais auxilia na captação precoce das gestantes é o fato de já haver sistematização por parte da enfermeira da sala de vacinas a realização desta primeira consulta no sentido de cumprimento das vacinas e teste do pezinho o que levam as mães a buscarem estes cuidados, porém agora com a formação da equipe da unidade rural podemos dizer que há outras ações que foram fortalecidas para que haja uma melhoria ainda maior na captação precoce como o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento das gestantes por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamar os recém-nascidos para a consulta.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

As metas pertencentes a esse item dependiam diretamente do empenho da equipe no atendimento às crianças e dessa forma não vimos outra meta possível para ser alcançada se não o 100% e assim se deu durante o período de intervenção. Esse monitoramento era realizado por meio de aferições do perímetro cefálico e do comprimento/altura da criança, e posteriormente repassada pela técnica de enfermagem aos gráficos da caderneta da criança do MS, ficha espelho e ficha de acompanhamento para que pudéssemos, juntamente com as mães, acompanhar o crescimento dessa criança. Cabe ressaltar que toda

a equipe durante o período de capacitação estava preparada para realizar esta verificação e junto as consultas com enfermeira ou médico se aproveitou o momento para educar os pais ou responsáveis de como realizar a leitura das curvas de crescimento presente no livro, para que também tivessem atenção quanto ao crescimento dos seus filhos.

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

Durante o período da ação programática não foi evidenciado nenhuma crianças com baixo peso. Esse fato me chamou bastante a atenção, pois como a unidade é responsável pelo controle do interior que por muitas vezes é considerada uma área de maior risco para estes quadros, pois há maior probabilidade de ocorrência de parasitoses entre outras doenças diarreicas que levam a essa perda de peso ou até mesmo os hábitos alimentares inadequados. Mesmo assim não foi constatado nenhum caso até o presente momento. Mas, posso dizer que me faz pensar muito nos costumes da população desta localidade do município. Mesmo assim para o manejo destas a equipe está capacitada para este controle onde os pais ou responsáveis recebem informações de como reverter este quadro além de que as consultas de retorno são em menor tempo e as visitas domiciliares são mais frequentes para maior vigilância e caso ocorra alguma intercorrência que não seja possível ser amenizada pela equipe encaminhamos para consulta especializada. Nesses casos além do acompanhamento à criança também é solicitado ao serviço social um acompanhamento à família para maior observação do local onde vivem.

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

Este indicador também me chamou muito a atenção, pois durante todo o período de intervenção somente três crianças foram classificadas com excesso de peso, pelo que achei pouco tendo em consideração os hábitos culturais da população local. Outro aspecto é a resistência da família em aceitar que essa criança apresenta excesso de peso, não querendo aceitar muitas vezes que o alimento e a maneira de alimentar a criança são inadequados.

Dessas, uma criança foi diagnosticada com excesso de peso, no segundo mês de intervenção e as outras duas no último mês da intervenção. Os pais ou responsáveis receberam recomendações pela equipe sobre controle alimentar e prática de atividade física, para posterior controle diminuindo assim o tempo das consultas. Também foram realizadas visitas domiciliares programadas para comprovação da aderência dos pais ou responsáveis com relação à reeducação alimentar.

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

Com relação ao desenvolvimento das crianças foram usados como parâmetros, a tabela de DENVER II em que o desenvolvimento é acompanhado em três planos (motor grosseiro, motor fino e social) além dos dados encontrados na caderneta da criança disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Durante o período de intervenção não encontramos nenhuma criança com déficit de desenvolvimento. O controle do desenvolvimento é aplicado sistematicamente nas consultas, portanto todas as crianças atendidas pela unidade tiveram seus desenvolvimentos monitorados apresentando no primeiro mês uma cobertura de 100%, mantendo-se a mesma porcentagem nos dois seguintes meses. Anteriormente a esta intervenção durante as reuniões a equipe foi capacitada para manejo destas tabelas além de que durante a consulta os pais ou responsáveis são orientados para melhor observação dos seus filhos com relação a estes parâmetros além de serem incentivados a ler a caderneta da criança disponibilizada para antever alguma intercorrência nos próximos meses de desenvolvimento da criança. Na unidade há uma cópia da tabela na parede para desta forma poder auxiliar durante as consultas.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Com relação a este indicador, pelo fato de já haver no município uma assistência programática com relação a esta ação, faz com que nossos indicadores sejam favoráveis. No primeiro mês de intervenção, das 28 crianças observadas na unidade, 26 (92,9%) estavam com vacinação em dia, já as duas restantes (7,1%) foram encaminhadas a sala de vacinação para regularização

destas. No mês seguinte, das 54 crianças observadas, 100% estavam com vacinação em dia (**Figura 2**). Ao final do terceiro mês de intervenção, das 94 crianças observadas obtivemos um total de 96,8% de crianças com vacinação em dia e três crianças (3,2%) não foram vacinadas. (**Figura 2**). Esta intercorrência se deu pelo fato de que a enfermeira responsável pela sala de vacinação ter adoecido o que impediu neste período a vacinação contra a BCG. Esse fato já está normalizado e as crianças já foram vacinadas, mas, como isso se sucedeu após o término da intervenção, os indicadores na tabela não foram modificados. Essa ação já vinha funcionando de maneira correta, antes mesmo de iniciarmos a intervenção. A equipe atuou reforçando as medidas em caso de não cumprimento das vacinas quando observadas pelos ACS durante as visitas domiciliares ou na própria unidade. Para tal estratégia cabe ressaltar que houve uma capacitação específica ministrada pela própria enfermeira da sala de vacinas educando toda a equipe com relação à observação da caderneta da criança.

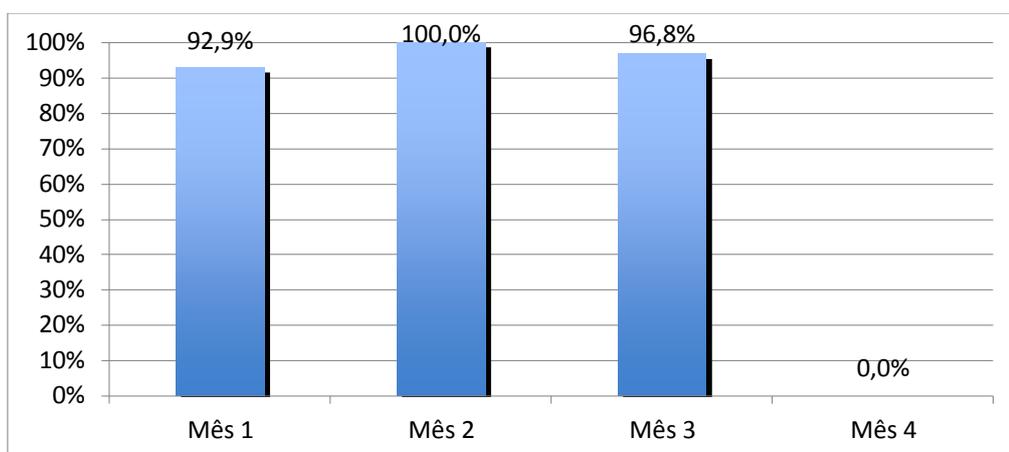


Figura 2 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com vacinação em dia para a idade da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Neste caso todas as crianças atendidas pelo projeto que se encontravam na idade indicada para estarem realizando suplementação com sulfato ferroso, receberam informações da equipe para início da suplementação e desta maneira a medicação foi dispensada pela farmácia da unidade. Com relação à **Figura 3** podemos observar que no primeiro mês das 10 crianças atendidas somente 4 não

iniciaram a suplementação o que gerou uma cobertura de 60%, já no segundo mês foram atendidas 5 crianças mais onde todas receberam suplementação de ferro o que nos daria uma cobertura de 100%, porém computando os dois meses de intervenção alcançamos um total de 15 crianças gerando uma cobertura de 73,3%. No terceiro mês foram inseridas no programa 9 crianças mais e todas receberam suplementação mantendo assim, 100% de cobertura, já na totalidade dos três meses tivemos 24 crianças o que gerou ao final da intervenção uma cobertura de 83,3%. O fato de haver somente 4 crianças que não receberam suplementação se deu no primeiro mês de intervenção onde as mães se negaram a realizar a administração do suplemento com a justificativa de que era muito amargo e as crianças não iriam beber. Neste momento foram aconselhadas algumas técnicas como misturar com bebida cítrica (suco de laranja) para que as mães administrassem a terapêutica minimizando assim o gosto, porém mesmo assim não quiseram aderir. É importante ressaltar que a medicação é disponibilizada pela farmácia da unidade e que essa meta não se baseou apenas da prescrição do medicamento, mas sim na prescrição e na continuidade de sua utilização.

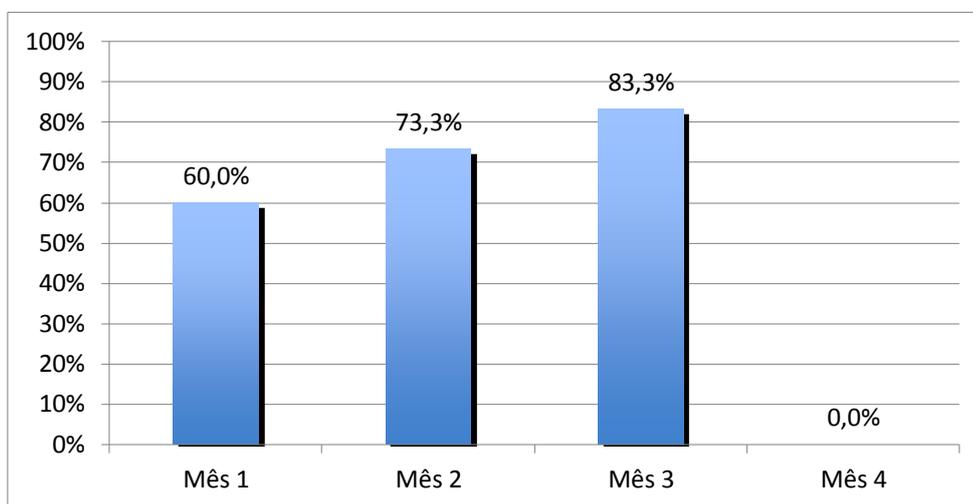


Figura 3 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Das 94 crianças acompanhadas somente 16 delas realizaram o teste da orelhinha, o que gera uma cobertura de 17% ao final das 12 semanas de

intervenção. No primeiro mês de intervenção, foram atendidas 28 crianças e somente 5 haviam realizado o teste gerando uma cobertura de 17,9%. No segundo mês foram atendidas 26 crianças, e destas, 6 crianças realizaram o teste gerando uma cobertura de 23,07%, havendo um acréscimo de 5,17% com relação ao mês anterior e se tivéssemos em conta a computação dos dois meses de intervenção tivemos um total de 54 crianças atendidas gerando uma cobertura de 20,4%. Já no terceiro mês tivemos 40 crianças atendidas e somente 5 realizaram o teste o que nos daria uma cobertura de 12,5% havendo assim uma diminuição de 7,9% com relação ao mês anterior (**Figura 4**). Com relação a este indicador tivemos grandes problemas para realização dos encaminhamentos, pois o consórcio do município para oferecimento desse exame somente o realiza até os três meses o que difere da recomendação do Ministério de Saúde que é até os dois anos. Outro aspecto foi o fator distância já que este controle é realizado em Santo Ângelo/ RS e os pais ou responsáveis relatam dificuldades apesar de ser disponibilizado transporte. Neste caso, propus a gestão uma forma de realizarmos convênios mais próximos para melhor deslocamento das pessoas. Cabe ressaltar também que a criança não sai da maternidade com o encaminhamento realizado, sendo assim baixa a proporção de crianças que realizaram esse exame. Durante o processo de intervenção realizei marcações para crianças até os dois anos e estes testes foram negados devido o fator idade já, que aceitam somente até os três meses. No momento, estou verificando uma maneira de realizarmos uma capacitação de um membro da equipe para realização do teste, porém estou buscando embasamento teórico, já que não sei se é permitido tal ação ser realizada por alguém que não seja médico.

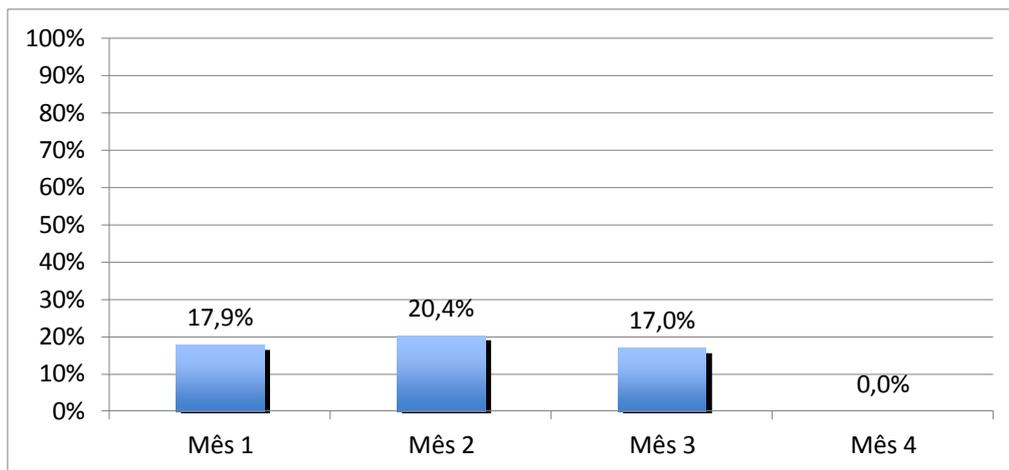


Figura 4 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças com triagem auditiva da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Neste caso, obtivemos um resultado favorável uma vez que se trata de uma ação já inserida na comunidade e realizada há muito tempo no município, além de ter um controle sistemático pela enfermeira da sala de vacinas. No primeiro mês, das 28 crianças atendidas todas realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida gerando uma cobertura de 100%. Já, no segundo mês, foram atendidas mais 26 crianças mantendo a cobertura de 100% e, no terceiro mês de intervenção, outras 40 crianças foram observadas totalizando assim 94 crianças atendidas nos três meses de intervenção o que gerou uma cobertura de 100% das crianças com realização do teste até o sétimo dia de vida. Porém, independente deste fator ser favorável, desde o início da intervenção, a equipe auxiliou na captação precoce dos novos casos realizando o cadastramento de toda a área adstrita e reforçando o acompanhamento das gestantes por parte dos agentes comunitários de saúde que realizaram visitas domiciliares para chamar os recém-nascidos além das informações dadas as mães pela enfermeira durante as consultas de pré-natal.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % das crianças de 6 a 72 meses.

Com relação a este indicador, no primeiro mês, das 23 crianças observadas na unidade, somente uma não recebeu avaliação com relação à necessidade de atendimento odontológico o que nos proporcionou uma cobertura de 95,7%. No segundo mês, foram atendidas ao total, 26 crianças mais, gerando um índice de cobertura de 100% das crianças avaliadas. Já, no somatório dos dois primeiros meses tivemos um total de 49 crianças atendidas com uma cobertura de 98%. No terceiro mês, foram atendidas mais 34 crianças e mantivemos os 100% de cobertura totalizando assim, ao final dos três meses de intervenção, uma cobertura de 98,8%, ou seja, das 83 crianças atendidas somente uma não recebeu esta avaliação (**Figura 5**). Esse fato deve ter decorrido por descuido no momento de passar os dados para a planilha de indicadores. Neste caso, toda a equipe recebeu capacitação para uma observação correta com relação à necessidade de atendimento odontológico, o que favoreceu durante as consultas, pois desta maneira se pode realizar uma correta avaliação, e desta forma, propiciar uma avaliação durante todos os momentos pertinentes da vida das crianças na unidade.

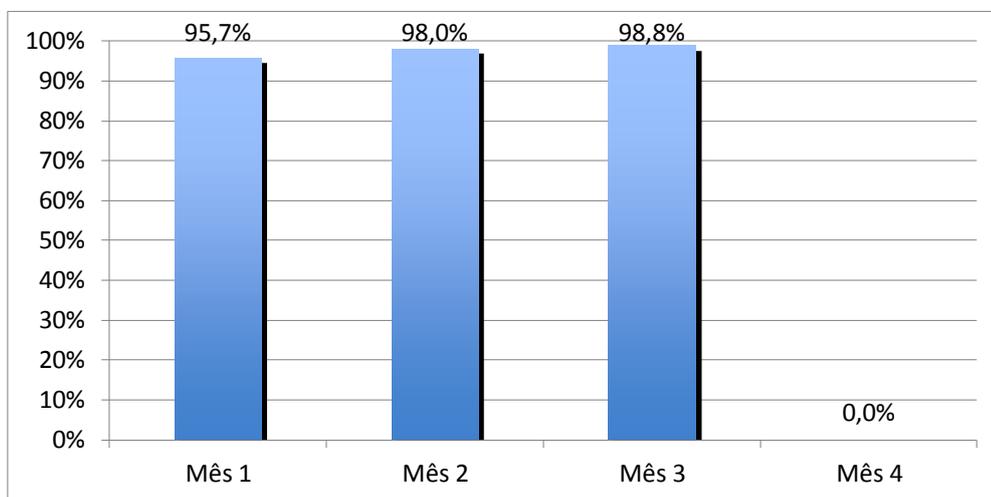


Figura 5 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

Meta 2.11. Realizaram o teste do olhinho a 100% das crianças até um mês de vida.

Com relação a este indicador não há na planilha da UFPEL um gráfico realizado para exposição deste neste apartado, porém como comentário todas as

crianças com idade adequada para realização do teste foram encaminhadas ao serviço de referência em Santo Ângelo/ RS para realização deste. Para facilitar o encaminhamento, procurei junto ao gestor uma via rápida com relação aos agendamentos já que as vagas disponibilizadas para consulta oftalmológica são reduzidas. Outro aspecto que coloquei é a estruturação da unidade com equipamentos que possibilitem a realização do reflexo vermelho, algo que não temos no presente momento. Desta maneira, assim como o teste do pezinho poderíamos realizar a capacitação de um integrante da equipe para ficar responsável por esta intervenção e desta maneira encaminharíamos somente as crianças que forem detectadas alguma alteração.

Meta 2.12: Realizar primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência.

Das 83 crianças em idade adequada, somente 13 tem a primeira consulta odontológica em dia o que gera uma cobertura de 15,7% para a unidade ao final da intervenção (**Figura 6**). No primeiro mês, das 23 crianças atendidas somente 1 apresentava atendimento odontológico gerando uma cobertura de 4,3%. Já, no segundo mês, com um total de 49 crianças atendidas ficamos com uma cobertura de 8,2% e no terceiro mês das 83 crianças atendidas atingimos uma cobertura de 15,7% (**Figura 6**).

Com relação a este indicador, o apoio odontológico foi de maneira parcial, já que a unidade não tem dentista próprio. Porém, o dentista da secretaria de saúde se propôs a nos ajudar com uma parcela pequena de consultas e desta maneira fomos realizando os nossos agendamentos, uma vez que é responsável pelo atendimento das pessoas tanto do interior como do centro do município. Sendo que, desta forma, não conseguimos implantar tal ação de forma programática nesse âmbito da atenção básica. No entanto, creio que com o passar do tempo e após muitas conversas conseguiremos melhorar esse indicador. No primeiro mês, tivemos somente algumas crianças agendadas. Já, no segundo mês, não foi possível realizar as marcações, pois o técnico de enfermagem responsável por essa tarefa, já havia realizado todos os agendamentos do município, não tendo ficado disponíveis vagas para as crianças. No terceiro mês de intervenção, das crianças agendadas poucas

compareceram a unidade fato ocorrido pelo período das chuvas que complicaram o deslocamento dos usuários ao serviço.

Mesmo com essa lacuna na implantação do projeto batalhamos muito para que, ao menos, toda criança obtivesse sua primeira consulta odontológica. Em uma conversa que tive com o gestor, foi comentado que a princípio teríamos uma dentista própria do ESF Rural, porém até o presente momento ainda não foi disponibilizado tal estratégia para nossa unidade.

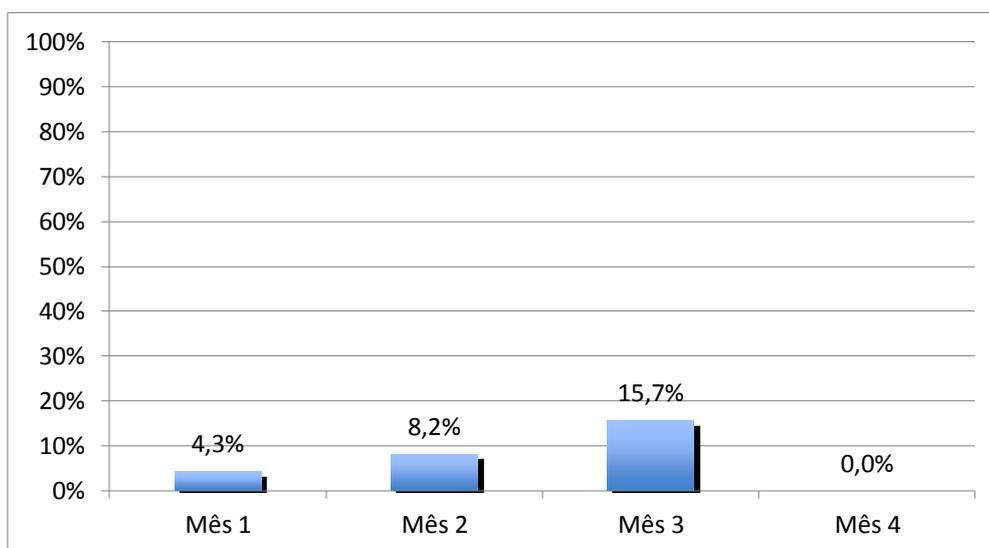


Figura 6 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológico da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

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

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

Durante todo o período de intervenção, somente tivemos um caso, no terceiro mês, que foi necessário realizar busca ativa. Este episódio ocorreu devido a mãe ter se deslocado a outra unidade de atendimento. No entanto, logo que ficamos sabendo do ocorrido, e por coincidir com uma deslocação ao interior do município, realizamos uma visita domiciliar evitando que os pais tivessem que se deslocar à unidade novamente. Mesmo assim, a equipe recebeu capacitação para procurar agilizar estas intercorrências caso ocorram novamente. Neste sentido possuímos uma cobertura de 100%.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Todas as crianças acompanhadas na intervenção tiveram os registros atualizados através dos registros em prontuário individual e da caderneta da criança. A grande maioria dos registros foi realizada durante o cadastramento das crianças pela técnica treinada, e posteriormente complementadas durante as consultas de enfermagem ou médica. Esse ato de registrar todas as informações auxiliou nas reconsultas e no acompanhamento das crianças. Com isso conseguimos alcançar uma cobertura de 100% com relação a este indicador.

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

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

Durante o processo de intervenção, no primeiro mês, das 28 crianças observadas todas receberam avaliação de risco gerando uma cobertura de 100%. Já, no segundo mês, foram observadas mais 26 crianças mantendo a mesma cobertura de 100% e chegamos ao terceiro mês com mais 40 crianças observadas ainda mantendo os 100% de cobertura totalizando assim no final do terceiro mês 94 (100%) das crianças cadastradas receberam avaliação de risco durante as consultas efetivadas pela enfermeira ou médico. Também durante as visitas domiciliares dos ACS foi adotada uma tabela de risco para ajudar a melhor classificação destas crianças. Podemos dizer que apesar da área adstrita abrangida pela unidade ser o interior, houveram poucas crianças consideradas de risco até o final da intervenção. Desta forma, as crianças classificadas como risco elevado passaram a participar de um protocolo específico da unidade e as consultas foram realizadas com menores intervalos segundo protocolo do Ministério da Saúde. Também foram aumentadas a frequência de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, além de algum caso também ter sido pedido auxílio da assistência social.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

No primeiro mês, das 28 crianças avaliadas 100% receberam avaliação contra prevenção de acidentes o que se manteve nos dois meses seguintes chegando ao final do terceiro mês com 94 crianças avaliadas e 100% de cobertura. Dar informações para prevenir acidentes na infância fez parte da nossa rotina de atendimento, e todos os pais ou responsáveis pela criança cadastrada no projeto receberam esse tipo de informação, que foi passada de forma diferenciada dependendo da faixa etária da criança atendida tanto nas consultas realizadas pela enfermeira ou médico, quanto nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Para tal, a equipe antes de iniciar a intervenção recebeu capacitação adequada ao contexto de cada faixa etária. Esta estratégia se deu durante as reuniões de equipe onde também foram ensinados a observar a caderneta da criança que contém estas especificações adequadamente.

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

Com relação a este indicador, podemos observar que das 94 crianças seguidas na unidade somente 20 delas ainda estão recebendo aleitamento materno seja exclusivo ou complementar o que nos geraria uma cobertura de somente 21,3% das crianças (**Figura 7**). Porém, se tivéssemos em conta somente as crianças que nasceram durante o período da intervenção, que neste caso foram cinco, teríamos uma cobertura de 100%, já que todas tiveram sua primeira consulta realizada ainda em sua primeira semana de vida e foram colocadas para mamar durante esse atendimento. Nesse momento, aproveitávamos para orientar a mãe a respeito da pega e da posição adequada da criança ao seio materno, evitando dessa forma o acontecimento de causas evitáveis para desmame precoce. Outro aspecto a ter em conta é que muitas destas crianças já estavam com idade avançada para realização do aleitamento materno pelos que as mães mesmo já haviam desmamado.

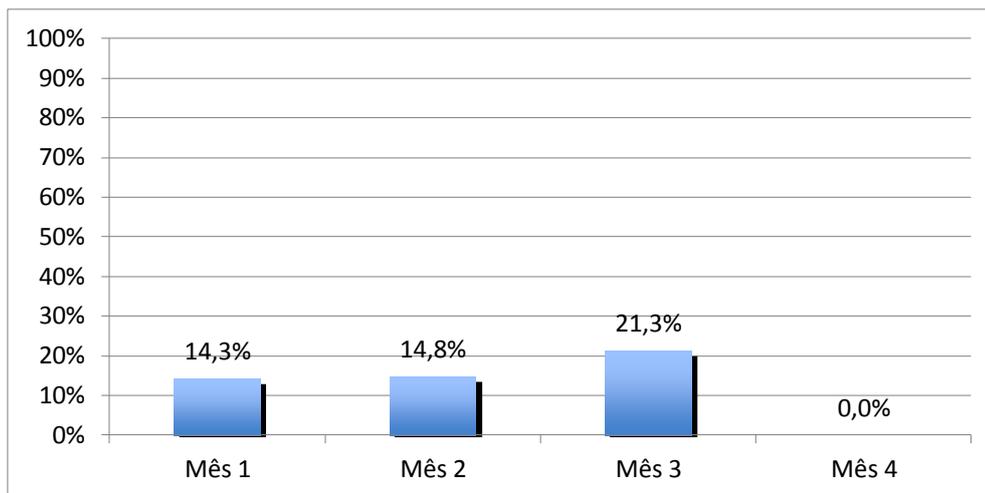


Figura 7 – Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/ RS, 2015.

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

Essa foi mais uma das metas que conseguimos alcançar de forma plena chegando a uma cobertura de 100% já que estabelecemos no início da implantação do programa que esse ponto deveria ser invariavelmente abordado em todas as consultas, e assim se deu, inclusive repetindo a abordagem e a corrigindo com base na nova idade da criança, nas consultas de retorno.

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

Novamente todos os cuidadores das 94 crianças acompanhadas receberam orientações na consulta sobre como se deve realizar higiene bucal e como prevenir cáries pelo que, obtivemos 100% de cobertura neste indicador, e que se os cuidadores colocarem em pratica as orientações fornecidas teremos uma melhor saúde bucal nas nossas crianças. Cabendo ressaltar que esta estratégia também é reforçada durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade teve como objetivo geral implantar o programa da Saúde da Criança e melhorar o atendimento de Puericultura, pois este serviço não era prestado em nenhuma unidade de saúde do município de maneira programática. As crianças eram atendidas exclusivamente em relação à imunização, realização do teste do pezinho e queixas agudas, já o trabalho de acompanhamento e desenvolvimento infantil não era desenvolvido. Cabe salientar que a adesão ao projeto foi muito positiva apesar de algumas intercorrências, tais como: a estrutura, por não termos unidade própria, a qual afeta o atendimento da população e organização do serviço; adesão da própria equipe de ACS; apoio da gestão; sobrecarga de trabalho da enfermeira do ESF Rural. Mesmo assim, conseguimos realizar várias ações propostas no nosso cronograma e melhoria do trabalho dentro da unidade.

A partir dessa experiência, observamos a importância fundamental da puericultura como oportunidade para avaliar o desenvolvimento saudável da criança, e foi possível intervir rapidamente quando os resultados não eram satisfatórios. Como exemplos: o estímulo à amamentação exclusiva em bebês menores de seis meses de idade, pois as mães tinham a informação de que o leite materno era fraco; orientações acerca dos cuidados de higiene com bebê; observação da boa pega, com orientações quando a mesma não era presenciada; a observação do vínculo entre mãe e bebê, entre outros.

Foi possível identificar a importância da construção do vínculo desenvolvido durante as consultas de puericultura entre profissionais da equipe e cuidador, e essa interação trouxe benefícios tanto para a criança, que teve oportunidade de se desenvolver em toda sua potencialidade, quanto para os pais e responsáveis que aprenderam sobre o cuidado para o bom desenvolvimento de seus filhos. Mediante a participação ativa, ficou evidenciado que a prática da educação em saúde, junto aos pais e responsáveis, possibilitou resultados positivos.

Assim sendo, salienta-se que a prática da educação em saúde na consulta de puericultura deve ser um dos focos principais da assistência e do cuidado prestado na abordagem da Estratégia Saúde da Família. A intervenção de

puericultura proporcionou um valor ímpar para a equipe e a população adstrita a UBS. O conhecimento é construído a partir da realidade e das experiências do sujeito. As mudanças proporcionadas pela intervenção realizada no ESF Rural foram visíveis na rotina do atendimento de puericultura. Adequar o atendimento à realidade local, entender as dificuldades de acesso da população a UBS, principalmente as crianças, envolver toda equipe no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e orientar os ACS a buscar informações na visita ao domicílio a fim de trazer a realidade da convivência familiar, com finalidade de fortalecer o vínculo entre a os pais, filhos e profissionais da UBS, foram algumas das medidas adotadas pela equipe.

O sistema implantado possibilitou uma melhoria nos registros dos atendimentos dessas crianças, as quais passaram a ter um prontuário exclusivo para o acompanhamento de suas consultas de puericultura.

Através dos resultados obtidos, a intervenção contribuiu para um melhor entendimento dos modos de direcionamento das práticas profissionais, da equipe, na realização e desenvolvimento das consultas de puericultura, levando em consideração a visão materna dentro desse processo, o que é de fundamental importância, pois garante que o acompanhamento atinja o binômio, mãe-filho e um crescimento e desenvolvimento satisfatório da criança. Além disso, todo o processo realizado contribuiu com o alcance de um olhar crítico-científico e acadêmico nesse ambiente, proporcionando aos profissionais uma adesão de conhecimentos de forma rápida; capaz de fundamentar as condutas e tomadas de decisões na prática clínica, facilitando assim a aplicabilidade dos resultados significativos disponíveis, favorecendo a ampliação tanto no campo teórico, como no prático.

As atividades propostas com a implantação do atendimento de puericultura permitiram a ampliação do olhar para as necessidades da comunidade adstrita e assistida, tanto por meio das visitas domiciliares, consultas clínicas de acompanhamento médico e de enfermagem, como todo o atendimento realizado na própria UBS. Além de fortalecer o atendimento para promoção e não apenas para a recuperação da saúde, proporcionou às mães e às famílias o direito de receber informações que melhorem os cuidados com seus filhos, através de um protocolo de atendimento capaz de promover prevenção a saúde das crianças. Além disso, planejar o atendimento sob o enfoque de risco proporcionou um olhar

diferenciado para a criança exposta a determinadas condições, seja biológica, ambiental ou social, as chamadas situações de risco que a predis põem a uma maior probabilidade de apresentar problemas de saúde ou mesmo de morrer. A prática vivenciada durante a intervenção desenvolveu na equipe o reconhecimento das situações de risco e de priorizar o atendimento a essas crianças.

O impacto da intervenção já é notado na comunidade, até pelo fato, de que antes não havia tal estratégia incumbida no sistema de atendimento do município de maneira programática e os pais ou responsáveis não terem a real noção da importância desse seguimento para a saúde das crianças. Por outro lado, as mães estão adorando poder acompanhar a evolução dos seus filhos, principalmente no que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, os quais são marcados nos gráficos das carteirinhas dessas crianças, algo que antes não era realizado até no que se observa com relação aos dados preenchidos pelo próprio hospital. Outro ponto que nos faz perceber a satisfação dos acompanhados é a grande quantidade de pais ou responsáveis de crianças que procuraram a unidade para iniciar o acompanhamento devido a informações passadas por pais de outros que já haviam iniciado o acompanhamento, o que nos leva a pensar que se a equipe pudesse ter desenvolvido ainda mais o engajamento público com certeza teria um índice ainda melhor.

Se pudesse iniciar novamente o projeto, acredito que modificaria a minha linha de pensamento frente ao que foi feito até o presente momento, penso que a minha vontade e empenho para que as coisas acontecessem tenham atrapalhado um pouco a minha maneira de ser com a equipe e isso por vez ter afetado um pouco a minha relação com alguns membros. Trabalhar com as pessoas do interior e uma logística tão grande como a que temos acaba dificultando algumas estratégias e o fato de não estarmos estruturados acaba afetando muito no desenvolvimento das nossas atividades. Outro fator que gostaria de ter atuado mais foi com relação ao engajamento público, pois acredito que esta é uma das principais maneiras de termos um maior contato com a comunidade e eles perceberem a real razão do que estamos propostos a ofertar, mesmo assim sei que estes não são fatores que dependem somente de mim ou de toda a equipe e sim do conjunto (unidade, equipe, gestor, prefeitura, usuários e colaboradores).

Desde que cheguei ao município evidencio um enorme enfoque político envolvido e isso interfere muito na melhoria e desenvolvimento de qualquer projeto. Desde que entrei na unidade, já vinha dando uma atenção um pouco maior à saúde da criança e ao pré-natal, mas foi com o início da intervenção que essa iniciativa tornou-se mais organizada e sistematizada.

Um dos maiores desafios encontrados por mim foi o fato de nunca ter trabalhado com ESF, mas com o meu empenho e dedicação procurei levar da melhor maneira possível uma maior orientação e conhecimento para todos dentro do que preconiza o curso e o Ministério da Saúde, além do aspecto estrutural já comentado anteriormente. Essa intervenção mostrou que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil é essencial para que as crianças cresçam saudáveis e com menor risco de adoecerem por causas evitáveis. Todavia, durante o período, no desenvolvimento das atividades de intervenção foram percebidas algumas situações de vulnerabilidade social entre as famílias. Tais situações sensibilizaram fortemente, somado a indignação pela incapacidade de não poder intervir diretamente nessas questões.

Refletindo sobre os resultados da intervenção de puericultura na ESF Rural, foi possível obter informações importantes sobre os próximos passos para melhorar a atenção à saúde das crianças, ciente de que a qualidade do atendimento está ligada à clareza das orientações dadas pelos profissionais aos pais e responsáveis, respeitando seus costumes e necessidades. Em relação à infraestrutura da UBS e das unidades satélites, há um projeto a ser votado para a construção de uma nova unidade padronizada.

Para melhorar o atendimento na UBS é preciso que os profissionais de saúde e equipes possam aumentar a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da área adstrita, evitando a ida das crianças aos hospitais. Faz-se necessário o envolvimento bem articulado dos profissionais de saúde da unidade com a secretaria municipal em busca de resolutividade aos problemas de saúde das crianças da área adstrita. Além disso, estimular a equipe de profissionais a manter a comunicação com os pais e responsáveis sobre o funcionamento da UBS. Informar claramente quais são as ações desenvolvidas, em que horário e quais profissionais são responsáveis por determinado atendimento, diminuindo o tempo de espera. Isso aumenta a transparência das ações da UBS e o acesso à informação e utilização do serviço, para que todos

acompanhem o que está sendo realizado e tenham facilidade em utilizar os serviços oferecidos. Manter a padronização dos registros nos prontuários como a finalidade de deixar as informações dos usuários disponíveis a todos os profissionais. Estimular os profissionais de saúde e equipes para que sejam cada vez mais responsáveis por organizar o encaminhamento aos outros serviços de saúde, visando garantir que as crianças tenham acesso ao cuidado de que necessitam. Para concluir, estimular a comunidade na formação de conselhos locais de saúde para que as equipes possam atuar junto à população no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, atendendo às necessidades observadas na área adstrita.

O próximo passo, após a implantação do programa de puericultura, será o desenvolvimento das ações para implantação do programa sobre a saúde do idoso, o qual já está caminhando para os moldes indicados pelo curso e protocolos do Ministério da Saúde. Já estou conversando com a enfermeira como poderia realizar a sua implantação, pelo que, acreditamos ser possível obtermos grandes melhorias no acompanhamento dos idosos, ampliando ainda mais os nossos atendimentos já que apresentamos cuidados programáticos neste momento tanto na saúde da mulher com das crianças.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O curso de suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço. Portanto, este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Implementação do programa de atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses” de autoria do médico Marcus Vinicius Hettwer, funcionário da Unidade Saúde da Família (USF) Rural no município de Santo Antônio das Missões/RS.

Após a análise situacional, ficou identificado que as crianças do município não possuíam um acompanhamento programático como o que tange o protocolo do Ministério da Saúde sendo essas atendidas exclusivamente em relação à imunização, teste do pezinho e queixas agudas levando a baixa adesão da comunidade a este tipo de estratégia se tornando assim um dos problemas enfrentados na cidade. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Com a implantação do programa foi possível atender estas crianças por meio do envolvimento de toda a equipe, onde a enfermeira e médico da equipe da

ESF acompanharam detalhadamente o processo de desenvolvimento e crescimento infantil em vários aspectos, desenvolvimento cognitivo, motor, corporal, intelectual e mental. Durante os três meses de intervenção trabalhamos com os pais e responsáveis sobre o processo do acompanhamento e desenvolvimento infantil.

A meta pretendida a ser alcançada com a implantação do projeto era que ao final dessas 12 semanas de intervenção, 100% das crianças moradoras da área de abrangência da unidade de saúde estivessem cadastradas e sendo acompanhadas na unidade. Tal meta infelizmente não foi alcançada, mas tendo em conta as adversidades encontradas durante o período de intervenção podemos dizer que foi um marco muito importante para toda a equipe já que chegamos a uma cobertura de 72,3% com cadastramento e atendimento de 94 crianças conforme apresenta a **Figura 1**.

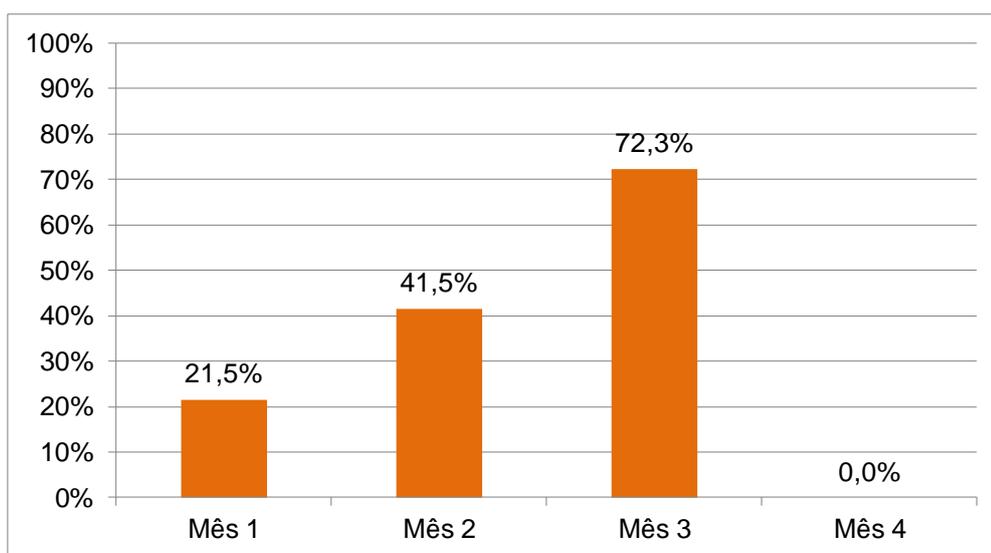


Figura 1 - Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde Rural, Santo Antônio das Missões/RS, 2015.

As crianças acompanhadas pelo projeto estão sendo avaliadas, utilizando como base, os manuais do Ministério da Saúde. Tal planejamento e intervenção permitiram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, parcerias com a EMATER e NAAB a qual nos ajudou com o grupo de gestantes, além de um maior envolvimento e satisfação da população com a UBS, através dos atendimentos e de orientações diversificadas a esse público.

As orientações repassadas ajudaram muito a melhorar a atenção das mães em relação ao crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Informações relacionadas aos cuidados com recém-nascido ajudaram a reduzir muitas dúvidas, desde a limpeza do couro umbilical até a importância de fazer o teste do pezinho e vacinar as crianças. Durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, realização do grupo de gestantes e orientações fornecidas na própria unidade sobre alimentação fez com que as mães compreendessem melhor a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e como introduzir os alimentos, a partir dessa idade, para oferecer uma alimentação saudável aos seus filhos. Cuidados com a higiene das crianças foram reforçados e outras orientações foram realizadas, tais como: o acompanhamento das medidas antropométricas, as necessidades de interagirem com outras crianças, como prevenir as principais doenças da infância e como evitar acidentes.

Um aspecto que gerou certa dificuldade para um melhor desenvolvimento do projeto por parte da equipe foi o fato de não termos uma infraestrutura adequada e um local próprio para podermos melhorar nosso acolhimento e gerar um cara para a nossa unidade, para que as pessoas que usufruem dos nossos serviços se habituem mais com a sistemática e forma de trabalho da unidade. Além de que pelo fato de estarmos locado junto à secretaria de saúde por mais que divulguemos quem são os membros da equipe muitas pessoas não sabem realmente quem são os elementos formadores desta. Algo que também afetou uma maior adesão é a logística da comunidade já que por se tratar de usuários restritos ao interior do município acabam muitas vezes não recorrendo à unidade devido à distância para a cidade, pelo que acredito que se tivéssemos uma unidade móvel equipada isso diminuiria consideravelmente, pois poderíamos estar mais próximos gerando um maior cuidado a população local.

Outros dois aspectos do projeto que não obtiveram êxito foi com relação à triagem auditiva já que a referência do município para realização de tal exame é em Santo Ângelo e mesmo sendo disponibilizado transporte os pais ou responsáveis desistem devido ao tempo que perdem no local para realização da ação já que saem de madrugada e retornam somente no final da tarde, pelo que para esta estratégia a recomendação proposta é que seja realizado algum convênio por parte do município com algum especialista mais próximo e assim melhorando essa intervenção tão importante para um melhor desenvolvimento e

crescimento infantil. Já o seguimento odontológico foi muito difícil para conseguir implantar, primeiro pelo fato de não termos dentista próprio da unidade e outro devido ao especialista que está locado na secretaria de saúde do município ser responsável tanto pelos usuários do interior como do centro da cidade o que gera uma demanda reprimida além de trabalhar em horário reduzido de vinte horas semanais. Conjuntamente a este fator responsável para a efetivação dessa sincronização foi à impossibilidade de marcar consultas odontológicas na unidade devida que o técnico de enfermagem responsável por realizar o agendamento destas não queria realizá-las uma vez que o setor de odontologia atende apenas por demanda. Creio que um ajuste nessa forma de atendimento facilitaria muito a sincronização de atendimento, pois o controle das consultas não estaria apenas nas mãos dos profissionais odontólogos, facilitando com isso o fluxo de usuários. Mesmo diante das necessidades, lutamos e continuamos a lutar para que cada criança tenha sua primeira consulta com um dentista.

Foi gratificante para a equipe do ESF e NAAB perceber a participação das gestantes e ver a mobilização da comunidade para participar das palestras onde foram discutidos vários tópicos importantes tanto para o cuidado durante o pré-natal como para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Mais do que simples palestras, o que ocorreu nesses encontros com as gestantes foi uma troca de saberes, onde todos ganharam.

Os resultados da intervenção sugerem a possibilidade de que o programa de puericultura, dentro de um contexto de atenção primária à saúde, tenha proporcionado, na população estudada, impacto positivo. Com estes resultados evidenciamos melhoria na qualidade de atenção a saúde da criança. É muito importante a continuação do programa de puericultura na USF Rural, e sugiro a implantação desse programa nas demais UBS do Município de Santo Antônio das Missões.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No início do mês de abril de 2015, demos início a implantação de ações em nossa unidade com o intuito de realizar uma melhoria da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses já que de certa forma este atendimento não era realizado antes no município de maneira programática. Para tal, foi adotado o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Antes do início das ações poucas crianças eram acompanhadas regularmente na unidade de saúde. Hoje, das 130 crianças que vivem na área de cobertura da nossa UBS, 94 crianças são atendidas pela equipe de saúde e todas elas conforme as recomendações do Ministério da Saúde. As orientações repassadas ajudaram muito a melhorar a atenção das mães em relação ao crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Informações relacionadas aos cuidados com recém-nascido ajudaram a reduzir muitas dúvidas, desde a limpeza do umbiguinho do bebê até a importância de fazer o teste do pezinho e vacinar as crianças. As informações dadas pela equipe sobre alimentação fizeram com que as mães compreendessem melhor a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e como introduzir os alimentos, a partir dessa idade, para oferecer uma alimentação saudável aos seus filhos. Cuidados com a higiene das crianças foram reforçados e outras orientações foram realizadas, tais como: o acompanhamento da curva de peso e crescimento, as necessidades de interagirem com outras crianças, como prevenir as principais doenças da infância e como evitar acidentes.

Para melhorar o atendimento de Puericultura, a equipe de Saúde da UBS realizou uma série de reuniões com o objetivo de aprimorar seu conhecimento em relação à saúde da criança e para elaborar a melhor estratégia para atender o maior número possível de mães e crianças. A participação da comunidade foi fundamental para fortalecer os resultados das ações em puericultura na unidade. Quando a população se envolve nas atividades acontece à melhoria da qualidade de vida para todos nós. Os resultados alcançados na atenção a saúde das crianças de zero a 72 meses, mostram que é possível um atendimento de qualidade do Sistema Único de Saúde – SUS quando há uma boa interação entre

a equipe da UBS e a comunidade. Esse elo proporciona o fortalecimento dos princípios da Atenção Básica de Saúde.

Nas consultas, as crianças recebidas na unidade eram, primeiramente, avaliadas quanto ao crescimento. Tais medidas eram registradas em gráficos, presentes na carteirinha das crianças, para depois acompanhar o seu crescimento e poder identificar com maior facilidade possíveis anormalidades. Ainda no recebimento da criança, a carteirinha de vacinação era analisada e, caso tivesse algum atraso no calendário vacinal, a criança era encaminhada para a sala de vacinas para atualização da caderneta.

As consultas também serviram para orientar as mães a respeito do programa e sobre os seus objetivos. Nessas explicávamos a respeito da periodicidade e da importância de as consultas serem realizadas segundo o cronograma proposto pelo Ministério da Saúde. Somente assim, caso fosse detectada alguma anormalidade no desenvolvimento da criança, o tratamento seria plenamente eficaz. Além disso, as crianças também eram avaliadas quanto ao seu desenvolvimento por meio de tabelas, era possível avaliar com que idade a criança deveria apresentar determinado desenvolvimento. Assim, era possível diagnosticar atrasos ainda no início.

Com o projeto, iniciamos na unidade o esquema de marcação de consulta programada e a busca ativa às crianças faltosas. Contudo, isso quase não foi necessário, graças ao grande engajamento dos atendidos ao projeto. Além disso, procuramos implantar algumas formas de registro mais aprimoradas a essas consultas, como prontuário individualizado, que funcionará até que o prontuário eletrônico não esteja completamente instalado na unidade e as fichas espelhos em que os principais pontos das consultas são registrados.

Cabe ressaltar que também está sendo realizado o grupo de gestantes na unidade o que vem a fortalecer as estratégias tanto com relação à saúde da gestante na realização do pré-natal como com relação à saúde da criança já que neste momento já apresentamos estas duas intervenções. Contudo a equipe pretende ampliar as estratégias por meio de palestras para reforçar a aliança com a comunidade desenvolvendo ainda mais o engajamento público.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ser selecionado neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, posso dizer que estava um pouco apreensivo, pois até o presente momento não havia trabalhado com ESF e ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional. As aulas iniciaram, conheci o ambiente virtual de aprendizagem, minha orientadora e comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprendendo conteúdos que propiciaram o desenvolvimento do meu trabalho na unidade.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe da USF que trabalho trazendo para os fóruns algumas considerações e dúvidas dos membros das equipes e pude divulgar o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores. Durante o decorrer do curso tive muitos problemas com a internet que impediram uma maior participação, algo que me deixou muito chateado, pois toda a possibilidade que tive de interagir no fórum pude obter informações e levar para o meu trabalho na unidade me auxiliando muito no desenvolvimento de algumas estratégias.

Posso dizer que este curso para mim se tornou até uma espécie de vitória, pois passei por alguns problemas pessoais que por várias vezes interferiram no processo de elaboração do projeto e participação nas atividades, fazendo com que, várias vezes, pensasse em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação que partiam da minha família, consegui permanecer no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na USF Rural não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

Refletindo sobre a intervenção de puericultura, realizada na UBS, foi um processo de aprendizagem contínuo, como médico tinha uma visão do dia a dia do trabalho da ESF, mas esta foi a primeira vez que atuei, com a implementação da intervenção de puericultura.

Este processo de aprendizagem aconteceu com a equipe e a comunidade. A infância é a principal fase de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, ocorrendo diferentes transformações e durante ela são demandados atenção e cuidados especiais para com as crianças. Para que esta fase seja vivenciada de maneira saudável é, necessário que sejam garantidas boas condições de vida e de saúde, a fim de propiciar o desenvolvimento e o crescimento ideal para as crianças atendidas, tendo sido desta maneira gratificante a troca dos saberes.

As expectativas iniciais foram muitas: como seria recepcionado nesta UBS pela equipe e pela comunidade. No primeiro dia em que fui apresentar o trabalho para a equipe, fiquei ansioso, pois seria o meu primeiro trabalho com ESF além de não conhecer a equipe. Algo que me recordo até hoje quando realizei nossa primeira reunião tratando sobre o direito dos cidadãos e pude observar o conhecimento de cada um sobre o assunto tratado onde surgiram muitos questionamentos. Apesar de toda inquietação fui bem recebido e tive apoio de todos.

A especialização saúde da família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL foi sem dúvida essencial para ampliar meus conhecimentos, relacionados à atuação multiprofissional da ESF. O curso é bem dinâmico e as temáticas são trabalhadas dentro da realidade local proporcionando resultados mais positivos. Gerando assim, oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe quanto à adesão ao projeto, além da valorização profissional.

Com o andamento do curso, nossos problemas diários foram acrescidos de grandes desafios diante dos novos questionamentos que iam surgindo a cada leitura realizada, experiências compartilhadas com os demais colegas, ou por meio de feedbacks questionadores e intrigantes enviados por meu orientador, tornando indispensável uma reflexão sobre nosso processo de atuação, para continuidade da intervenção bem como a adoção de nova postura em busca de conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos e rotineiramente já praticados.

Trabalhar com as situações reais é sem dúvida, desafiador porque na maioria das vezes deparamos com situações atípicas as necessidades. Prosseguir com atividades de intervenções, ao mesmo tempo faz com que despertemos para novos saberes, desenvolvendo em nós a capacidade de reflexão em busca de resolutividade, exigindo maior interação e articulação das relações interpessoais e profissionais. Atuar dentro da realidade da UBS teve muitos pontos de aprendizagem relevantes como: deixar o que se programou, realizar outra programação de última hora, ser criativo para não deixar de cumprir as ações, estar preparado para atender em unidades satélites e igrejas, entender as dificuldades de acesso da população da área adstrita.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que a demanda espontânea é à entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas na USF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários. Diante das experiências vivenciadas durante esses meses de intervenção, foi possível conciliar saberes teóricos com atividades realizadas na prática, conquistando novos conhecimentos.

Referências

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP)**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431770>. Acesso em: 07 ago. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 07 ago. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 07 ago. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 33).

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – SMS**. A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde – CGVS. Grupo Hospitalar Conceição - GHC / Serviço de Saúde Comunitária – SSC. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul – SPRS. Novembro de 2004.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – SMS**. PRÁ-SABER: INFORMAÇÕES DE INTERESE À SAÚDE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Informação. - Porto Alegre, RS, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária.** Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

Apêndices

Apêndice A – Folder sobre puericultura



PUERICULTURA

**CONSIGA O PLENO SORRISO
DO SEU BEBÊ!**

O que é PUERICULTURA?
É um programa de acompanhamento e desenvolvimento infantil

Quem pode Participar?
Crianças de 0 a 6 anos de vida

Como participar ?
O cadastro deve ser feito na Unidade de Estratégia de Saúde da família Rural (ESF 3) - Município de Santo Antônio das Missões - RS



Participe

Apoio: Unidade de Estratégia de Saúde da Família Rural (ESF 3) - Município de Santo Antônio das Missões - RS

Apêndice B – Cartão de agendamento da criança

<p>Nome da Criança _____</p> <p>Nome da Mãe: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Fone: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>PUERICULTURA</p> <p>ESF 3</p> </div> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">DADE</th> <th style="width: 15%;">ATA</th> <th style="width: 20%;">AGENDAMENTO</th> <th style="width: 50%;">PROFISSIONAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 DV</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 Mês</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Anos</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Anos</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Anos</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 Anos</td> <td style="text-align: center;">/ _ -</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DADE	ATA	AGENDAMENTO	PROFISSIONAL	15 DV	/ _ -			1 Mês	/ _ -			2 Mês	/ _ -			4 Mês	/ _ -			6 Mês	/ _ -			9 Mês	/ _ -			12 Mês	/ _ -			15 Mês	/ _ -			18 Mês	/ _ -			24 Mês	/ _ -			3 Anos	/ _ -			4 Anos	/ _ -			5 Anos	/ _ -			6 Anos	/ _ -		
DADE	ATA	AGENDAMENTO	PROFISSIONAL																																																										
15 DV	/ _ -																																																												
1 Mês	/ _ -																																																												
2 Mês	/ _ -																																																												
4 Mês	/ _ -																																																												
6 Mês	/ _ -																																																												
9 Mês	/ _ -																																																												
12 Mês	/ _ -																																																												
15 Mês	/ _ -																																																												
18 Mês	/ _ -																																																												
24 Mês	/ _ -																																																												
3 Anos	/ _ -																																																												
4 Anos	/ _ -																																																												
5 Anos	/ _ -																																																												
6 Anos	/ _ -																																																												

Apêndice C – Imagens das ações



Imagem 1: ACS, equipe do NAAB mais mães do grupo de gestante.



Imagem 2: Enfermeira do ESF 3 com uma criança participante do projeto.



Imagem 3: Oficina com as gestantes e equipe.



Imagem 4: Trabalhos realizados pelas gestantes.



Imagem 5: Enfermeira do ESF3, equipe do NAAB mais gestantes e criança.



Imagem 6: ACS, enfermeira do ESF 3, equipe do NAAB e gestantes com grupo realizado no interior.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

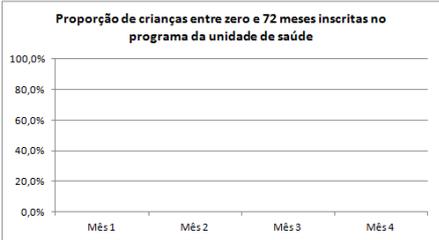
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 4																								
Estado para o qual o relatório é produzido	Número de crianças	Nome da Criança	Mês de entrada	Sexo	A criança tem a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento avaliado no 1º mês?	A criança está com o monitoramento de crescimento avaliado no 2º mês?	A criança está com o monitoramento de crescimento avaliado no 3º mês?	A criança está com o monitoramento de crescimento avaliado no 4º mês?	A criança tem o primeiro peso avaliado no 1º mês?	A criança tem o primeiro comprimento avaliado no 1º mês?	A criança tem o primeiro peso avaliado no 2º mês?	A criança tem o primeiro comprimento avaliado no 2º mês?	A criança tem o primeiro peso avaliado no 3º mês?	A criança tem o primeiro comprimento avaliado no 3º mês?	A criança tem o primeiro peso avaliado no 4º mês?	A criança tem o primeiro comprimento avaliado no 4º mês?	Parceiro(a) da mãe da criança tem acesso à internet?	A criança e o pai da criança tem acesso à internet?	A criança tem 6 meses de idade ou mais e o pai da criança tem acesso à internet?	A criança tem 6 meses de idade ou mais e o pai da criança tem acesso à internet?	A criança tem 6 meses de idade ou mais e o pai da criança tem acesso à internet?	A criança tem 6 meses de idade ou mais e o pai da criança tem acesso à internet?	
		Nome	Sexo	01 - Masculino 02 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

INDICADORES (%)

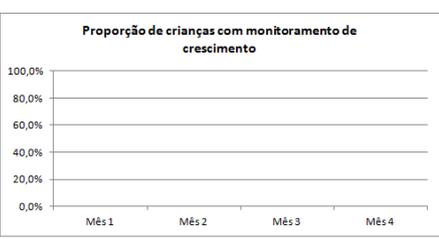
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



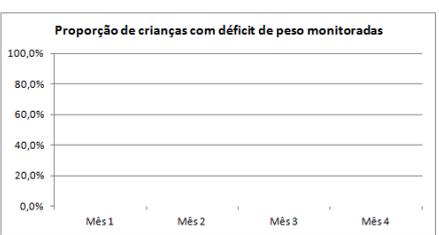
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



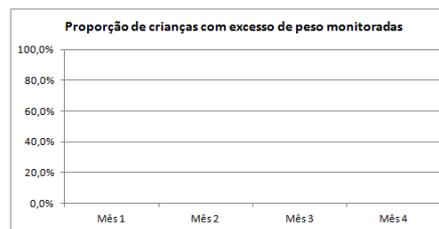
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



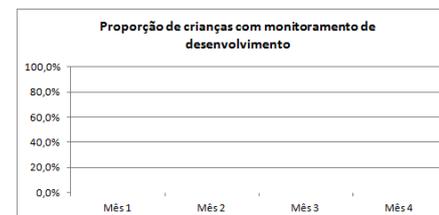
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.	0	0	0	0



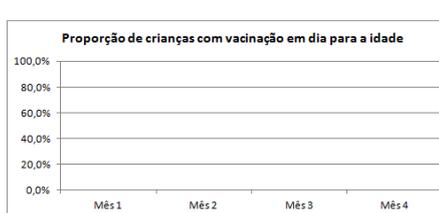
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.	0	0	0	0



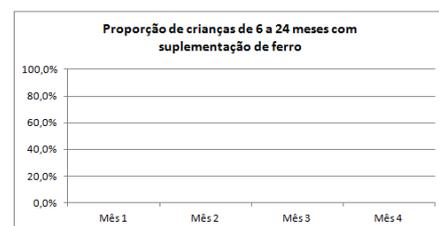
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.5	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



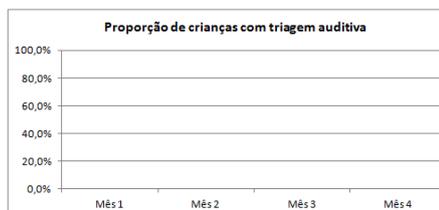
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.6	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças com vacinas em dia para a idade	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



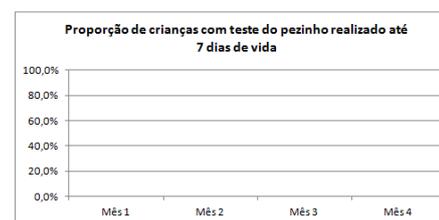
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.7	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças que estão fazendo suplementação de ferro	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0



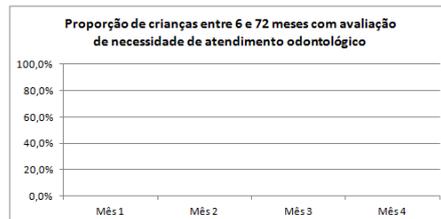
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.8	Proporção de crianças com triagem auditiva	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



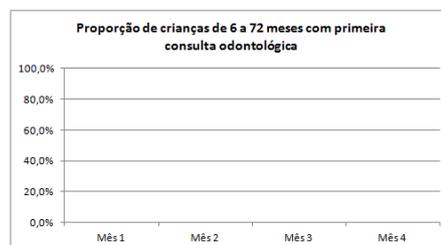
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.9	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



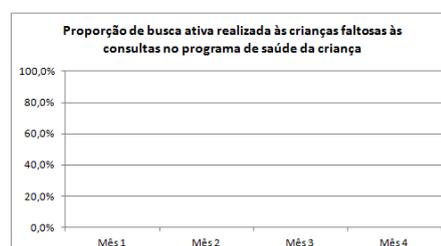
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.10	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças entre 6 e 72 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0



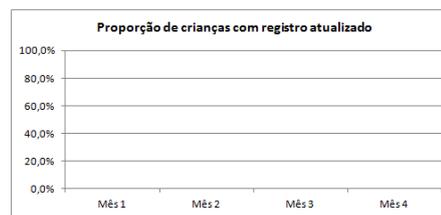
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.11	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.	0	0	0	0



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
3.1	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças faltosas ao programa	0	0	0	0



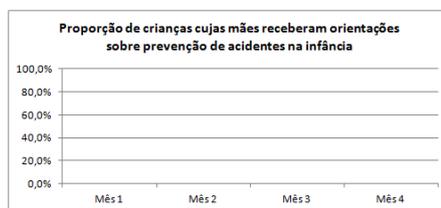
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
4.1	Proporção de crianças com registro atualizado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças com registro adequado na ficha espelho	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



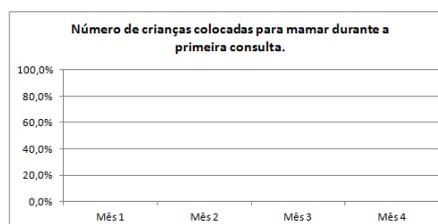
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
5.1	Proporção de crianças com avaliação de risco	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



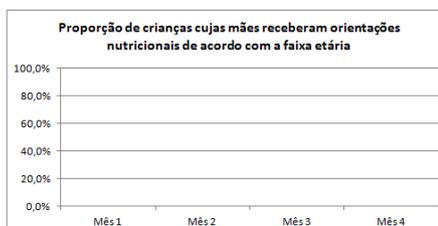
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
6.1	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



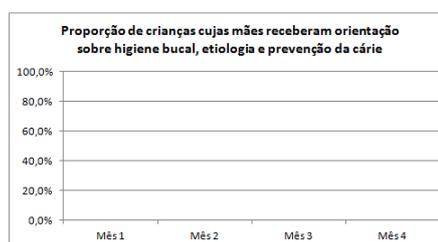
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
6.2	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
6.3	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças com registro de orientação nutricional de acordo com a faixa etária	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
6.4	Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie	0	0	0	0
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0



Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA



Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ Peso ao nascer: _____ g
 Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____
 Data da primeira consulta odontológica: ___/___/___ Profissional que realizou: _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ___/___/___
 Fenilcetonúria () normal () alterado Hipotireoidismo () normal () alterado Anemia falciforme () normal () alterado Observações: _____
 Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ___/___/___ Testes realizados: () PEATE () EOA Resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

Vacinas	CALENDÁRIO VACINAL											
	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____											
2ª dose	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____											
3ª dose	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____											
Reforço	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____											

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Marcus Vinicius Hettwer, Médico inscrito no RMS RS com número 4300391 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Marcus Vinicius Hettwer

Contato: **ESF RURAL**

Telefone: () (55)3367-1419 (Secretaria Municipal de Saúde)

Endereço Eletrônico: saúde.pmsam@bol.com.br

Endereço físico da UBS: Rua Waldemar Balbe, 3595 – Centro. Santo Antônio das Missões/ RS

Endereço de e-mail do orientador: ernande.prado@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

Anexo E - Questionário de Atendimento

FOLHA DE ATENDIMENTO DE MENINOS DE 0 A 12 ANOS				
Nome da Criança	Data nascimento:	Número do Prontuário:		
1 ANTECEDENTES FAMILIARES				
2 GESTAÇÃO E PARTO				
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"/> motivo da cesária: _____			Local do parto: _____	
3 RECÉM-NASCIDO				
Peso ao nascer ____ ____ ____ ____ g	Comprimento ____ ____ ____ cm Perímetro cefálico ____ ____ ____ cm			
Idade Gestacional: _____ (obs: IG < 33 s ou peso < 1.500g – avaliação com oftalmo na 6ª semana de vida)				
Apgar: ____ ____ ____ 5º minuto	Teste do pezinho [A] data da coleta: _____ Resultado (A=alterado ou N=normal) Fenilcetonúria: <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo congênito: <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias (incluindo traço falciforme): <input type="checkbox"/>	Teste da orelhinha [B] (ideal entre 15ª ao 30ª dia de vida, mas pode ser encaminhado para rastreamento até os 2 anos) Resultado: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterado		
Intercorrências neonatais: _____				
4. ESQUEMA ALIMENTAR (LM = leite materno, FI = fórmula infantil, LV= leite de vaca)				
CRIANÇAS AMAMENTADAS				
Período	6-7 meses	8-10 meses	10-12 meses	A partir de 12 meses
Manhã	LM	LM	LM + pão ou biscoito	LM + pão, bolo ou biscoito
Intervalo	Papa de fruta	Papa de fruta	1 fruta	1 fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Papa de fruta + LM	Papa de fruta + LM	1 Fruta ou LM ou pão ou biscoito	Pão ou bolo ou biscoito+ Leite ou leite batido com fruta
Janta	LM	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Ceia	LM	LM	LM	LM
Suplementar com 1-2 mg/Kg/dia de ferro a partir do 6º mês até os 24 meses de vida				
CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS				
4-10 meses	10-12 meses	A partir 12 meses		
180-210ml FI	210ml FI	240ml LV		
Papa de fruta	1 Fruta	1 Fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família		
Papa de fruta	1 Fruta ou biscoito	Pão, bolo ou biscoito + LV ou LV batido com fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição da família	Refeição básica da família		
180-210ml FI	210ml de FI	240ml LV		
1-2mg/Kg/dia de Fe a partir do 4º mês até 24º mês				
5. CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO 0 – 12 anos				situação
RN	BCG dose única Hepatite B – 1ª dose			
1m	Hepatite B – 2ª dose			
2m	Tetravalente (DTP +Hib) – 1ª dose Pólio – 1ª dose Rotavírus – 1ª dose			
4m	Tetravalente (DTP +Hib) – 2ª dose Pólio – 2ª dose Rotavírus – 2ª dose			
6m	Tetravalente (DTP +Hib) – 3ª dose Pólio – 3ª dose Hepatite B – 3ª dose			
9m	Febre amarela* – dose inicial			
12m	SRC (tríplice viral)			
15m	Pólio – reforço DTP (tríplice bacteriana) – 1ª ref			
4-6 a	DTP (tríplice bacteriana) – 2ª ref SRC (tríplice viral) reforço			
10 a	Febre amarela* - reforço			
*Crianças que residam ou irão viajar para área endêmica, de transição ou risco potencial				
6. VACINAS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA, EXCETO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS <i>ver situações especiais no Protocolo Saúde 0-12 anos</i> Pneumococo - 2, 4, 6, 12m Meningococo C - 3, 5, 12m Influenza – a partir dos 6m com 2 doses na primeira vacinação e depois uma dose anual				
7. Primeira consulta odontológica (6 meses de idade) data do encaminhamento: ____/____/____ data da consulta: ____/____/____				
8. HOSPITALIZAÇÕES 0-12 ANOS – “De volta pra casa” Data: ____ Motivo: ____ Data: ____ Motivo: ____				

Anexo 3 - GUIA DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE 0-12 ANOS		
PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
1ª Consulta do RN: idade: ____/____/____	<p>Antropometria [D]: Peso ____/____/____g Percentil: _____ Comprimento ____/____cm Percentil: _____ Perímetro cefálico ____/____cm Percentil: _____ IMC: ____/____</p> <p>Exame físico completo [D] Visão: reflexo fotomotor e reflexo vermelho [D]</p> <p>Avaliar e orientar desenvolvimento [D]: Tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Pesquisar reflexos (apoio plantar, sucção, preensão palmar e dos artelhos, Moro, tônico-cervical, cutâneo plantar).</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Pontuar risco [D] (segundo Pra-nenê /SMS): _____</p>	<p>Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo [A]</p> <p>Estimular participação em grupos mãe-bebê que ofereçam suporte emocional e auxiliem no desenvolvimento da parentalidade [A]. Estimular desenvolvimento da parentalidade [D] e a constituição de uma rede de apoio [B]</p> <p>Estimular fortalecimento do vínculo pais-bebê - auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e estimulá-los a prover os cuidados necessários [B]</p> <p>Orientar cuidados com o bebê: manter coto umbilical limpo e seco [A], orientar sobre o choro noturno [A]. Adultos devem lavar as mãos antes de manter contato com o bebê [A]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito para redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B], banho - temperatura 37°C [B] e não deixar criança sozinha, mesmo que com pouca água [C], não dormir com o bebê em sofás ou poltronas [B] e orientar como transportá-lo em automóvel [A].</p>
1º MÊS ____/____/____	<p>Antropometria [D]: Peso ____/____/____g Percentil: _____ Comprimento ____/____cm Percentil: _____ Perímetro cefálico ____/____cm Percentil: _____ IMC: ____/____</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – <i>Barlow e Ortolani</i> [D]</p> <p>Desenvolvimento: percebe melhor um rosto.</p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]</p>
2º MÊS ____/____/____	<p>Antropometria [D]: Peso ____/____/____g Percentil: _____ Comprimento ____/____cm Percentil: _____ Perímetro cefálico ____/____cm Percentil: _____ IMC: ____/____</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – <i>Barlow e Ortolani</i> [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D]</p> <p>Desenvolvimento: sorriso social, fica de bruços e levanta cabeça e ombros, segue objetos com o olhar.</p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
4º MÊS ____/____/____	<p>Antropometria [D]: Peso ____/____/____g Percentil: _____ Comprimento ____/____cm Percentil: _____ Perímetro cefálico ____/____cm Percentil: _____ IMC: ____/____</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], rastreamento de criptorquidia [D].</p> <p>Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D]</p> <p>Desenvolvimento: preensão voluntária das mãos, vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro, noção de profundidade.</p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Se criança não estiver sendo amamentada exclusivamente, suplementar com SF 2-4 mg/Kg/dia</p>

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
6º MÊS _/_/___	<p>Antropometria [D]: Peso [] [] [] [] [] [] g Percentil: _____ Comprimento [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ Perímetro cefálico [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ IMC: [] [] []</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D] Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D] Desenvolvimento: adquire noção de permanência do objeto (mesmo fora do seu campo visual, permanecem existindo), senta sem apoio a partir do 7º mês, engatinha, reage a pessoas estranhas.</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Encaminhar para consulta odontológica</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Suplementar alimentação com SF 2 a 4mg/Kg/dia conforme quadro 1 até os 24 meses de idade.</p>
9º MÊS _/_/___	<p>Antropometria [D]: Peso [] [] [] [] [] [] g Percentil: _____ Comprimento [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ Perímetro cefálico [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ IMC: [] [] []</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D] Desenvolvimento: engatinha ou anda com apoio, fica de pé e sem apoio (10º mês).</p> <p>Solicitar Ht e Hb conforme quadro 1</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
12º MÊS _/_/___	<p>Antropometria [D]: Peso [] [] [] [] [] [] g Percentil: _____ Comprimento [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ Perímetro cefálico [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ IMC: [] [] []</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril <i>abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores</i> [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D] Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D] Desenvolvimento: anda sozinho (1 a e 1 a e meio), tem acuidade visual de um adulto. Balbucia.</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e ir introduzindo o uso de escova dental [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
15 MESES _/_/___	<p>Antropometria [D]: Peso [] [] [] [] [] [] g Percentil: _____ Comprimento [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ Perímetro cefálico [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ IMC: [] [] []</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – <i>observar marcha</i> [D] Desenvolvimento: corre ou sobe degraus baixos. Fala as primeiras palavras (1-2 anos)</p>	<p>Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]</p>
2 ANOS _/_/___	<p>Antropometria [D]: Peso [] [] [] [] [] [] g Percentil: _____ Comprimento [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ Perímetro cefálico [] [] [] [] [] [] cm Percentil: _____ IMC: [] [] []</p> <p>Visão: reflexo vermelho [D]</p> <p>Desenvolvimento: diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus, reconhece-se no espelho, fala as primeiras frases, brinca de "faz de conta", reivindica maior autonomia. Pais devem, aos poucos, ir retirando as fraldas.</p> <p>Exames: solicitar colesterol total conforme risco* [D]</p>	<p>Aconselhar atividade física (30-60min/dia, 3 a 5X/semana) [A]</p> <p>Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Fazer higiene bucal após ingestão de medicação com sacarose [B ou C?]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>

Anexo F: Formulário de visita do RN

1 - Identificação	2 - Visitas Domiciliares
Serviço: _____ DNV _____ Número Substituto (na Falta do nº da DNV) _____ Ficha Família _____ Hospital _____ Data Nascimento ____/____/____ Sexo <input type="checkbox"/> _M_ <input type="checkbox"/> _F_ Nome criança _____ Nome mãe _____ Endereço _____ nº _____ Vila _____ Bairro _____ Área Atuação <input type="checkbox"/> _Dentro_ <input type="checkbox"/> _Fora_	Foram realizadas VD para o chamamento da 1ª Consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data 1ª VD ____/____/____ Data 2ª VD ____/____/____
	3 - Informações sobre a 1ª consulta
	<input type="checkbox"/> SIM houve consulta Onde Ocorreu? <input type="checkbox"/> Serviço Saúde, espontânea Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Serviço Saúde, após VD <input type="checkbox"/> Domicílio, casos especiais <input type="checkbox"/> NÃO houve consulta. Qual foi a razão? <input type="checkbox"/> óbito <input type="checkbox"/> família não fez contato após 2ª VD <input type="checkbox"/> endereço não localizado <input type="checkbox"/> mudança de endereço <input type="checkbox"/> criança hospitalizada <input type="checkbox"/> família busca outro Serviço <input type="checkbox"/> não é do território <input type="checkbox"/> outra situação

4 - Caracterização do Risco (marque com X o campo do risco identificado)

Indicadores	ALTO RISCO			BAIXO RISCO				
	Até 2 m	6 m	12 m	Até 2 m	6 m	12 m		
Peso ao Nascer __ __ __ g	<2500 g	6		> 2500g	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 Mãe __ __ anos	< 15 anos	6	6	6	≥ 18 anos	0	0	0
	16 e 17 anos	3	3	3				
Escolaridade Materna	<1º grau incomp	2	2	2	>1º grau comp	0	0	0
Óbito filho < 5 anos	Sim	4	4	4	Não	0	0	0
Demais filhos morando junto	> 3 filhos	2	2	2	≤ 3 filhos	0	0	0
Pré-Natal	0 a 2 consultas	2			≥ 6 consultas	0		
	3 a 5 consultas	1						
Renda per capita	< 1 salário min.	3	3	3	> 1salário min.	0	0	0
Problemas familiares e Socioeconômicos: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura e outros	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Problemas da Criança: problemas importantes que interferiram 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
Pontos somados	TOTAL				TOTAL	0	0	0

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

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

Técnico responsável pelo preenchimento

Até 2º mês _____

6º mês _____

12º mês _____

5 - Aleitamento Materno

Exclusivo até dias ou meses.

Misto até dias ou meses

Não Amamentou Motivo: _____

8 - Crescimento (Registre mensalmente Peso e Altura)

	Data	Peso	Altura	Altura/ Idade	Peso/ Altura	Peso/ Idade
Ao nascer	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
1º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
2º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
3º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
4º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
5º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
6º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
7º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
8º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
9º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
10º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
11º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
12º mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____

7 - Desfecho

Considerar acompanhada quando a criança tiver no mínimo 4 consultas no 1º semestre e 3 consultas no 2º semestre de vida.

A criança teve o acompanhamento mínimo preconizado?

Sim Não

Se Não, qual foi a razão?

- óbito
 família não fez contato após 2ª VD
 endereço não localizado
 mudança de endereço
 criança hospitalizada
 família busca outro Serviço de Saúde
 número consultas inferior preconizado
 outra situação

Caso tenha ocorrido óbito, informar a data:

__/__/__

Houve VD para buscar a criança faltosa após ter iniciado o acompanhamento?

Sim Não

8 - Observações

Registre aqui problemas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (como doenças transmissíveis, hospitalizações) ou outras situações em relação ao Programa.

Anexo G: Caderneta de Saúde da Criança