



TAMARA MATOS ESPINOSA

**A SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DAS
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ENTRE RIOS DO SUL - RS

2017



TAMARA MATOS ESPINOSA

**A SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DAS
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família
apresentado à Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
como requisito indispensável para a conclusão
do curso.

Orientador: Cynthia Soares

ENTRE RIOS DO SUL - RS

2017

RESUMO

Eu comecei meu trabalho na ESF Alzira de Oliveira Laitart, no município Entre Rios do Sul, no mês de maio do 2017. A princípio havia planejado realizar uma intervenção na população pediátrica desse município, avaliando o estado nutricional e crescimento- desenvolvimento da mesma. Porém após identificar um caso de depressão sem assistência a uma jovem e ter me sensibilizado muito sobre o assunto comecei a mudar o meu projeto de intervenção em direção a Saúde Mental dessa população. Desde a minha chegada no posto percebi que uma das principais procuras dos paciente pela unidade devia-se ao fato de solicitar renovação de receitas médicas, sem a presença dos paciente na consulta, sendo principalmente receitas com medicamentos benzodiazepínicos e psicotrópicos, a maioria das vezes as receitas antigas eram deixadas na recepção do posto e outras pediam para as ACS solicitar para o médico a renovação das mesmas. Isto levava a manutenção de medicação, sem um acompanhamento individual de qualidade para o paciente doente.

Descritores: Atenção Primária, Promoção da saúde, Saúde mental, Saúde da família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA	13
4. VISITA DOMICILIAR	16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Tamara Matos Espinosa, tenho 48 anos, sou médica cubana, com 24 anos de experiência laboral, graduada na Faculdade de Ciências Médicas Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta, na cidade Las Tunas, no ano 1992, a primeira vez que comece a exercer a profissão foi em uma região do interior, onde trabalhe como médico de família em comunidade, depois inicie os estudos para a especialização. No ano 1997 obtive o título de especialista em Medicina Geral Integral e no 2003 de Máster em Assessoramento Genético, isto permitiu além de atendimento a pacientes na comunidade, oferecer consultas de aconselhamento na prevenção preconcepcional de doenças genéticas, classificação do risco genético em grávidas, pesquisa ativa destas doenças em recém nascidos e aconselhamento a famílias afetadas sobre risco em descendência futura. Participe na docência como professora assistente durante vários anos na formação de especialistas em Medicina Geral Integral.

No ano 2015 ofereci meu disposição de trabalhar no Brasil como médico intercambista do programa Mais Médicos, desde Abril do 2016 me encontro no município Entre Rios Do Sul, Rio Grande Del Sul ,onde atualmente laboro junto a uma equipe na ESF Alzira De Oliveira Laitart, composta por 8 agentes comunitárias de saúde(ACS),uma técnica em enfermagem, uma licenciada em enfermagem, um odontologo,uma auxiliar de saúde bucal, uma nutricionista e eu como medico geral.

Nossa ESF em funcionamento desde 1999 abriga uma população de aproximadamente 3080 habitantes, situados a maior parte na área urbana, grande parte de ellos tem descendência Italiana, Alemã e Polaca, com uma pirâmide populacional envelhecida, uma economia baseada na agricultura (cultivo de milho, soja, trigo) com índice de desemprego de 6,92%. Quanto à escolaridade temos uma creche para as crianças de 2 a 3 anos, onde também funciona a escola de educação infantil de 4 a 5 anos, de ensino fundamental I e II temos 2 escolas no interior e 2 na cidade, no mesmo local desta ultima também a ensino meio estadual. Esta cidade é referencia regional na produção de energia elétrica da Usina Hidrelétrica do Rio Passo Fundo. As principais doenças que mais motivam as consultas nossa UBS são as crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HTA) e Diabetes Mellitus (DM), muito relacionadas com os estilos de vida e cultura alimentar da população. Outras doenças frequentes são as respiratórias, devido mudanças frequentes do clima na região. Meu projeto Melhoria na atenção da saúde na criança

entre zero e cinco anos na Estratégia de Saúde da Família Alzira Oliveira Laitart. Entre Rios do Sul, baseia-se em que temos uma população de 90 menores de 5 anos (2,92%) e desses 15 menores de 12 meses. Em acompanhamento regular encontram-se 10 crianças da faixa etária menor que 1 ano (66,6 % dos menores de 1 ano). Para as demais faixas etárias não há registros da situação de saúde encontrada. A qualidade do atendimento a cada consulta está focada na detecção de alterações no crescimento, desenvolvimento, orientação da alimentação adequada, atraso vacinal e preocupação em avaliar recém-nascidos até seu sétimo dia de vida, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal. Todavia, embora essas ações atinjam 100% das crianças que estão em puericultura, as que realmente encontram-se fragilizadas e vulneráveis não mantêm esse acompanhamento, constituindo o alvo da intervenção nesse projeto. Avaliações de saúde bucal e grupos de ação a promoção da saúde infantil não são realizados de forma rotineira nessa unidade de saúde e estão entre as modificações previstas.

Devido ao exposto, a intervenção em Saúde da Criança na ESF Alzira Oliveira Laitart é necessária para aumentar a taxa de puericultura e alcançar principalmente as crianças carentes de cuidado, tornando igualitária a situação de saúde desses menores no território adscrito.

2. ESTUDO CLÍNICO

Na segunda semana do mês de Janeiro começamos nossas visitas na comunidade pela Casa de Abrigo da cidade. Conforme combinado em reunião de equipe da ESF, eu e a técnica em enfermagem levamos os recursos necessários para tomar as medidas antropométricas das crianças e logo oferecer consultas. Fomos bem acolhidos por parte das cuidadoras e das crianças, percebendo que se tratava de um ambiente de amor e de família, com uma decoração muito agradável. Todavia, uma dessas crianças apresentava-se demasiadamente triste, sozinha, isolada e sentada na sala de televisão, despertando nossa atenção ao estado emocional que se encontrava.

Começamos por buscar um local com espaço para fazer as coisas da melhor maneira possível, em pouco tempo e com ajuda de todos começamos o trabalho. Como haviam adolescentes nesse ambiente decidimos ir além do inicialmente proposto que seria a avaliação das crianças de zero a cinco anos de idade e realizamos a avaliação de todas que estavam presente naquele momento.

Optamos por iniciar com as adolescentes e após a técnica de enfermagem fazer a toma de peso e comprimento, realizamos um exame físico completo, perguntando sobre a presença de alguns sintomas e se tinham alguma doença e em caso de dúvidas nos dirigíamos às cuidadoras. O local com privacidade permitiu-nos perguntar acerca de se haviam iniciado a atividade sexual e se estavam utilizando métodos de proteção para evitar doenças transmissíveis por esta via, além do uso ou não de métodos anticoncepcionais. Apenas uma dessas adolescentes referiu haver começado a atividade sexual sem proteção, se tratava dessa menina isolada que vimos quando chegamos ao local. Seu estado emocional, demonstrado pela profunda tristeza e pelo medo que apresentava em se relacionar com as pessoas nos deixou em estado de alerta, e nesse momento optamos por nos aprofundar nesse caso como equipe, transformando essa situação no meu novo Projeto de Ação, porém me comprometendo em manter a avaliação das crianças menores de 5 anos a fim de proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudável.

Nos demais casos avaliados nesse dia, alguns foram necessários a solicitação de exames complementares, outros encaminhamos para avaliação com odontologista e nutrição, porém o principal avanço nessa data foi a aceitação dessa paciente em ir a consulta na unidade de saúde, a qual será nosso caso clínico.

Dados de identificação

Nome: BFDO Idade: 13 anos Sexo: Feminino Escolaridade: Estudante de 6ª série de ensino fundamental Naturalidade: São Valentim/RS Residência atual: Entre Rios do Sul/RS

Motivo de consulta: Escolha do método anticoncepcional

Primeira consulta médica (12/01/2017) : BFDO compareceu a consultante em companhia da assistente social e uma cuidadora da casa do abrigo da cidade, com rosto triste, cabeça baixa, mostrando-se pouco comunicativa, por este motivo solicitei ficar sozinha com a paciente na consulta. Conforme preconizado pelo Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB No. 34, 2013) não deve ser menosprezada a importância de conversar diretamente com a criança, por menor que ela seja, pois ela sempre tem o que dizer. A criança deve ser compreendida em sua situação de sujeito que pode falar de si e de seu sofrimento.

Primeiramente parecia evasiva, respondendo com meias palavras as perguntas que fazíamos para ela, depois de alguns minutos expressou que se sente muito triste, desanimada e com vontade de chorar, que na realidade não precisa de uso de anticoncepcional, que tudo começou no ano passado, quando foi estuprada por um tio, irmão de sua mãe.

Desde então disse, que sua vida se tornou muito difícil, vazia, se sentindo sozinha e sem apoio da família, chora e repete várias vezes que ela não entende o porque após ter contado sobre o abuso a sua mãe a mesma não tenha acreditado nela e não a tenha ajudado, já havia pensando várias vezes em “abreviar” esse sofrimento porém decidiu contar tudo para sua irmã mais velha, indo morar com ela em outra cidade. Entretanto essa mudança não deu certo pois a irmã em poucos meses se divorciou do marido e não tinha possibilidades econômicas de mantê-las, sendo necessário retornar a morar na casa da mãe. Após isso, parou de frequentar as aulas, havia brigas frequentes com e entre os pais e depois de uma denúncia de uma vizinha que conhecia tudo o Conselho Tutelar decidiu iniciar um processo que terminou em trazê-la para a casa de abrigo nesta cidade. Referia que na realidade ela não tem atividade sexual no momento e que não quer saber de homem.

Segundo Pereda o abuso sexual de crianças é um problema de saúde pública

grave, que deixa a vítima fisicamente e psicologicamente afetados, com um alto grau de estresse e desconforto. Logo nós perguntamos se ela gostava de algumas das cuidadoras que trouxeram ela para consultar, e se achava que poderia contar com a ajuda de alguma no momento em que precisara. Ela respondeu que gostava da assistente social, que foi sempre essa quem a ajudou, então combinamos que poderia passar na consulta.

História pessoal

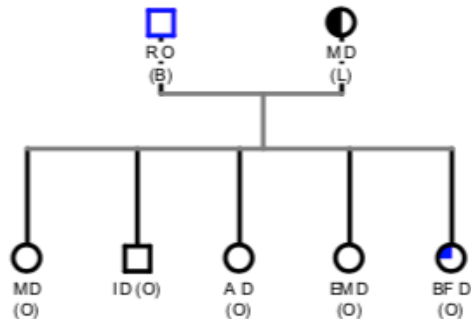
Com ajuda da assistente social conhecemos que é a filha mais nova de uma prole de cinco filhos, morava com os pais, numa família disfuncional, e que davam pouca atenção para ela. Nossa paciente disse que nasceu por cesárea, com menarca aos 11 anos, não conhece outros dados de seus primeiros anos de infância.

Antecedentes patológicos pessoais Doenças na infância - Caxumba Abusada sexualmente aos 12 anos Antecedente de cirurgia - não refere No passado ano foi acompanhada em consulta de nutrição por obesidade A assistente social disse que ela fica muito isolada, fala pouco, às vezes não dorme bem, com pouco relacionamento com as outras adolescentes da casa, se alimenta bem.

Antecedentes familiares (genograma)

Pai alcoólico,

Mãe retardo mental?



Legenda:

ROB.pai ,alcoólico.

MDL,mãe, retardo mental ?

MDO,irmã maior,faxineira.

IDO,irmão,desempregado

ADO,irmã,desempregada

EMDO irmã ,estudante

BFDO,caso clínico,depressão,abusada sexualmente ,estudante

Ao exame físico: Facie depressiva. Mucosas de cor normal e úmida Pele de cor normal. Ausculta pulmonar normal FR-32. Ausculta cardíaca normal FC- 92 Abdômen; plano, sem dor na palpação superficial ou profunda, sem reação peritoneal TCS; não apresenta edema, sem mixedema. SNC; consciente, orientada, sem sinais de alterações neurológicas.

Medidas antropométricas: Peso- 52 kg Altura – 152,0 cm IMC- 22,5 kg /m²

Hipótese diagnóstica: Episódio depressivo moderado-CID10 F321

Plano

Antidepressivo-Fluoxetina gotas 20 mg /ml, dar 10 gotas de manhã Encaminhamento de urgência com Psiquiatra. Encaminhamento com Psicologia Agendo retorno numa semana

Segunda consulta (19/01/2017): Paciente apresenta-se em companhia da assistente social, referindo que está tomando o medicamento todos os dias e ainda não foi avaliada pelo Psiquiatra pois a prefeitura ainda não conseguiu fazer o convênio novamente com este especialista. Ontem foi avaliada pela Psicóloga que nos enviou uma contra-referência, expressando sua preocupação devido a presença de ideias suicidas na paciente. Os estudos de Santos ressaltam que a depressão apresenta-se como fator preditivo para o suicídio. Além disso Borges verifica que a partir de uma depressão leve o indivíduo possui a probabilidade de 1/12 de desenvolver ideação suicida.

Calderaro e Carvalho acrescentam que a depressão na criança interfere nas atividades fundamentais de sua vida e nas fases de seu desenvolvimento. Por tanto, é importante o diagnóstico precoce, além da efetivação de medidas de promoção de saúde mental que são fundamentais, uma vez que a criança depressiva se envolve em situações que oferecem perigo a sua integralidade física, colocando-se em risco.

Tendo em conta a evolução do quadro depressivo na paciente, decido aumentar a dose de Fluoxetina cp 20 mg, tomar 1 cp de manhã e ligo no momento para a secretaria de saúde, que finalmente decide fazer uma gestão com a secretaria de São Valentim por o endereço da paciente, logrando-se agendar consulta pra o Psiquiatra no próximo dia de manhã.

O dia 23/01/2017: Comparece em consulta a assistente social que refere que a menina foi avaliada por o Psiquiatra, que deixou o tratamento com Fluoxetina na mesma dose, solicitou voltar à consulta em 15 dias na companhia da Psicóloga da casa do abrigo, que agora está na escola e que está melhorando sua tristeza. Agendo consulta em 7 dias, sugiro organizar e começar a prática de atividade física da paciente junto as outras adolescentes da casa de abrigo.

Segundo Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB No. 34 2013) "O manejo adequado dos problemas de saúde mental em crianças adolescentes necessita em boa parte dos casos, de uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação. O uso da medicação deve ser criterioso e nunca deve ser feito de forma isolada com relação às demais modalidades do cuidado.

Terceira consulta 30/01/2017: Paciente apresenta-se com melhor estado geral, refere que está bem, dorme e come sem dificuldades, no momento os estudos estão bem, e que agora começou a praticar atividade física com as outras adolescentes da casa do abrigo.

Plano

- Continuar com Fluoxetina.
- Visita na escola da adolescente o próximo mês em conjunto com a Técnica em Enfermagem e Psicóloga
- Continuar em acompanhamento com Psiquiatra e Psicologia
- Acompanhamento mensal em consulta de saúde mental e logo de acordo evolução clínica.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA

Eu comecei meu trabalho na ESF Alzira de Oliveira Laitart, no município Entre Rios do Sul, no mês de maio do 2017. A princípio havia planejado realizar uma intervenção na população pediátrica desse município, avaliando o estado nutricional e crescimento- desenvolvimento da mesma. Porém após identificar um caso de depressão sem assistência a uma jovem e ter me sensibilizado muito sobre o assunto comecei a mudar o meu projeto de intervenção em direção a Saúde Mental dessa população.

Desde a minha chegada no posto percebi que uma das principais procuras dos paciente pela unidade devia-se ao fato de solicitar renovação de receitas médicas, sem a presença dos paciente na consulta , sendo principalmente receitas com medicamentos benzodiazepínicos e psicotrópicos, a maioria das vezes as receitas antigas eram deixadas na recepção do posto e outras pediam para as ACS solicitar para o médico a renovação das mesmas. Isto levava a manutenção de medicação, sem um acompanhamento individual de qualidade para o paciente doente.

Frente a esta problemática e tentando evitar tal prática nociva na saúde, comecei a abordar o tema nas reuniões de equipe semanal, ainda conhecendo a complexidade do mesmo, pois alguns efeitos desses medicamentos são a dependência, que torna extremamente difícil o manejo dos usuários que vêm utilizando os mesmos por um longo período de tempo.

O atendimento a pessoas com transtornos mentais e uma ação primordial da equipe de saúde ,devido ao tempo prolongado que essa pessoa passa nas instituições de saúde(HIRDES,2009)

Percebi uma resistência da própria equipe, que achavam nesta prática, uma forma de atender a demanda sempre crescente da população, e sua abolição provocaria um aumento do número de consultas desnecessárias, além de que precisaria começar por parte de toda a equipe, um trabalho de educação em saúde na população por longo prazo, para finalmente lograr a conscientização dos usuários.

Ainda assim, insisti na necessidade de organizar o trabalho, para um melhor funcionamento da ESF que permitirá brindar uma atenção de saúde humanizada e de qualidade, expliquei que esta medida não deveria ser imposta, que primeiro era necessário começar o diálogo com a população e para isso seria muito importante

trabalhar em equipe e falar o mesmo linguajar frente aos pacientes. Sugeri que as ACS começassem a explicar como seria abordado o tema da renovação das receitas a partir de agora durante as visitas nas famílias, orientando que o paciente deveria comparecer na consulta para receber uma avaliação médica e logo o seguimento seria de acordo com o critério médico, tendo em consulta o estado de saúde em particular de cada paciente.

Então nós recebemos por parte das ACS a lista dos pacientes com doença mental, e começamos agendar consulta nas mesmas reuniões de equipes, para as quartas de tarde e solicitamos que trouxessem os medicamentos em uso por eles, isto foi muito interessante, pois às vezes encontramos pacientes com prontuários sem diagnóstico da doença ,só no CID10- Emissão de prescrição a repetição, sem avaliação em consulta, já que num momento da vida foram atendidos por um psiquiatra, com emissão de receitas que logo eles recebiam pelo SUS.

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB No 34,2013). Os psicofármacos são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde Mental,entretanto o seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta .É o momento em que o usuário compreende e se responsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar troca de receita,mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz.

A educação dos usuários não foi tarefa fácil, mais com ajuda de toda a equipe, mediante o contato com as famílias, aproveitando as palestras nos grupos e nas consultas individuais, logramos que cada vez fosse maior o número de pacientes em consultas agendadas para acompanhamento da saúde mental. Fomos aproveitando esta oportunidade e antes de começar as consultas abordávamos temas de saúde de interesse para o grupo, com troca de experiência tanto da equipe como dos usuários.

Em alguns pacientes foram detectados doenças crônicas sem controle, sem tratamento, outros que precisavam do acompanhamento por psicologia ou nutrição os encaminhados para estas especialidades, também para odontologia, sobre todos os pacientes em uso de Carbamazepina por muito tempo. A avaliação e o acompanhamento da qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas têm sua utilidade no planejamento de estratégias,intervenção e cuidados ,fornecendo informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar os programas de saúde, para que programem ações efetivas e assim, proporcionarem melhor qualidade de vida aos usuários

(KLUTHCOVSKY,A.;KLUTHCOVSKY,F.,2009) Dentro dos benefícios encontrados com esta nova forma de renovar as receitas estão: Incorporação de um maior número de paciente aos grupos de saúde mental, Melhora na qualidade das prescrições Melhora na segurança ao paciente, Aumento da capacidade de trabalho em equipe, Controle adequado de outras doenças crônicas diagnosticadas em alguns pacientes, Melhora da relação equipe-paciente.

Nós ainda não estamos satisfeitos com os resultados alcançados, pois dos pacientes em uso de medicação por tempo prolongado e sem critério para continuar com o tratamento só em dois casos temos logrado reduzir a dose e logo retirar os medicamentos, os restantes pacientes dizem expressões como: sem a medicação não consigo dormir, sem o remédio eu não posso fazer nada, sem o remédio eu não sou ninguém, entre outras coisas, o que explica a dependência que já tem da medicação. Por tudo isso continuamos trabalhando em conjunto com a psicóloga em aquelas pessoas com possibilidade de desmame da medicação.

Dentre os fatores que favorecem o intenso consumo de psicotrópicos estão a prescrição muitas vezes indiscriminada por médicos,o aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos a população, novos medicamentos no mercado e novas indicações terapêuticas para os já existentes, além da pressão pela industria farmacêutica á comercialização de tal classes de medicamentos. Além disso ,alguns efeitos desses medicamentos são a dependência e a tolerância, o que torna o manejo desses usuários extremadamente complexo e contribui para manutenção da medicação.(ROCHA;WERLANG,2013)

Neste momento estamos inseridos num curso de saúde mental, que oferece a Coordenadoria Regional em Saúde na cidade de Erechim, junto a outras equipes de vários municípios e esperamos aproveitar os conhecimentos recebidos em função de melhorar a saúde mental de nossa população, brindando uma atenção de saúde de qualidade, humana e acessível a todos.

4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma oportunidade de conhecer melhor o modo de vida das pessoas, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares, abordar questões que vão desde os problemas físicos, econômicos, sociais até os espirituais.

Ao iniciar meu trabalho no município observei que não existiam agendamentos para as visitas domiciliar, e também não existia registro dos pacientes acamados, por o que solicitamos a ajuda das ACS, para listagem destes pacientes e sugerimos começar agendar as visitas nas primeiras reuniões de equipe.

Nesta direção, Mendes afirma que a organização das visitas domiciliares permitiria otimizar o tempo das equipes e definiria parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos e considerações sistemáticas dos aspectos, culturais e comunitários envolvidos.

Atualmente as visitas são agendadas tendo em conta os pacientes com prioridades na atenção como:

- Situação de emergência em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o posto de saúde.
- Pessoas com doenças crônicas com dificuldade para vir até o posto.
- Pacientes em estádios terminais de sua doença.
- Idosos que moram sozinhos.
- Pessoas com incapacidades funcionais.
- Paciente com egresso hospitalar recente.
- Solicitudes familiares.

Savassi afirma que outro fator importante para a assistência domiciliar dirigido á família é conhecer o seu modo de vida, podendo ser facilitado por meio de uma visita, que pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família. Nós fazemos a visita domiciliar em conjunto com a técnica de enfermagem e a ACS, pois conhecem melhor a comunidade. Primeiramente se o paciente tem alguma doença crônica, solicitamos que nos mostre todos os medicamentos em uso e perguntamos os horários em que ele os toma. Após, a técnica faz a medição do peso , aferição da PA e HGT, e logo nós realizamos o exame físico. Quando há necessidade de exame de laboratório eu solicito os mesmos. Segundo Giacomozzi, a

visita domiciliar é um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde e a sua manutenção por meio de elementos que fortalecem os benefícios ao indivíduo e a recuperação da população já cometida por uma doença.

Valorizamos as relações entre os membros da família, aproveitamos a oportunidade para atuar na promoção de saúde, prevenção de doenças, e fornecemos as orientações pertinentes de acordo com as especificidades de cada família, respeitando sempre a complexidade das relações familiares, tentando buscar soluções mais eficientes e próximas na realidade da família.

Às vezes as visitas são realizadas em companhia de assistência social, e outras com a pastoral da saúde, dependendo da situação familiar a abordar em cada momento. Finalmente as visitas são registradas no prontuário eletrônico.

Agora nós vamos apresentar uma visita domiciliar realizada em nossa ESF: Terça a tarde, conforme o programado iniciamos as vistas domiciliar e começamos a descrever a primeira visita: Residência localizada no Barrio Centro – Entre Rios Do Sul. Família composta por 5 membros.

Paciente priorizado- BFP, 16 anos, solteira, estudante, filha única. Trata-se de uma adolescente com antecedente de depressão após a morte do pai e agora fazia 3 dias em que recebera alta hospitalar devido a uma tentativa de suicídio ao ingerir vários psicofármacos. No momento da visita se encontrava em seu quarto em companhia da avó que nos recebeu com alegria e sugeriu passar para a sala com a neta para estar mais confortável.

Impressão da paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas – É uma paciente pouco comunicativa, como muitas nessas idades, ainda assim nos logramos estabelecer uma comunicação aceitável, ela disse que tem muita saudade do pai, mais conhece que com sua atitude colocou sua vida em risco e não pensou no sofrimento que provocaria em sua família. Disse que espera sair para adiante com ajuda deles, que sempre oferecem o melhor para ela sentir-se bem.

Queixa do momento- refere ter vergonha de encarar a sociedade, bem como seus vizinhos e amigos após o ocorrido. Exame físico - Adolescente com bom estado de saúde físico mas sua cara expressa tristeza. Tratamento atual - Fluoxetina 20mg, 1 comprimido que toma pela manhã, trazido todos os dias por sua mãe e fornecido pelo SUS. Cuidador - A mãe se ocupa todo o dia de sua atenção, administra a medicação, aborda temas agradáveis com sua filha, às vezes com participação também da avó, porém em alguns dias irá retornar ao trabalho e então a avó cuidará

dela até que se incorpore aos estudos. Estrutura familiar: O avô é aposentado, tem 67 anos e ajuda na roça perto da casa de seu irmão, usa medicamentos contínuos para controle da Hipertensão arterial e Hiperplasia benigna da próstata. A avó é dona da casa com 62 anos, usa medicamentos contínuos para Hipotireoidismo, Osteoporose e Hiperlipidemia neste momento, não gosta de ir nas caminhadas, mas participa nos grupos de mulheres junto a ACS. A mãe de 45 anos, não tem doença crônica, trabalha como cabeleleira e tem seu próprio salão de beleza. O padrasto tem 51 anos, tampouco tem doença todavia fuma muito e labora como chefe dos recursos humanos na USINA da cidade.

Situação de vida - É uma família com uma boa economia, bons hábitos de higiene, sua casa é espaçosa e confortável, tem 2 carros e nos finais de semana recebem as visitas de familiares e amigos.

Alimentação - O café da manhã e almoço é feito pelo avó, a janta pela mãe, gostam muito das maionesas, saladas, carnes fritadas e refrigerantes.

Ferramentas sociais envolvidas - Não recebem ajuda política ou religiosa. Domicílio - Casa com paredes de cimento, piso em cerâmica, 4 quartos espaçosos e ventilados, 2 banheiros, sala, um local pra as recepções das visitas, cozinha, 2 balcões, pátio com árvores frutíferas, cultivo de cebola, alho, tomate e temperos pra uso próprio. A limpeza da casa é realizada pela faxinhera que vem 2 vezes por semana e além disso lava as roupas de todos.

Fontes de prazer da paciente - Gosta de conversar com os amigos e de ficar na redes sociais, como o facebook, todas as noites. Na verdade esta cidade do interior não tem opções para os jovens divertir-se, só no verão que vão pra o lago.

Metas- Desejaria poder fazer formatura em fisioterapia.

Plano de cuidados

- Continuar acompanhamento com a psicóloga.
- Continuar as visitas por parte da ACS.
- Sugerimos a manter um tempo mínimo de sono de 6-8 horas por noite.
- Orientamos sobre hábitos de alimentação saudável.
- Sugerimos fazer caminhadas de tarde em companhia de amigos para conseguir uma maior socialização.
- Agendo consulta em 1 semana.

Problema agudo - Depressão

Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar, das situações de risco que identificamos são abordadas só as mais relevantes e com possibilidade de solução no momento da visita, as outras são registradas para encaminhamentos posteriores. Entre os fatores que às vezes interferem no cumprimento das orientações deixadas nas visitas domiciliares estão: a presença de núcleos de famílias disfuncionais, dificuldades da comunicação entre os membros da família, resistência e desinteresse pelo tratamento de alguns pacientes com doenças crônicas e falta de apoio familiar.

Dentro das dificuldades que temos no município para realizar as visitas o principal fato seria a inexistência de um transporte para fazer as mesmas, pois os carros da saúde também são utilizados para outros serviços como transporte de pacientes a consultas com especialidades, tratamento cirúrgico e realização de exames em outras cidades, busca de pacientes que moram no interior e que solicitam ao serviço para acudir ao posto por não ter transporte para vir até o mesmo, transporte para o município de pacientes com egresso hospitalar, entre outras causas. Ainda assim devido sua importância na construção de uma atenção de saúde de qualidade na comunidade, é um tema tratado na maioria das reuniões de equipe com a presença eventual da secretária de saúde, e entendemos que com um pouco de organização pode ser resolvido.

A visita domiciliar é uma oportunidade de conhecer melhor a família em seu interior, é um meio de inserção da realidade de vida da população, permitindo um atendimento integral e humanizado, centrado na pessoa e sua família, além de permitir estabelecer laços de confiança entre equipe de saúde, paciente, família e comunidade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Começar o curso de especialização a distância foi muito complicado para mim no início, pois estabelecer um relacionamento com o tutor a partir de uma plataforma me passava a ideia de que não daria certo. Eu sempre tive uma interação física com o professor numa sala de aula, mas com o tempo essa nova proposta foi se tornando algo normal.

Durante a primeira parte do curso tivemos a possibilidade de conhecer as características do Sistema de Saúde no Brasil em suas diferentes etapas, inicialmente baseada numa medicina privatista com um modelo sanitário até a década de 50, logo a presença de movimentos sociais que exigiam atendimentos para os excluídos, já na primeira metade da década do 70 caracterizada por um modelo médico assistencial privatista até a implantação do SUS, como modelo único de saúde. Aprendemos sobre suas características bem como sobre seus objetivos. Além disso abordamos outros temas interessantes como ESF e seu funcionamento, sobre os Núcleos de apoio a saúde da família, com suas diferentes modalidades, a importância deles para ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e acerca do trabalho realizado com os grupo priorizados. Abordado também o tema da APS com seus atributos essenciais, que aplicado a nossa realidade permitiu oferecer uma atenção de maior qualidade e humanizada para os pacientes.

Outro tema que despertou meu interesse no curso foi sobre as reuniões de equipe, um tema de muita importância que nos permitiu adquirir conhecimentos de como devem ser planejadas as mesmas, que são o momento oportuno para avaliar o trabalho realizado, construir planos terapêuticos individuais, construir agenda de trabalho, sempre ressaltando a importância da troca de critérios durante as mesmas, de escutar as opiniões dos outros colegas, de abordar novas ideias que ajudem entre todos a buscar possíveis soluções aos principais problemas de saúde da comunidade.

Um tema muito importante para mim foi referente ao uso correto do prontuário eletrônico, pois desde minha chegada no município sempre trabalhei com ele, mas com o curso aprendi a colocar as informações no lugar adequado, como listar os problemas e a conduta para cada um deles, o que facilitou o seguimento de cada paciente. Outra experiência que ganhei com o curso foi sobre os agendamentos das consultas, que permitiu organizar melhor o trabalho com os grupos priorizados, e a população recebeu esta troca com muita aceitação. Na segunda parte abordamos

casos clínicos sobre doenças crônicas que afetam um grande percentual da população no Brasil e também do mundo, como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Depressão, entre outras, com situações apresentadas, algumas delas muito similares as vivenciadas por nós em nossas comunidades e que através dos vídeos colocados no curso, e as atividades realizadas nos diferentes módulos me ajudaram a atualizar os protocolos para um atendimento adequado em cada paciente com alguma destas doenças.

O portfólio foi pra mim a parte mais complicada do curso e ao mesmo tempo estressante, pois é a primeira vez que eu coloco experiências de trabalho, conhecimentos nesse geito, ainda assim acho que foi positivo.

Para mim em particular o curso foi uma grande oportunidade e ao mesmo tempo uma experiência única, que me permitiu crescer profissionalmente, as leituras complementares me ajudaram a manter-me atualizada, através dos diferentes temas abordados fui adquirindo novos conhecimentos que logo incorporei na minha prática médica diária, com mais benefícios para os usuários e com aumento da satisfação nos atendimentos por meus pacientes.

O uso das novas tecnologias da computação inicialmente foi um desafio para mim, mas com paciência e longas horas dedicadas para dar respostas às tarefas de cada tema, finalmente consegui dominar as mesmas.

O que mais gostei do curso foram os postagens no fórum que me permitiram interagir com outros colegas, um mesmo tema abordado com diferentes pontos de vista, com diversidade de critérios, as perguntas da tutora que nos faziam refletir mais sobre o tema, além de que me permitiu comparar como funcionam os serviços de saúde nos diferentes municípios de acordo com o relatado por meus colegas. Na verdade foi uma troca muito linda, embora muitos ainda não se conheçam na vida real, nós tivemos a oportunidade de trocar conhecimentos, expor experiências de nosso trabalho nas comunicades, os principais desafios ainda por superar, mas todos tentando levar para as pessoas nosso serviço de saúde da melhor maneira possível, isso foi muito legal.

Este curso ofereceu vantagens pra nós, já que nos permitiu trabalhar enquanto estudamos, ajudou na economia do tempo e do dinheiro e possibilitou adequar os estudos no horário mas conveniente do dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Saúde Mental. Diretrizes gerais para a identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes. Caderno de Atenção Básica no. 34. Ministério de Saúde, 2013.

BRASIL, Saúde Mental. Diretrizes gerais das intervenções em saúde mental de crianças e adolescentes. Cadernos de Atenção Básica no. 34. Ministério de Saúde, 2013.

Cabrera,E.e Astaiza,G(2016).Sequelas de abuso infantil.Psicologia científica,com .Rev,10(11).

Melo,A.K.,Siebra,A.J.,Moreira ,V.(2016).Depressão em Adolescentes,Revisao de Literatura e a Pesquisa Fenomeológica.

Schwan S.,& Ramirez V.R.R.Depresão em crianças;uma breve revisão de literatura.Psicol.Argum.2011.out-dez.29(67),463

BRASIL, Saúde Mental. Principais medicamentos da saúde mental na APS. Caderno de Atenção Básica no. 34. Ministério de Saúde, 2013.

Vieira,D.S.M et al.Trastornos de conducta:atuação do enfermeiro.Rev.Cientifica UMC.Magidas Cruzes,v.2,n1,fevereiro 2017.

Barbosa, B (2015).Elaboração e implantação de protocolo de renovação de receitas de psicotrópicos do município Poços de Caldas - Minas Gerais.

Univ.Federal de Minas Gerais.Curso de especialização Estratégia Saúde da Família.2015.

Rodrigues,T.M.M;Rocha,S,S;Pedrosa,J.I.S.Visita domiciliar como objeto de reflexion .Revista interdisciplinar NOVAFAPI,Teresina.v4,n3,Jul-Ago-Set.2011.

Sousa,M.G;Da Costa,F.P;Amaral de S.I.C.A visita domiciliar como instrumento para humanização:Revisando a Literatura,Rev.Cultural e Cientifica do UNIFACEX v.11,n.11,2013.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



TAMARA MATOS ESPINOSA

**MELHORIA NA ATENÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA ENTRE ZERO E
CINCO ANOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALZIRA
OLIVEIRA LAITART. ENTRE RIOS DO SUL**

ENTRE RIOS DO SUL - RS

2017

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, chamado de puericultura. A puericultura é uma ferramenta essencial para a manutenção do cuidado e acompanhamento a essa faixa etária, efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada.

Segundo o Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança – crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2012), a mortalidade infantil está em decréscimo nos últimos anos, graças a melhorias no acompanhamento e intervenção no biopsicossocial infantil, porém mantém-se com desigualdades regionais inaceitáveis, atrasando a meta de garantir a toda criança brasileiras o direito à vida e à saúde. Com vista a garantir a todas as crianças de zero a 60 meses pertencentes à Estratégia Saúde Família (ESF) Alzira Oliveira Laitart um acompanhamento igualitário, longitudinal e integral, a equipe ESF engajou-se nesse projeto.

Atualmente, a ESF Alzira Oliveira Laitart está estruturada para receber atendimentos de puericultura até os 12 meses de vida e raramente algumas crianças são acompanhadas até completarem 24 meses, ação que vem de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde de manter o cuidado a todas as crianças até o sexto ano de vida. Após completar o segundo ano, o cuidado é descontinuado permanecendo a observação do crescimento e desenvolvimento a seus familiares, perdendo-se assim importantes momentos de proporcionar prevenção e manutenção do crescimento saudável. A equipe ESF é composta por um médico clínico geral, enfermeira, técnica em enfermagem, odontólogo, técnica em saúde bucal, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, higienizador e oito agentes comunitárias. O atendimento infantil com a intervenção toda a equipe, será engajada no processo de cuidar, principalmente enfermagem e profissionais da saúde bucal, ampliando assim as ações do cuidado em saúde e atendendo a criança como um todo.

A ESF abriga em seu território 3080 pessoas, sendo 90 menores de 5 anos (2,92%) e desses 15 menores de 12 meses. Em acompanhamento regular encontram-se 10 crianças da faixa etária menor que 1 ano (33,3 % dos menores de 1 ano). Para

as demais faixas etárias não há registros da situação de saúde encontrada. A qualidade do atendimento a cada consulta está focada na detecção de alterações no crescimento, desenvolvimento, orientação da alimentação adequada, atraso vacinal e preocupação em avaliar recém-nascidos até seu sétimo dia de vida, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal. Todavia, embora essas ações atinjam 100% das crianças que estão em puericultura, as que realmente encontram-se fragilizadas e vulneráveis não mantêm esse acompanhamento, constituindo o alvo da intervenção nesse projeto. Avaliações de saúde bucal e grupos de ação a promoção da saúde infantil não são realizados de forma rotineira nessa unidade de saúde e estão entre as modificações previstas.

Devido ao exposto, a intervenção em Saúde da Criança na ESF Alzira Oliveira Laitart é necessária para aumentar a taxa de puericultura e alcançar principalmente as crianças carentes de cuidado, tornando igualitária a situação de saúde desses menores no território adscrito. Será realizado com engajamento da equipe, em atendimento multiprofissional, com enfoque no aumento da atenção em saúde do usuário. Limitações serão encontradas principalmente em localizar todas as crianças pertencentes a essa faixa etária, trazê-las a unidade e convencer seus responsáveis a manter o cuidado continuado e o vínculo com a ESF. Porém, com o entusiasmo dos multiprofissionais pertencentes a essa equipe em reestruturar esse serviço de atenção básica, alcançar-se-á o êxito das atividades de controle e acompanhamento, reduzindo a incidência de doenças preveníveis, diminuindo os riscos de internações hospitalares, estimulando a corresponsabilização dos pais ao cuidado da criança e fornecendo promoção de saúde à faixa etária englobada na ação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Melhorar o atendimento supervisionado, longitudinal e integralizado as crianças pertencentes à faixa etária de 0 a 5 anos da Estratégia Saúde da Família Alzira Oliveira Laitart.

2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança
- Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança
- Melhorar a qualidade do atendimento a criança
- Melhorar os registros das informações
- Promover a saúde das crianças
- Ampliar a cobertura de atenção á saúde bucal da criança

3. REVISÃO DA LITERATURA

A realização de puericultura e o cuidado à saúde da criança apresentam-se como fatores importantes na redução da queda da mortalidade infantil e neonatal, proporcionando o direito do indivíduo de crescer e se desenvolver de forma saudável e livre de morbidades preveníveis.

Após a implantação das Estratégias Saúde Família, ocorrido inicialmente com o nome de Programa Saúde Família pelo governo federal em 1994, a atenção básica foi instituída nos municípios brasileiros. A mudança no padrão assistencial vigente tinha como foco incentivar uma assistência preventiva, descentralizada, humanizada, com enfoque na família, no contexto social em que ela se inseria, fazendo com que os cuidados em saúde se aproximassem mais dos indivíduos dentro da sua comunidade. Assim a melhoria na Atenção à Saúde da Criança passou a ser uma intervenção em potencial a ser realizado nesses ambientes.

A puericultura, que nada mais é do que o acompanhamento integral da criança saudável vai além da técnica de medição do crescimento, representa uma oportunidade de conhecer o contexto social da criança, se aproximando da família, percebendo fatores que influenciam negativamente o desenvolvimento da criança. Para Novaczyk (2008), são ações que representam a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, enfocando a vigilância das crianças e o cuidado às doenças prevalentes.

As consultas de revisão da saúde da criança devem ser pactuadas entre os pais e a equipe ESF, levando em consideração o contexto familiar e as necessidades individuais de cada paciente. Não há estudos que avaliem o impacto e o número ideal de consultas para crianças que não apresentam sintomas, já que não se pode privar de ações preventivas àqueles que procuram a unidade por ações já validadas. Assim, o Ministério de Saúde (MS) recomenda no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida, preferencialmente antes dos 7 dias de vida, 1 mês, 2 mês, 4 mês, 6 mês, 9 mês, 12 mês, 2 consultas no 18 mês e 24 mês e a partir do segundo ano de vida consultas anuais (BRASIL, 2012). No entanto, segundo um estudo realizado por Vitolo et al (2010) na cidade gaúcha de São Leopoldo, mais de 50% das crianças não foram acompanhadas da forma desejada e adequada no primeiro ano de vida nas unidades de atenção primária demonstrando a baixa adesão ao sistema de puericultura. Os entrevistados foram os cuidadores das crianças, e a maioria deles (65%) alegou não

considerarem importantes as consultas de revisão da criança, por isso deixaram de levá-las ao atendimento nesse primeiro ano de vida. Tal estudo revela a necessidade de educação em saúde aos familiares e promoção de um vínculo com a unidade de saúde, enfatizando que o momento para realizar saúde não se constitui na presença da doença e sim na prevenção dela. Nesse mesmo estudo outro fator relatado à falta de adesão foi a dificuldade de acesso as consultas, medida resolvida com o agendamento prévio da criança, garantindo assim o acompanhamento ideal, qualificado e eficaz. Paralelamente a baixa adesão ao sistema de revisão de saúde da criança, a taxa de vacinação nessa população estudada se manteve em 90%, fator que indica que as crianças são levadas a unidades para as vacinas e esse momento poderia ser utilizado também para uma revisão de puericultura.

Toda a criança tão logo realize a primeira consulta ainda na maternidade, deve receber a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), desenvolvida pelo MS em 2005 e distribuída a todo o território nacional. Esse documento reúne o registro dos mais significativos eventos para a saúde infantil (GOULART, 2008). Seu registro se inicia idealmente no momento do parto, com anotações pertinentes as condições de nascimento do neonato bem como a assistência pré-natal recebida pela gestante como vacinação prévia, antecedentes patológicos significativos e condições que contraindicam o aleitamento materno por exemplo. Além desses dados esse documento é composto pelo acompanhamento do estado vacinal da criança, curvas de desenvolvimento infantil, leitura de fácil acesso às mães sobre o crescimento e desenvolvimento encontrados em cada faixa etária. Porém, para seu correto uso a mesma deve ser preenchida obrigatoriamente a cada consulta de prevenção realizada. Conforme afirma GOULART et al, para ter seu papel cumprido como instrumento de comunicação, vigilância e promoção a saúde infantil, é imperativo o registro correto das informações na CSC.

Contraditoriamente ao preconizado pelo registro adequado na CSC, o que se encontra constituindo um fator prejudicial à análise do serviço já prestado às crianças é a falta de registro íntegro das ações desenvolvidas em consultas referentes ao acompanhamento da criança, refletidas também pelo mau uso da Caderneta de Saúde da Criança. Conforme pontua FRANCO (2007) em um estudo realizado no município de Pelotas, o elevado percentual de dados não preenchidos em consulta de saúde à criança, associado propriamente à falta desses registros constituem importante fator limitador na análise dos dados e do serviço oferecido, bem como

dificulta uma ação proativa em busca dos casos faltosos, por exemplo. O incentivo ao aleitamento materno deve ser estimulado ainda durante o pré-natal com orientações concisas a cerca dos benefícios encontrados na prática do aleitamento para o binômio materno-infantil, com aconselhamento em diferentes momentos para exaltar sua importância e favorecer o entendimento. Estimam-se que 13% das mortes em crianças menores de 5 anos poderiam ter sido evitadas com o recebimento do aleitamento materno (JONES, 2003). Não há estratégia isolada que supere o impacto que a amamentação tem na redução da mortalidade infantil. Inclusive, EDMOND et al (2006) ressalta que o ato de amamentar na primeira hora pós-nascimento se transforma num fator protetor contra a mortalidade neonatal. Diante disso, a cada revisão de puericultura devem ser enfatizadas as vantagens de se amamentar exclusivamente ao seio materno todas as crianças até aos seis meses de vida e após manter o aleitamento de forma complementar até o segundo ano da criança.

Durante as consultas de revisão são necessários e essenciais a prática da avaliação dos sinais vitais, medição dos dados antropométricos da criança, como o peso, altura ou estatura nos menores de dois anos e perímetro cefálico aos lactentes, enfatizando na avaliação a busca por crianças em risco de desnutrição e orientação adequada aos portadores de sobrepeso e obesidade. A altura para a idade constitui é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o déficit antropométrico mais importante (BRASIL, 2012). Após os 24 meses todas as crianças devem ser acompanhadas e se necessário investigadas para a anemia. Atualmente, a anemia por carência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, devendo ser combatidas precocemente para se evitar danos ao desenvolvimento mental, psicomotor, redução do baixo rendimento escolar e queda a predisposição das infecções.

Com o desenvolvimento da criança outros focos no exame físico vão se acrescentando ao básico como a pesquisa por displasia de quadril e triagem auditiva no neonato bem como avaliação da saúde bucal e aquisições de desenvolvimento nas crianças maiores. Também, a aferição da pressão arterial deve ser rotina nas crianças maiores de 3 anos, embora a periodicidade não esteja bem definida (BLANK, 2003).

A investigação do esquema vacinal deve ser feito rotineiramente a todas as crianças presentes na ESF e oportunamente nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde. Conforme registrado pelo Ministério da Saúde (2005) a unidade de saúde deve garantir vacinação as crianças de seu território em ambos os turnos, sem

restrição de horário para não promover barreira ao acesso da criança. As equipes devem se responsabilizar pela cobertura vacinal de sua área, bem como pelo registro dos dados e pela realização de busca-ativa aos casos faltosos. Finaliza PUGLIESI (2010) afirmando que o ato de vacinar, principalmente aos lactentes e crianças na primeira infância, é uma relevante ação de prevenção de doenças, promovendo saúde na medida em que previne infecções contagiosas preveníveis com a vacinação.

A saúde bucal na primeira infância também deve ser meta de melhorias em todos os serviços de atenção a saúde da criança. Idealmente a conscientização da importância da saúde bucal se inicia na gestação, pelo aconselhamento dos benefícios do aleitamento materno na formação dos seios da face e auxílio na correta arcada dentária do lactante. Nesse momento de contato com a gestante pode-se estimular o momento exato de levar à criança a avaliação com o dentista, seja logo após o nascimento ou no momento da erupção dentária. LIMA (2006) relata que no contato com a equipe ESF os responsáveis pela criança devem receber informações acerca de hábitos saudáveis na criança, alimentação adequada, prevenção de caries e manutenção da saúde bucal. Tais informações devem ser repetidas com o crescimento da criança, e durante a avaliação do profissional de saúde bucal.

Por tanto, a prática de puericultura e cuidados às crianças na primeira infância envolve a equipe ESF num manejo multiprofissional, criando vínculo com o binômio cuidador-criança. As consultas devem ser pré-agendadas para facilitar a adesão do usuário. Os pais devem ser ouvidos nas dificuldades que encontram para retornar a revisão a fim de se criar facilitadores de adesão ao cuidado. A cada consulta devem ser enfatizadas medidas de prevenção, passos do desenvolvimento, orientações de alimentação, orientação de cuidados de saúde bucal, rastreio de supervisão à criança em risco nutricional, orientação de prevenção de acidentes e programação da data para o retorno do usuário.

Os profissionais são responsáveis pelo seguimento no cuidado de saúde dessas crianças devendo realizar busca-ativa aos casos faltosos ou até mesmo criar atendimento oportuníssimo no momento em que as mesmas são levadas a unidade para realização de vacina, já que a cobertura de adesão a imunização permanece mais elevada do que a adesão às consultas. Os registros de atendimento bem como na Caderneta de Saúde da Criança são obrigatórios a cada consulta, na sua integralidade, com o compromisso pelos dados ali fornecido já que através deles teremos uma visão longitudinal da evolução e desenvolvimento da criança. A

mortalidade infantil embora esteja em declínio nas últimas décadas ainda permanece em desproporção regional e cabe aos profissionais de saúde seu engajamento em diminuir esses índices através da promoção e prevenção de saúde. Ações de cuidado continuado à primeira infância incentivam a promoção de saúde, englobando o contexto social em que vivem e transcendendo a ideia de que consulta na Estratégia Saúde Família seja apenas com fins curativos, proporcionará gradualmente que as crianças adscritas no território da ESF cresçam saudáveis e distantes de doenças preveníveis.

4. METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de seis meses na Estratégia Saúde da Família Alzira de Oliveira Laitart, no município Entre Rios do Sul/RS. Participarão da intervenção 90 crianças menores de 60 meses, devidamente reconhecidos pelo SIAB de 2012. Embora o número real desse público se desconheça devido sua desatualização. O cadastro será realizado diariamente para atingir um mínimo de 80 % de crianças menores de 60 meses de idade pertencentes á área de abrangência, será utilizado por todos os membros da equipe o protocolo do Ministério de Saúde, disponibilizado nos Cadernos de Atenção Básica numero 33.

Cadastraremos a população de crianças entre zero e 60 meses da área adstrita, realizado pela busca ativa através das agentes comunitárias e pela equipe da ESF a cada criança que vier ao serviço.

Priorizaremos o atendimento de crianças entre zero e 60 meses, terão dia fixo para avaliação em consulta. Orientaremos as comunidades sobre o programa de saúde da criança e quais são os benefícios em cada consulta e através das visitas domiciliares da equipe e agentes comunitárias.

Todas as crianças serão avaliadas na primeira semana de vida, a ESF recebe ligação acerca de nascimento pertencente a sua área, assim serão chamados para consulta por contato telefônico ou visita domiciliar. Nesta consulta as crianças serão colocadas para mamar o peito e assim avaliar se existe um adequado posicionamento e pega da aréola ou alguma alteração do mamilo.

Em nas consultas as crianças serão medidas, pesadas e avaliadas através da curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), as que apresentem déficit ou excesso de peso, intensificaremos as atividades educativas com os familiares presentes sobre importância do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e logo suplementaria até os 12 meses, os casos que requeiram serão encaminhados com a Nutricionista. Também avaliaremos o desenvolvimento Neurocognitivo que serão testados em cada consulta e a revisão do esquema vacinal.

Os neonatos antes dos sete dias serão realizados o teste de pezinho, a verificação da realização deve ser feito obrigatoriamente pela equipe de saúde, e encaminhados para avaliação da triagem auditiva até os 28 dias de vida, o resultado deverá ser revisado na consulta do segundo mês de vida. A saúde bucal será avaliada

nas crianças de seis a 60 meses de idade em as consultas de puericultura, incentivando a ida nesse período e anotando a data da realização no prontuário eletrônico e posteriormente encaminhados para a consulta com o dentista no mesmo dia da consulta de puericultura, a partir dos 6 meses de vida.

As famílias serão orientadas sobre aspectos importantes na saúde das crianças como o aleitamento materno, horário de sono, banho, esquema vacinal, prevenção de acidentes na infância por idade, desenvolvimento cognitivo normal de acordo com cada mês de vida consulta e em visitas domiciliares e toda a equipe participara dessas atividades.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	UT.	O OV.	N EZ.	D AN.	J EV.	F AR.	M
Capacitação dos profissionais de saúde sobre o projecto saúde da criança		x					
Cadastramento das crianças com faixa etária entre 0 e 60 meses		x	x	x	x	x	x
Organizar agenda para acolher as crianças provenientes de busca ativa e demanda espontânea		x	x	x	x	x	x
Organizar visitas domiciliares as crianças em situações especiais		x		x		x	
Atendimento clínico das crianças de 0 a 60 meses		x	x	x	x	x	x
Atividades de promoção nas escolas / creche			x		x		
Busca ativa das crianças faltosas a consulta		x	x	x	x	x	x
Apresentação e avaliação dos resultados							x

6. RECURSOS NECESSARIOS

6.1 Recursos Materiais:

- Computador com prontuários das crianças de 0 a 60 meses de vida
- Impressora
- Folhas
- Balança
- Centímetro
- Telêmetro
- Caneta
- Mesa para exame
- Caderneta saúde das crianças
- Protocolo de saúde das crianças: Crescimento e desenvolvimento numeram 33 do Ministério de Saúde 2012
- Gráfico de crescimento e desenvolvimento proposto por a Organização Mundial da Saúde, diferenciado entre meninas e meninos de zero até cinco anos.

6.2 Recursos humanos:

- Equipe de saúde da família;
- 8 agentes comunitárias de saúde
- 1 técnico em enfermagem
- 1 enfermeira
- 1 medico
- 1 dentista
- 1 técnico em saúde bucal
- 1 nutricionista

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Ampliar a cobertura da atenção a saúde, para 80% das crianças pertencentes na faixa etária de 0-60 meses da área de abrangência da unidade de saúde.
- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- Colocar 100% das crianças para mama durante a primeira consulta.
- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- Vacinar o 100% das crianças de acordo com a idade.
- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- Realizar teste de pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- Realizar a primeira consulta odontológica para o 100% das crianças com idades de 6 a 60 meses.
- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas a consulta.
- Manter atualizado o prontuário de 100% das crianças que consultam no serviço.
- Dar orientações sobre temas de saúde da criança em 100% das consultas de puericultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NOVACZYK, A.B.et al.al. Atenção a saúde da criança na rede básica :análise de dissertações e testes de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 10,n 4,2008.
- BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.
- VITOLLO, Márcia Regina; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 1, Fev. 2010.
- GOULART, L. et al. Caderneta de Saúde da Criança : avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev Paul Pediatr 2008; 26 (2):106-12
- FRANCO, T. R. et al. Avaliação do Programa de Puericultura na Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano, Pelotas/RS. In: XVI Congresso de Iniciaos Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2007.
- JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? Lancet, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.
- EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics, [S.l.], v. 107, p. 380-6, mar. 2006.
- BLANK D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J Pediatr (Rio J) 2003; 79(Supl.1): S13-S22.
- BRASIL. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 1ª Edição. Ministério da Saúde, 2005.
- PUGLIESI, M. V. et al. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v. 10, n. 1, Mar. 2010.
- LIMA, C. et al. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. Revisões e Ensaio. Pediatría (São Paulo) 2006; 28 (3): 191-8.