

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

PORTFÓLIO FINAL

MAIGDELINE KINDELÁN PERO

**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de zero a cinco anos na
ESF 1 da UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos no Estado Amazonas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra. Manoela Jorge Coelho Alves.

Boa vista do Ramos

Janeiro 2018

Sumario:

1 Introdução.....	3
2 Estudo de Caso Clínico.....	6
3 Promoção da Saúde e Prevenção de doenças.....	14
4 Visita Domiciliar.....	17
5 Reflexão Conclusiva.....	24
6 Referências Bibliográficas.....	27
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção.....	29
8 Outros Anexos.....	45

Atividade 1. Introdução

Meu nome é Maigdeline Kindelán Pero, tenho 49 anos, sou médica cubana, natural da província Santiago de Cuba. Me graduei como médica na Faculdade 2 de Medicina, na Província de Santiago de Cuba em 18 de Julho de 1992, e como Especialista em Medicina Geral Integral em 22 de Dezembro de 1997, e tenho 25 anos de trabalho na Saúde Pública. No ano 2003 realizei o processo Seletivo do Programa Missão Bairro Adentro na República Bolivariana de Venezuela, trabalhando lá na Atenção Primária de Saúde durante oito anos, nos Estados Portuguesa e Lara. Atualmente contratada pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil desde Agosto de 2016. Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Saúde Boa Vista do Ramos pelo Programa Estratégia de Saúde da Família.

Boa Vista do Ramos é um município brasileiro do interior do Estado do Amazonas, Região Norte do país. Localiza-se ao leste de Manaus a capital do Estado, a 269 km em linha reta e 367 km via fluvial. Tem uma área geográfica de 2587 km², com clima equatorial e apenas uma via de acesso que é o Rio Paraná do Ramos. Quanto à economia o município é pouco desenvolvido, e está baseada principalmente na agricultura como fonte principal de ingresso. Os principais cultivos são mandioca, arroz, milho, feijão, guaraná e banana. A Apicultura é também fonte importante no município e a pecuária tanto bovinos como bubalinos (IBGE 2016; vide em Outros Anexos).

Tem uma população estimada de 18.080 habitantes (IBGE 2016), atendidos num total de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), delas, uma está na área urbana com um número de três Estratégias Saúde da Família (ESF), e duas estão na área rural. Cada Estratégia Saúde da Família tem um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde (ACS) responsabilizados com os acompanhamentos das famílias baixo seu cuidado (Ministério da saúde 2004).

Minha UBS se chama Centro de Saúde de Boa Vista do Ramos, fica na área urbana, na Rua Olavo Bilac, nº 843, Bairro Centro e está em funcionamento há mais de 15 anos. A sua estrutura é antiga e foi reparada há pouco tempo; tem

uma consulta para triagem, quatro consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de coleta para estudo citopatológico do colo do útero, uma sala de vacina, uma sala de programa, a sala de enfermagem, uma pequena sala de curativo, uma sala de almofarixado, uma farmácia, o consultório de estomatologia, uma copa, dois banheiros para funcionários e dois para usuários (vide em Outros Anexos).

Na área de abrangência da ESF temos 7 microáreas, delas 2 são identificadas de risco por pobreza; consumo de drogas e condições socioeconômicas desfavoráveis nos bairros Santa Luzia e Garça Branca. Há uma creche, duas quadras esportivas, quatro escolas públicas; uma de ensino média e três de ensino fundamental, uma escola filantrópica para o ensino de pessoas portadoras de necessidades especiais e uma universidade para o estudo de Licenciatura em Gestão pública, Gestão comercial e História. Existe um hospital misto de pequeno porte, o Clovis Negreiro, com serviço de pronto atendimento, internação e maternidade, com médico cirurgião plantonista para o atendimento das urgências. Não se dispõem de outras especialidades, então quando se precisa desses atendimentos os usuários são encaminhados para os municípios mais próximos, e às vezes para a capital do Estado, muitas vezes demorando muito tempo para serem feitos esses atendimentos. Temos apoio matricial de um NASF, composto por uma Assistente social, uma Nutricionista, um Fisioterapeuta e uma Farmacêutica (vide em Outros Anexos).

Com relação aos exames complementares temos um laboratório no hospital que realiza atendimentos de segunda-feira até sexta-feira, nele são feitos exames de hematologia geral, química sanguínea, parasitologia e urina. Não são feitas culturas de amostras nesse laboratório. Na UBS são feitos os testes rápidos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), Hepatite e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), além de testes de gravidez. As radiografias e as ultrassonografias são feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no hospital.

As doenças prevalentes nos atendimentos as crianças são as infecções respiratórias agudas, as parasitoses e doenças da pele; nos adultos tem prevalência as doenças crônicas tais como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus tipo 2, que constituem de forma geral um problema de saúde pública na

comunidade pela alta prevalência, associadas a hábitos alimentares inadequados. As infecções do aparelho urinário, as Micoses, as doenças inflamatórias pélvicas e Vaginites são as doenças prevalentes nas mulheres.

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de zero a cinco anos na ESF 1 da UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos, no Estado Amazonas e tem como finalidade a melhoria no atendimento à saúde das crianças nessa faixa etária, oferecendo uma atenção médica integral, identificando os riscos e vulnerabilidade, avaliando as principais dificuldades e limitações existentes, traçando novas estratégias de trabalho para a resolutividade das mesmas, orientando aos pais e os responsáveis das crianças sobre diferentes temas em dependência da idade deles, relacionados com o crescimento e o desenvolvimento, o aleitamento materno, a prevenção de acidentes, a pesquisa de doenças congênitas, o diagnóstico precoce de doenças agudas e o tratamento oportuno segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a fim de evitar complicações(CAB 33).

Atividade 2. Estudo de Caso clínico

Unidade Básica Centro de Saúde Boa Vista Dos Ramos.

Anamnese**Dados do paciente:**

Nome: EDSM.

Idade: 1 ano e 10 dias.

Data de nascimento: 23 de Agosto de 2016.

Número de Cartão do SUS: Não tem.

Sexo: Masculino.

Cor: Parda.

Naturalidade: Amazonense.

Nome da Mae: MCDS.

Nome do Pai: EMG.

Situações de vulnerabilidade:

Baixo peso ao nascer: Si

Prematuridade: Si.

Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5 minuto: Não.

Internações/Intercorrência: Não.

Mae com menos de 17 anos: Não.

Mae com baixa escolaridade: Não.

História de mortinato: Não.

Histórico da gravidez:

Número de controles: 6.

Infecções: SI, Urinária e Vaginite.

Anemia: Não.

Resultados de VDRL: Soro não reagente.

Resultados de VIH: Soro não reagente.

Resultados de Teste de Hepatite B-C: Soro não reagente.

Condições do nascimento:

Tipo de parto: Distócico; Cesárea.

Local do parto: Hospitalar.

Idade gestacional: 36 semanas.

Índice de Apgar: 7-7

Peso ao nascer: 2300 gr.

Cumprimento: 49 cm.

Perímetro encefálico: 32 cm.

Perímetro do tórax: 31 cm.

Intercorrências: Não.

Histórico do pós- parto:

Icterícia: Si (Fisiológica).

Infecções: Não.

Internações: Não.

Teste do pezinho: Realizado no dia 28/08/2016. Resultado normal.

Queda do Coto: Aos 5 dias.

Vacinas: BCG dose única, Hepatite B 1 dose, Pentavalente 3 doses, Meningocócica C 2 doses, Pneumocócica 2 doses, VIP 3 doses, Rotavírus Humano 2 doses, Febre Amarela dose única. Falta reforço vacina Pneumocócica, Meningocócica C e Tríplice viral.

Relatório das consultas:

Faltoso as consultas dos 6 e 9 meses.

Primeira consulta: 1-08-2017.

Queixa principal: Febre.

História da doença atual:

Criança trazido a consulta pela mãe, relatando que há mais de três dias o menino apresenta quadro de tosse úmida, frequente no horário da noite, obstrução nasal, secreção transparente pelo nariz, espirros e febre ontem à noite.

Interrogatório sintomatológico:

Sintomas Gerais: Recusa a comida, só pega o peito.

Cabeça e Pescoço: A mãe não refere sintoma.

Tórax: tosse, obstrução nasal, secreção nasal, não refere dificuldade respiratória.

Abdômen: A mãe não refere sintoma.

Sistema Geniturinário: A mãe não refere sintoma.

Sistema endócrino: A mãe não refere sintoma.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: A mãe não refere sintoma.

Sistema nervoso: A mãe não refere sintoma.

Antecedentes pessoais:

Pretermo Baixo peso ao nascer.

Antecedentes Familiares:

Pai: Vivo, tabagismo e consome drogas.

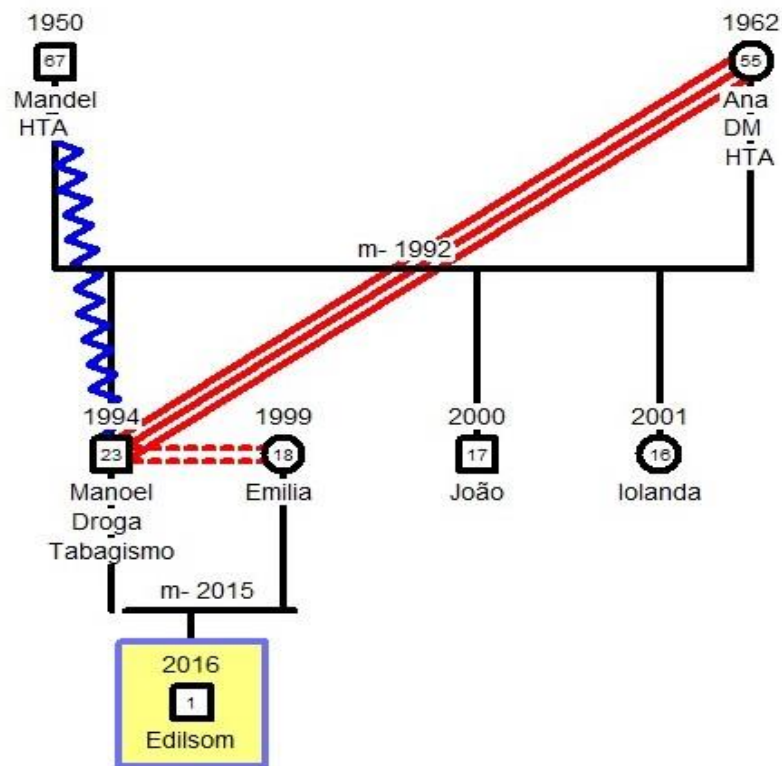
A avó paterna: Viva, tem Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

O avô paterno: Vivo, tem Hipertensão Arterial.

Condições de Vida:

Alimentação: Aleitamento materno complementado, leite em pó integral, duas mamadeiras no dia, mingau, come peixe, frango, ovos, feijões, come pouca carne e frutas, não come hortaliças.

Habitação: EDSM mora com os pais, avós paternos e dois tios, e dorme numa rede com a mãe. A casa é de madeira, piso de terra, tem só um cômodo, a cozinha e o banheiro ficam fora da casa. A água de consumo não é tratada. O pai não tem vínculo laboral, a mãe é dona de casa. Recebem ajuda Bolsa Família. Os avós recebem ajuda do custo.

Genograma:**Exame físico:**

Paciente com bom estado geral, aspecto normal e fâcies normal, se comunica bem, está sorrindo, está hidratado, ativo, reativo, com boa condição de higiene, mucosas normocoradas, afebril, estado nutritivo normal.

Pele e mucosas: Normocorada, elástica, sem cianose, sem icterícia, sem palidez, temperatura compatível com ambiente.

Tecido Subcutâneo: sem edema.

Pelos e unhas: Normais.

Medidas Antropométricas:

Peso: 9.5 quilogramas. Perímetro Cefálico: 42 cm Altura: 70 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 19,39 (Peso ideal).

Sinais Vitais: Temperatura axilar: 36,5 graus. FR: 32 x minuto. BPM: 112 x minuto.

Não se pode avaliar o comprimento por ser faltoso.

Cabeça: Com simetria da face e do crânio, fontanela normotensa, o nariz, a boca, os ouvidos e os olhos são normais.

Pescoço: Simétrico, sem deformidades visíveis, movimentação livre, presença de pequenos linfonodos cervical direito de mais ou menos 0,5 cm, indolores a palpação, tireoide não visível.

Tórax:

Inspeção: Tórax simétrico, padrão respiratório normal, não batimentos de asas do nariz; respiração abdominal, eupneia, sem retrações, sem cicatrizes e sem tiragem.

Palpação: expansibilidade normal, frêmito tóraco-vocal ao choro sem alterações.

Percussão: sem alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular audível, sem sons agregados.

Orofaringe sem sinais inflamatórios. Otoscopia normal.

Ausculta cardiovascular: Batimentos cardíacos nítidos nos quatro focos de ausculta, sem sopros cardíacos, pulsos rítmicos, perfusão sanguínea presente, bom enchimento capilar.

Abdome:

Inspeção: movimentos respiratórios visíveis, em sincronia com os movimentos torácicos, sem cicatriz cirúrgica, ausência de circulação colateral, umbigo normal.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: timpânico.

Palpação: sem presenças de visceromegalia, tumoração, hérnias ou massas.

Genitália: Órgão genital compatível com a idade, testículos no interior das bolsas escrotais e do mesmo tamanho, sem dor a palpação.

Anus e reto: Normal.

Sistema Osteoarticular: Membros superiores e inferiores de conformação óssea normal, sem deformidades visíveis, movimentos articulares normal, sem edema.

Coluna Vertebral: Sem deformidades visíveis.

Neurológico: Criança consciente, reconhece objetos, fontanela normotensa, Postura, força e tônus muscular normal, sem movimentos involuntários.

Desenvolvimento Neuromotor: Da passos com apoio.

Hipótese diagnóstica: Nasofaringite aguda.

Conduta: Hidratação oral, dieta conforme a aceitação, Paracetamol (gotas 200 mg/ml) tomar 9 gotas de 6/6 horas se febre. Sulfato Ferroso (Xarope 5mg/ml) tomar 1 ml de 12 /12 horas, conforme o protocolo do Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica para a prevenção da Anemia (CAB 33).

Orientação sobre sinais de alerta tais como dificuldade respiratória, prostração, secreção nasal purulenta, irritabilidade, dor de ouvido, coloração de pigmentação da pele. Se apresentar alguma dessas manifestações deve retornar a Unidade Básica de Saúde para reavaliar. Orientação sobre a importância das vacinas em dia, para não se atrasarem.

Evolução:

Dois dias após da consulta, numa visita pela área de abrangência a Agente de Saúde olhou a menina no colo da mãe e observou que tinha dificuldade para respirar, além de continuar com febre, e pediu levá-la a consulta.

A mãe disse que levaria ao posto de saúde na tarde para uma consulta com a doutora.

Segunda consulta 3-08-2017

Dados da triagem:

Peso: 9.0 quilogramas. Perímetro Cefálico: 42 cm Altura:70 cm.

Criança ativa, reativa, comunicativa, em bom estado geral. A mãe refere que a febre continua apesar do tratamento, e desde ontem começou com dificuldade para respirar pois tem obstrução nasal. Ao exame físico normotenso, normocorado, afebril, eupnéia em ar ambiente, apresenta FR de 34 x min, obstrução nasal, murmúrio vesicular diminuído na base do pulmão direito com crepitanes, interpretando-se o quadro como uma Pneumonia adquirida na comunidade.

Conduta: Amoxicilina (Suspensão de 250 mg) tomar 3 ml de 8/8 horas por 7 dias conforme o protocolo do Ministério de Saúde no Caderno de Atenção Básica e continuar com a mesma dose de Paracetamol e Sulfato Ferroso. (CAB 28).

Plano:

- Solicitar visita diária pela Agente Comunitária de Saúde.
- Comunicar a Equipe da Estratégia qualquer alteração no quadro clínico.
- Realizar Visita Domiciliar pela EBS para avaliar a evolução clínica do paciente e a sua resposta ao tratamento.
- Avaliar a situação de risco para a criança ou maltrato infantil pelo pai; se acontecer comunicar a Assistente Social do NASF e o Conselho Tutelar.

Comunicar a mãe sobre os riscos de acidentes presentes na casa.

Atividade 3. Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção

Há mais de um ano que estou inserida na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Boa Vista do Ramos, no Estado de Amazonas. Por situações de infraestrutura, as Estratégias de Saúde Familiar (ESF) das duas UBS do interior do município ficavam oferecendo serviço na minha Unidade de Saúde, pelo qual, para satisfazer as demandas da população as consultas eram realizadas em demanda espontânea sem agendamento prévio.

No território percebi que Atenção Integral à Saúde das Crianças não era desenvolvida segundo o protocolizado pelo Ministério de Saúde. Os indicadores de saúde apresentavam baixos índices de acompanhamento no que se refere as consultas de Puericultura, acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento pela ESF durante os primeiros anos de vida, e os indicadores de Saúde Bucal; as mães procuravam a UBS para fazer o teste do pezinho, porém não aproveitavam a visita a Unidade de Saúde para fazer a primeira consulta de Puericultura do recém-nascido; a amostra para o teste do pezinho era realizada com um mês de vida, alguns casos tinham que refazer por resultado alterado, como teste do bracinho; não eram desenvolvidas atividades de promoção para a Saúde Bucal nas crianças, por isso, as doenças bucais eram muito frequentes; por outro lado, doenças com diagnóstico sugestivo para anemia ferropriva, cardiopatias congênitas, hipovitaminose, desnutrição energético-proteica, transtorno do desenvolvimento mental e intelectual eram prevalentes nesta população(CAB 33).

Fiquei preocupada com o problema e decidi mudar o quadro, direcionando meu trabalho às crianças, para acompanhar principalmente aqueles com doenças mentais, na sua maioria sem acompanhamento pela ESF, pois eram faltosas a consultas, levados a unidade de saúde somente quando ficavam doentes. A troca de receita era realizada pelos pais sem a presença das crianças e sem fazer ajuste da dose.

Primeiramente realizei uma reunião com a equipe de saúde para explicar minhas observações e pedir a sua cooperação para o planejamento das

atividades a serem desenvolvidas. Pedi aos Agentes Comunitários de Saúde que atualizassem o cadastro da população infantil a fim de conhecer o total de crianças por faixas etárias, registrando os dados numa ficha que eu desenhei com nome da criança, data de nascimento, tipo de parto, endereço, nome da mãe, vacinação, data do teste do pezinho e resultados, número de consultas, data da última consulta e antecedentes pessoais. Iniciamos um projeto com os Agentes Comunitários de Saúde que se chama “Criança Feliz” consiste em acompanhar todas as crianças residentes na área de abrangência da ESF dando ênfase a consulta de Puericultura logo a primeira semana de vida, com agendamento conforme preconiza o Ministério da Saúde no caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança (CAB 33). O projeto ainda visa a reunião de grupo de crianças, pais ou responsáveis, para desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, a realização de atividades de motivação e educação psicomotora para o estímulo do desenvolvimento psicomotor e como meio para a criança adquirir habilidades, sempre com o apoio matricial dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde Familiar, neste caso a Assistente Social e o Fisioterapeuta (vide em outros Anexos).

A população ficou contente com o projeto e aceitaram a proposta de trazer as crianças para realizar as reuniões de grupo, realizar as consultas de Puericultura e avaliação pelos profissionais do NASF caso necessário. Permitiu ainda utilizar como ferramenta para o controle e monitoramento da saúde das crianças da área de abrangência, e o planejamento das consultas de Puericultura avaliando o crescimento e desenvolvimento das crianças, identificando situações de risco e vulnerabilidade das mesmas na primeira idade, identificando conflitos familiares, identificar mães com risco de Desmame Precoce e Depressão puerperal, rastreamento de doenças congênitas, avaliação do cumprimento do esquema de vacina, identificação de comorbidades, identificar crianças com risco ou vítimas de violência infantil, conhecer a família na sua integralidade e as crises que afetem a saúde das crianças, realizar promoção de saúde e prevenção de doenças, e o acompanhamento regular dos casos(vide em Outros Anexos).

No momento a equipe continua desenvolvendo o trabalho para oferecer saúde integral a população infantil, consultas de pré-natal, acompanhamento aos

usuários com doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, consultas de Planejamento familiar e Saúde Mental, pacientes com câncer e outras doenças. Temos conformado um grupo de grávidas onde realizamos atividades de puericultura pré-natal e fornecemos informações precisas as mães, um grupo de idosos que realizam atividades físicas três vezes na semana e aproveitamos para aprofundar em seus problemas, refletir e intervir em conjunto para orientar a conduta adequada e atingir melhoria no controle de suas doenças. Além disso, temos em projeto a realização de Terapia ocupacional na Unidade Básica de Saúde como parte da reabilitação à Saúde Mental onde eles vão aprender fazer trabalhos com tecidos, trabalhos com fitas, pintura, reciclagem e outros artesanatos o que facilitará a recuperação dos usuários com doenças mentais.

Conforme o protocolizado pelo Ministério de saúde para atenção integral à saúde da criança, as consultas de Puericultura devem promover o cuidado e o fomento ao desenvolvimento integral das crianças, o tratamento das comorbidades clínicas detectadas nas consultas e o acompanhamento deles, pelo qual para atingir a meta de consultas integrais para todas as crianças da área deve ser feito um trabalho em equipe com apoio de outros profissionais na prestação de serviços preventivos, procurando mobilizar efetivamente toda a comunidade na promoção de saúde, além da responsabilidade dos pais e familiares no cumprimento das orientações dos profissionais da saúde(CAB 33).

Atividade 4. Visita Domiciliar

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal finalidade a reorganização da Atenção Básica no país. É considerada uma estratégia de expansão e qualificação da Atenção Básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para mais perto das famílias e ser a porta de entrada nos serviços. Atua com equipes multidisciplinares, compostas no mínimo por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Drulla, AG, 2009).

A ESF possui como princípios de reorganização da Atenção Básica a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo permanente estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica a relação precisa entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da Análise da Situação de Saúde do território, mediante o cadastramento das famílias e dos indivíduos, e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (Cruz, MM; Bourget, MM, 2010).

A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família é um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Ainda, visa atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene e saneamento, entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (Cunha, MS; AS, MC, 2013).

A Visita Domiciliar deve ser realizada de forma sistematizada pelas equipes de saúde da família, para isso, são traçadas formas de planejar, executar, registrar e avaliar as ações. A periodicidade de Visitas Domiciliares às famílias pela equipe de saúde também leva em conta a classificação de risco familiar. (Abrahão AL, Lagrange V, 2007).

Nossa Estratégia de Saúde Familiar realiza a Visita Domiciliar conforme as demandas dos Agentes Comunitários de Saúde, familiares ou vizinhos, com uma frequência semanal, sempre sexta-feira, no horário da manhã; realizando todas as semanas de quatro a cinco visitas, previamente programadas, com

conhecimento certo dos pacientes priorizados neste tipo de atendimento. A equipe tem cadastro dos pacientes que são acompanhados, tais como, pacientes com doenças crônicas, acamados, pacientes com dificuldades para se movimentar, grávidas, puérperas, lactantes, recém-nascidos, e outros pacientes com doenças agudas que precisam de acompanhamento; isto permite fazer o planejamento mensal dos atendimentos domiciliares, a frequência das visitas, e quais casos devem ser priorizados, facilitando a equidade no acompanhamento, e o acesso dos pacientes com demandas reprimidas que não podem ser avaliados na UBS, além de maior satisfação da população.

As visitas são realizadas na sua maioria pela Enfermeira, a Médica e os Agentes Comunitários de Saúde; outras vezes, quando houver necessidade de realizar um curativo ou orientar sobre um tratamento no domicílio e realizada junto com a Técnica de enfermagem. A equipe dispõe de materiais devidamente acondicionados numa maleta para garantir o desenvolvimento de nossas atividades nos domicílios, tais como a Ficha guia da Visita Domiciliar, o Prontuário dos usuários a serem visitados, Receitas, Estetoscópio, Esfigmomanômetro, Abaixador de língua, Termômetros, Glucosímetro com fitas, Luvas de procedimentos e luvas estéreis, Pacote de curativos, Lanterna, Fita métrica e Balança portátil.

Neste espaço são desenvolvidas ações de promoção em saúde, diagnósticos suspeitos de doenças agudas ou crônicas, troca de receitas, curativos e troca de sonda vesical. Nos casos de pacientes acamados ou com dificuldade para se deslocar até a UBS, e que precisarem de exames laboratoriais fazemos também toma de amostra de sangue. Os ACS são os primeiros em conhecer as demandas da sua população e tem bem definidos seu território de atuação, pelo qual são parte importante deste tipo de atendimento; eles informam com antecedência aos pacientes e familiares o dia da visita, para evitar inconformidades e a presença dos pacientes e os cuidadores nos domicílios.

Quando um paciente da área tem necessidade de atendimento domiciliar por alguma doença aguda, a visita também é realizada, sendo a maioria dos casos pacientes idosos, as vezes com dificuldade para se movimentar até a Unidade de Saúde. Os profissionais do NASF, a Assistente social, o

Fisioterapeuta e a Nutricionista fazem parte importante no acompanhamento dos casos, e realizam a visita dos pacientes compartilhada com a equipe, oferecendo apoio matricial e desenvolvendo as ações necessárias em cada caso em particular para a resolutividade das mesmas (vide em Outros Anexos).

Exemplo de uma Visita Domiciliar realizada pela ESF.

Unidade sanitária: Unidade Básica de Saúde Boa Vista do Ramos Centro.

Nome dos pacientes: EMDS e MCDS.

Objetivo da Visita Domiciliar: Verificar as condições de saúde do recém-nascido e da mãe. Informar sobre a realização do Teste do Pezinho.

A continuação farei a descrição da Visita Domiciliar programada e informada com antecedência à família Dos Santos pela ACS, realizada no dia 08/12/2017, as 8:00 horas da manhã, sendo a primeira visita à família, pois são moradores há pouco tempo em nossa área de abrangência, e tem recebido a chegada de um novo filho. Fomos recepcionados por uma vizinha que ficava ao cuidado da puérpera e do recém-nascido; logo de cumprimentarmos e apresentarmos explicamos o objetivo da visita. A puérpera ficava deitada numa cama e o recém-nascido ficava numa rede dormindo. Chamou minha atenção o estado do outro filho, uma criança de poucos anos de idade que estava sem roupa, com aspecto de desnutrido, além de apresentar deformidade visível do peito. Nesse momento estavam preparando o café de manhã, cozinhando no chão pois não tem fogão.

Dados dos pacientes alvos:

EMDS: Idade 3 dias, cor parda, sexo masculino, produto de parto distócico (cesárea), Apgar 8/9, peso 3245 gramas, comprimento 50 cm, perímetro cefálico 32 cm, vacinas BCG e VCH-B, Exames de VDRL Soro Não Reativo; teste de HIV e Hepatite BC da mãe resultado Soro Não Reativo, tem aleitamento materno exclusivo.

MCDS: Idade 28 anos, cor parda, feminina, nacionalidade brasileira; amazonense; exames do pré-natal normais; teve sete atendimentos, com Infecção urinária no Trimestre II; avaliada de risco socioeconômico.

Situações de vulnerabilidade do recém-nascido: Alto risco pela idade e risco socioeconômico; risco ambiental.

Número de registro: Família ainda não cadastrada.

Identificação e características dos membros:

EMDS: Idade 3 dias, filho, sexo masculino.

MCDS: Mãe, Idade 28 anos, casada, grau de instrução Média terminada, desocupada.

EMG: Pai, Idade 30 anos, casado, carpinteiro, grau de instrução Fundamental completo.

EIMDS: Irmão, Idade 3 anos, sexo masculino.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas:

MCDS se mostra envergonhada pelas condições da casa e assim o expressa. Tem conhecimento de seu estado, por isso está fazendo repouso e o curativo diário, além de estar tomando os remédios que colocaram no hospital. Se mostra comunicativa, feliz de seu bebê, com vontade de se recuperar pronto. Refere seu filho se está alimentando sem dificuldade, pega bem o peito e dorme muito.

Queixas do momento: Refere tem dor na ferida e as vezes tontura.

Exame físico:

MCDS está hidratada, mucosas úmidas e hipocoradas, sem edema, eupnéica, TAX 36,5 graus célsius, TA 100/70 mmhg, mamas normais com abundante leite, abdome ferida cirúrgica com bordes bem afrontados, sem sinal de infecção, dor leve a palpação no hipogástrio, útero ao nível do umbigo, lóquios normais.

EMDS tem bom estado geral, cor rosa da pele, hidratado, padrão respiratório normal, FR 42 mrpm, ativo, reativo, fontanelas normais, murmúrio

vesicular normal, bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos, cordão umbilical sem sinal de infecção, reflexos normais, escrotos normais.

Decido realizar também exame físico ao filho maior.

EIMDS tem aspecto de desnutrido, pele fina, com deformidade congênita do peito, peso 10 quilogramas, altura 80 cm, hipocorado, hidratado, polipnéia leve, FR 32 mrpm, murmúrio vesicular normal, sem estertores, bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos, sopro holosistólico grau III/VI em borde paraesternal esquerdo baixo, o que me fiz pensar numa cardiopatia congênita. Interroguei aos pais se ele teve quadro de cianose e me disseram que não; sempre ficava com falta de ar e com quadros de gripe, mais ninguém nunca falou sobre a possibilidade de ficar doente do coração.

Tratamento atual: MCDS em uso de Cefalexina 1 comprimido de 500 mg de 8/8 horas. Curativo da ferida diário. Sulfato Ferroso 1 comprimido ao dia.

Cuidador: Estão ao cuidado de uma vizinha que faz todo na casa até a chegada do esposo do trabalho. Ajuda com o banho do recém-nascido o da outra criança.

Estrutura familiar: Trata-se de uma família nuclear; o esposo trabalha de carpinteiro e não tem emprego fixo.

Condições de vida: sem domicilio próprio, foi emprestado por um familiar, casa de tijolo, piso de cimento, tem só um cômodo; não tem banheiro; utiliza o banheiro da vizinha; não tem aparelhos eletrodomésticos. A renda familiar é muito baixa. Recebem ajuda de Bolsa de Família.

Condições sanitárias da habitação: A habitação fica desarrumada, a higiene não é boa, a comida é preparada no chão, a água de beber não é tratada, o lixo é jogado num terreno baldio.

Alimentação: EMG, o esposo é responsável pela alimentação da família, tem pouco ingresso; a janta é preparada pela vizinha. Têm três refeições no dia. O filho maior come bem pouco, não gosta de carne.

Conhecimento e utilização dos recursos e associações da comunidade:

Fazem uso dos serviços oferecidos na UBS, no Hospital e participam do programa de Bolsa Familiar.

Ferramentas sociais envolvidas: Não recebem ajuda do tipo religiosa ou política.

Fontes de lazer ou entretenimento: MCDS refere não tem nenhum tipo de entretenimento; fica o tempo todo cuidando dos filhos, agora neste estado não pode fazer nada, nem assistir à televisão pois não tem, além de não poder ajudar o esposo.

Metas:

Lograr a cura da ferida cirúrgica.

Lograr a realização das consultas de Puericultura e de Puerpério.

Plano de cuidado:

Necessidade de curativo diário da ferida cirúrgica.

Vigiar as características dos lóquios.

Cumprimento do tratamento orientado; continuar com o uso do Sulfato Ferroso e a Cefalexina até completar.

Curativo diário do coto umbilical com álcool ao 70 %.

Acompanhamento pela ESF.

Orientações:

Aleitamento materno exclusivo a livre demanda.

Banho de sol diário ao recém-nascido.

Vigiar sinais de alarma no recém-nascido e na puérpera.

Oriento sobre riscos de Acidentes no domicílio.

Higiene adequada da casa.

Retorno a UBS para realizar Teste do Pezinho, a consulta puerperal e de Puericultura do recém-nascido.

Retorno para realizar consulta de avaliação a EIMDS para decidir conduta.

Avaliar situação da família com a Assistente social do NASF.

Avaliação da Visita Domiciliaria:

Neste caso a Visita Domiciliária permitiu a equipe de saúde uma maior aproximação com a realidade vivenciada pela família, em situação de pobreza, conhecer as condições de seu domicílio e saber atuar neste espaço, identificando as necessidades de saúde da família e a sua situação econômica, avaliar os riscos e vulnerabilidades do recém-nascido e da outra criança, realizar diagnóstico suspeito de cardiopatia congênita, identificar os riscos de acidentes, além de planificar as estratégias a serem desenvolvidas que possam resolver os problemas de saúde da família.

Atividade 5. Reflexão Conclusiva

Neste curso pude analisar as profundas etapas de mudanças que sofreu a saúde no Brasil ao longo do tempo, onde a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, até a implementação do SUS, surgindo a saúde como direito não como um favor; mas como um dever do estado, com princípios doutrinários e onde as massas por enquanto, continuam seu papel protagônico, mostrado nas diferentes organizações como Conselhos Municipal de Saúde e Conselho Tutelar.

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes princípios doutrinários: a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a participação popular e a descentralização política administrativa. Estes princípios mudaram a realidade da saúde no Brasil, permitindo o acesso da população a serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção, com direito a promoção, proteção e recuperação a saúde, independente de raça, cor, crenças ou classe social (Constituição Federal Brasileira 1990).

Sendo assim, Atenção Básica de Saúde é o primeiro espaço de contato dos pacientes, e a porta de entrada ao sistema de saúde, onde expressam as suas necessidades de saúde através da escuta inicial, nesse sentido pode marcar a diferença no tipo de atendimento a serem desenvolvido. Neste cenário o papel desenvolvido pela Estratégia de saúde Familiar (ESF) tem sido fundamental no cumprimento destes princípios, pois na prática diária quando fazemos o cadastro e acompanhamento das famílias estamos atendendo o princípio da universalidade, quando atendemos a todos os pacientes de maneira igual, respeitando as desigualdades, sem preconceito nenhum, estamos atendendo o princípio da equidade, e quando fornecemos a assistências as necessidades dos pacientes estamos atendendo o princípio da integralidade (PNAB 2012; CAD 2012).

Neste ponto, vivencio no dia a dia o papel relevante da ESF levando a saúde para mais perto das famílias e as comunidades, responsabilizando-se na atenção integral aos pacientes sob seu cuidado, no acompanhamento de suas

doenças, coordenando seu cuidado, e articulando com as Redes de Atenção e apoio para uma maior resolutividade dos problemas de saúde da sua área de abrangência, sendo as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças parte importante do trabalho das ESF na melhoria do estado de saúde e a qualidade de vida da população brasileira.

Quando comecei meu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Boa Vista do Ramos a organização do trabalho da ESF não era bem planejado, a maioria dos atendimentos realizados eram por demanda espontânea, sem agendamento prévio de pacientes para cuidado continuado; os atendimentos em consultas agendadas eram realizados somente para as grávidas. As consultas de Puericultura não eram realizadas acorde ao preconizado pelo Ministério de Saúde e as crianças completavam o ano de vida com uma ou duas consultas de Puericultura. Os pacientes com doenças crônicas ficavam sem acompanhamento pela ESF, procurando a UBS só para troca de receitas, ou quando ficavam doentes, sendo a maioria deles faltosos a consultas e sem adesão ao tratamento. A ESF realizou organização da agenda profissional através do planejamento de ações, para melhoria dos indicadores de saúde, para realizar visitas domiciliares e consultas agendadas utilizando a estratificação de risco e vulnerabilidade nos pacientes de grupos de programas como HIPERDIA, e pacientes com outras doenças crônicas, reorganizar as consultas de Pré-natal, Puericultura e de Planejamento Familiar, programar atendimento no dia para pacientes com doenças agudas ou emergências, realizar o acompanhamento dos pacientes e famílias com necessidades manifestas, revitalizar o programa de Saúde Escolar, além de realizar intervenções educativas nos diferentes cenários para eliminar hábitos nocivos e mudar estilos de vida inadequados na população adstrita.

O curso de especialização em Saúde da Família que estou cursando faz parte importante da minha vida profissional, pois me permite vivenciar no dia a dia as necessidades reais e as demandas reprimidas de meus pacientes, o comportamento das condicionantes e determinantes de saúde na minha área e os principais problemas de saúde que afetam a população no meu território. Me permite ademais, abraçar uma cultura e conhecer um Sistema Único Saúde diferente ao nosso, aplicar seus protocolos clínicos, conhecer os fluxos de

atendimento e utilizar informação atualizada para resolver os problemas de saúde dos pacientes, me faz estudar dia a dia e aplicar o melhor método baseado na evidencia para desta forma oferecer um atendimento de qualidade. Isso me faz pensar que meu trabalho ainda pode ser melhor, que o médico sempre tem algo novo que aprender, que o trabalho em equipe faz a diferença e permite a troca de experiência entre os profissionais, utilizando a Reunião da Equipe como meio para conhecer os problemas de saúde da população, aprofundar na Educação permanente, realizar Planos Terapêuticos Singulares dirigidos aos pacientes ou à família com problemas de saúde, para monitorar e avaliar ações de cuidados e de coordenação da atenção à saúde destes pacientes de acordo com as suas necessidades.

Como aspecto negativo no trabalho devo sinalar as dificuldades que tem os pacientes baixo nossa responsabilidade, para seu deslocamento até outros municípios quando precisarem de realizar estudos especiais ou de tecnologia avançada, pois no município temos poucos recursos nas instituições de saúde, e a maioria deles tem baixa renda econômica; a demora no agendamento no hospital para a realização de estudos laboratoriais; a ausência de mamógrafo no município, tão importante no rastreamento de câncer de mama; a demora na recepção do resultado do estudo citopatológico de rastreamento de câncer do colo do útero; dificuldade no funcionamento da referência e contrarreferência, existindo desinformação dos profissionais sobre os pacientes baixo seu cuidado quando tiver internamento hospitalar ou atendimento em outra instituição de saúde.

Dediquei parte de meu tempo de lazer me preparando nesta forma de estudo da Universidade Aberta do SUS, a ensina a distância, que é uma experiência nova para mim, mais fico contente pois acho que agora estou melhor preparada, tenho mais domínio no uso do computador e do idioma, acreditando que todo pode ser possível sempre que a gente tenha a vontade de se preparar, de se superar, de crescer profissionalmente e como pessoa.

Referência Bibliográfica

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Julho de 2016. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.
2. Confederação Nacional de Municípios. 2011. Disponível em: <http://www.cnm.org.br>. Acesso em: dez. 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2003. Brasília- DF, 2004.
4. Brasil. Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 33, p. 41-76; 119-152; 183-194. Brasília – DF 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 23, Saúde da Criança: Nutrição Infantil, p.87-89. Brasília-DF, 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 28, Queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II, p. 63. Brasília-DF, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33, Saúde da Criança, p. 41-76; 119-167; 183-216. Brasília-DF, 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Volume III, p. 27-39. Brasília –DF, 2014.
9. Cristina Gonçalves Alvim; Laura Maria de Lima Belizário; Facury Lasmar; Saúde da criança e do adolescente; Doenças Respiratórias, p. 19-33. Belo Horizonte, 2009.
10. Drulla, AG. et al. A Visita Domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare Enferm 14, p. 667-74 Out/Dez,2009.

11. Brasil. Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação, Brasília, 2003.

12. Constituição Federal Brasileira, Lei 8080, artigo 198 de 19 de Setembro de 1990.

13. Brasil. Ministério de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, p. 19-23, Brasília- DF, 2012.

14. Brasil. Ministério de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, V I, p9-11; 20-21, Brasília- DF 2012.

Anexo 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Maigdeline Kindelán Pero

Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de zero a cinco anos na ESF
1 da UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos, no Estado Amazonas.

Boa Vista do Ramos 2017

RESUMO

Este trabalho vai tratar de uma intervenção que vai ser realizada na UBS Centro Boa Vista do Ramos do município Boa Vista do Ramos do Estado Amazonas, que tem por objetivo melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a cinco anos que fazem parte da área de abrangência da Estratégia de Saúde Familiar 1. A atenção as crianças são muito deficientes, pois não existe a preocupação de acompanhamento das crianças, as quais são atendidas quando ficam doentes. Não existe uma boa adesão das mães a Puericultura, nem conhecimento da importância das mesmas no acompanhamento da saúde das crianças nesta etapa da vida, procurando o serviço quando têm alguma preocupação sobre seu estado de saúde ou alguma doença aguda. A intervenção vai ser desenvolvida durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2017, com desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, pactuação das ações, execução das ações e monitoramento. Para o monitoramento da intervenção vai ser utilizado a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados. Utilizaremos como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº 33 Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, do ano de 2012, elaborado pelo Ministério da Saúde. Com a intervenção vamos ter uma melhoria na atenção à saúde das crianças da área, com realização de atendimento clínico com qualidade as crianças cadastradas, com estratificação de risco, encaminhamento para avaliação odontológica e a outras especialidades; além disso, trabalharemos com os grupos de Educação em Saúde; nestes faremos palestras sobre Aleitamento Materno, Alimentação Saudável, a importância das Vacinas, importância do Teste neonatal do pezinho, como evitar Acidentes, prevenção das Doenças buco dentais, e a importância do acompanhamento das crianças segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde.

Palavras – chave: Puericultura, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	6
2.1 Geral	6
2.2. Específicos	6
3. Revisão da literatura	7
4. Metodologia	10
5. Cronograma	12
6. Recursos necessários	13
7. Resultados esperados	14
8. Referências	15

1. INTRODUÇÃO

Puericultura é a arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. É uma especialidade médica contida na Pediatria que leva em conta a criança, sua família e o entorno, analisando o conjunto bio-psico-sócio-cultural (OLIVIER,1998).

A Puericultura, como subespecialidade da Pediatria, preocupa-se com o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. É de fundamental importância, uma vez que é por meio dela que o pediatra tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. A detecção precoce dos distúrbios é essencial para seu tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos sequelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico (OLIVIER,1998).

Várias doenças graves que se apresentam com poucos sintomas preocupantes para os pais podem ser detectadas e tratadas pelo pediatra, antes que cheguem a causar prejuízos irreversíveis, tais como a Anemia ferropriva, o Raquitismo, as Verminoses, as Deficiências vitamínicas e erros nutricionais, e inúmeras outras doenças próprias da infância.

O pediatra também supervisiona a administração da vacinação básica contra as doenças comuns da infância, como a Poliomielite, a Rotavirose, o Tétano, a Difteria, a Coqueluche, as Hepatites A e B, a Varicela, entre outras. Além disso, o pediatra pode prevenir uma série de problemas, fornecendo adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional. A supervisão do desenvolvimento neuro-lingüístico-psico-motor e a orientação especializada para a adequada estimulação desse desenvolvimento, mais recentemente, tem tornado o trabalho dos puericultores de grande importância para o aproveitamento integral da potencialidade intelectual do bebê e do lactante, criando crianças, adolescentes e adultos mais preparados para os desafios da vida moderna (BONILHA, 2005).

No ano de 1978, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) ao eleger a Atenção Primária à Saúde como estratégia de planejamento, funcionamento e programação para os serviços de saúde, visando à Saúde para todos no ano

2000 passa a influenciar fortemente políticas de saúde em vários países, inclusive no Brasil.

Na década de 1980, as Ações Básicas de Saúde na Atenção Integral à Saúde da Criança definem normas e priorizam o desenvolvimento das ações básicas voltadas à criança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças imunopreveníveis consideradas como eixo nucleador da assistência a serem prestada na rede básica de serviços do país.

O movimento da reforma sanitária, a redemocratização do país, dentre outros fatores, determinou mudanças no sistema de saúde que se concretizaram na criação do Sistema Único de Saúde, em 1988 (BRASIL, 1988), onde a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, uma das mais importantes conquistas de nossa sociedade.

Os princípios do SUS, equidade, acesso universal a todos os níveis de atenção, a integralidade das ações, controle social embora presentes na legislação, requerem permanente defesa visando à sua qualificação. Na atenção pediátrica, somam-se direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, redefinindo-se o papel do Estado, e as responsabilidades sobre a assistência à infância e à adolescência. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Melhorar a Atenção à Saúde das crianças de zero a cinco anos na ESF 1 da UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos.

2.2 Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
3. Mapear as crianças de risco pertencentes à área da UBS.
4. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
5. Melhorar o registro das informações.
6. Promover a saúde das crianças.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações em cada período histórico, envolvendo avanços do conhecimento técnico-científico, das políticas públicas, e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade (FIGUEIREDO, 2007).

A mudança do modelo assistencial induzida pelo Ministério da Saúde (MS) com a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou reorientar um modelo que privilegiou, ao longo de décadas, o enfoque biomédico e a demanda espontânea, para uma oferta de ações com foco nas necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde. (TEIXEIRA, FONTES, PEREIRA, 2006). Esta proposta, apesar dos complexos desafios e dificuldades inerentes, passou a ser assumida por todos os entes federativos, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual reafirma os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade da assistência, num contexto comunitário e de integração com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Segundo o UNICEF, em sua publicação "Situação Mundial da Infância 2008 - Sobrevivência Infantil", o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. A ESF tem sido reconhecida como uma das mais efetivas políticas adotadas pelo país para a redução da mortalidade infantil, reforçando a relevância do modelo na atenção à saúde da criança (BRASIL, 2009).

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) 2013, o Brasil alcançou em 2012 a meta internacional de diminuição da mortalidade na infância (menores de cinco anos). O índice, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), previa a redução em 2/3 da mortalidade desse público entre 1990 e 2015. No Brasil, a taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, uma redução de 67,7%. O país também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade

(mortalidade infantil), passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, queda de 68,3%.

Os avanços das condições de saúde da criança brasileira são decorrentes de ações como a ampliação da cobertura da atenção básica, do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno e do nível de escolaridade da mãe, além da diminuição da pobreza obtida pelo programa Bolsa de Família. Essas ações se somam a outras políticas públicas que levaram à quase extinção de internações por desnutrição (agravo praticamente residual no país), por doenças imunopreveníveis (Sarampo, Difteria, Tétano neonatal, Poliomielite, Varíola, Rubéola, Meningites) e por Diarreia e Pneumonia (BRASIL, 2005).

O MS propôs, em 2005, um instrumento de avaliação formativa para a ESF, a *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (AMQ). Focado na auto avaliação pelos principais atores envolvidos (gestores, gerentes e profissionais de saúde), e apresentando padrões de referência para a organização dos serviços, visa uma atividade-meio, que estimule o alcance da qualidade das ações na ESF (BRASIL, 2005).

Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a criança vai favorecer o seu desenvolvimento inicial, proporcionando a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados com o seu filho e as condições do seu estado de saúde, dialogar, expressar e elaborar sentimentos. É importante que o profissional que trabalha na equipe de saúde da família internalize esses conceitos de forma sistematizada e cotidiana (BRASIL, 2005).

O acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento do nascimento até os cinco anos de idade é fundamental para a criança, pois permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social. As ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem ser voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento, a proteção da saúde, e a identificação e tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de situações que vulnerabilizam a saúde da criança

permitirá a execução dessas ações, possibilitando a redução da morbimortalidade além de potencializar seu desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Ações aparentemente simples como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil são necessários a capacitação técnica e o seguimento de normas já estabelecidas, bem como o trabalho integrado das equipes de atenção à criança, articulando as ações básicas de saúde (BRASIL, 2005).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, que incluirá todas as crianças de zero a cinco anos pertencentes à Estratégia de Saúde Familiar 1 da UBS Centro Boa Vista do Ramos, do Município Boa Vista do Ramos do Estado Amazonas. As ações a serem realizadas nessa pesquisa, serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

Pactuação das ações: O projeto será apresentado à equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados; com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos para sua realização e os responsáveis. Deve-se organizar com a coordenação da Unidade de Saúde uma pauta para tratar a Atenção das crianças.

Organização e gestão do serviço: Será realizada uma oficina para os ACS com o objetivo de discutir as ações de saúde a realizar pela equipe de ACS. A equipe de saúde organizará os materiais, e fará o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Neste momento, será solicitado à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio como os Cadernos de Atenção Básica, assim como as fichas de acompanhamento e as fichas espelho. Após ter todos os materiais disponíveis, sugere-se que a equipe tenha uma reunião para a discussão dos instrumentos para implementação da Atenção às crianças, as dúvidas devem ser compartilhadas, além de pactuar entre os membros da equipe a fim de que a execução da atividade possa ser facilitada.

Execução das ações: A execução das ações iniciará no mês de Setembro. Todos os ACS irão fazer o cadastro das crianças de zero a cinco anos de idade nascidos na área de abrangência da equipe, farão Visita Domiciliar para agendar as consultas das crianças, explicaram a importância da consulta de Puericultura durante os primeiros anos de vida, a importância da primeira consulta do recém-nascido, da realização do teste de pezinho, das vacinas, e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

Monitoramento e avaliação: O projeto será monitorado semanalmente na reunião realizada pela equipe de saúde. Serão discutidas situações especiais que os ACS e o Técnico de enfermagem julgarem pertinentes em relação às visitas domiciliares realizadas às crianças para sua atenção e acompanhamento. Os ACS deverão entregar para a Equipe de Saúde Bucal as planilhas preenchidas com as atividades da semana, para que os dados possam ser analisados e apresentados na reunião semanal da equipe. Além disso, será monitorado o absenteísmo das crianças as consultas ao longo da intervenção a partir da agenda da equipe.

Ao final dos três meses de execução do projeto, será realizada uma apresentação dos resultados na reunião semanal de equipe para avaliação da intervenção e discussão dos resultados do trabalho desenvolvido, apresentando o mesmo em tabulas.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018
Elaboração do Projeto	X					
Cadastro da população objeto de estudo	X	X				
Treinamento das ACS	X	X				
Consultas individuais.			X	X	X	
Revisão do referencial teórico	X	X	X	X	X	
Implementação do Projeto			X	X	X	
Entrega do informe final						X
Apresentação e discussão						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos

Recursos materiais:

O computador.

Cartucho de tinta para impressora.

Folhas.

Canetas.

Fichas de acompanhamento.

Cadernos de Atenção Básica.

Balanças.

Antropômetros.

Prontuários das crianças.

Pasta para arquivo do planejamento das atividades.

Requisição para exames laboratoriais.

Estetoscópio.

Fita métrica.

Recursos humanos.

Estratégia Saúde da Família composta por 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 1 Médico.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação do projeto a equipe poderemos atualizar o cadastro das crianças de zero a cinco anos para melhorar a atenção à saúde das crianças, através da realização das consultas programadas segundo os períodos estabelecidos pelo Ministério de Saúde, para conseguir uma atenção diferenciada das crianças, tratar as doenças mais frequentes, avaliar os riscos estabelecendo sua estratificação, e em geral, avaliar o estado de saúde das crianças de nossa área nesta etapa tão importante do desenvolvimento.

A pauta das prioridades no atendimento destes pacientes na agenda profissional da equipe de saúde vai permitir o adequado desenvolvimento do processo, mesmo assim a prática de Projetos Terapêuticos Singulares quando ser necessários, traçando novas estratégias de trabalho, com ações bem definidas, segundo as demandas de cuidado das crianças e o acompanhamento delas, maior acesso à informação em saúde oferecidas em cada consulta, oferecendo orientações sobre diferentes temas em dependência da idade. Com a capacitação dos profissionais melhoraremos a qualidade das consultas e das visitas domiciliares, promovendo à saúde das crianças.

8. REFERÊNCIAS

1. Olivier. C.E. Puericultura: Preparando o Futuro Para o Seu Filho- Editora SOCEP – 1998, p. 204.
2. Bonilha L.R.C.M. & Rivorêdo, C.R.S.F. Puericultura: Duas Concepções Distintas (Well-Child Care: Two Distinct Views). - *Jornal de Pediatria* - Vol. 81, Nº1, 2005.
3. Figueiredo NMADE, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. Yendis Editora. São Caetano do Sul, SP: 2007; p.18 e 24.
4. Mello DF, Lima RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança [texto da internet]. Ribeirão Preto. [Citado em 06 fev. 2010]. *Revista latino-americana de enfermagem*: 2009; 17(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010411692009000400022&script=sci_arttext&tlng=pt>.
5. United Nations Children's Fund [Internet]. Brasília: UNICEF (BR) [cited 2008 jun 08]. Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Available from: http://www.unicef.org/Brazil/pt/resources_10167.htm.
6. Teixeira C, Fontes S, Pereira J. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Edufba. Salvador: 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. SUS 20 anos a saúde do tamanho do brasil. [Texto da internet] Brasília (DF); 2008. [Citado em 24 abr. 2010]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2008/Carta20anosdoSUS.pdf.
8. Slomp FM, Falleiros de Mello D, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido num Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo: 2007; 41(3): 441-446.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF); 2005.

10. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxo e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2):490-498.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno em alimentação complementar. Telessaúde. Brasília: 2009.

12. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. American Journal of Public Health, New York 2009, 99(1): 87-93.

OMS. Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, Declaração de Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Outros Anexos



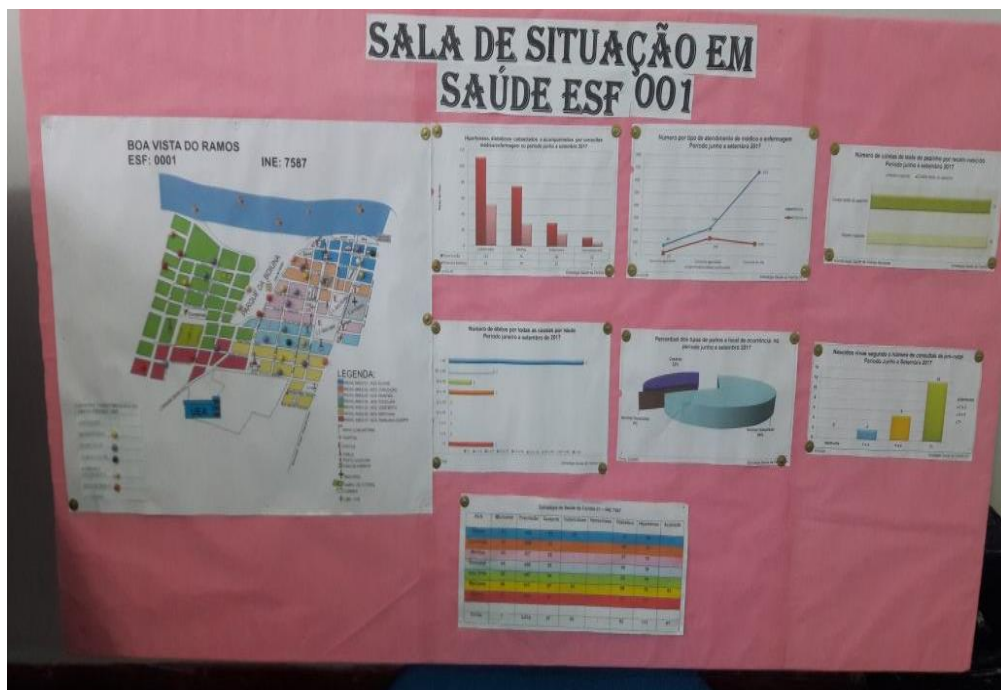
Foto da cidade de Boa vista do Ramos- AM



Foto da UBS de Boa Vista do Ramos



Foto do território da UBS



Sala de Situação em Saúde da ESF

PREFEITURA MUNICIPAL BOA VISTA DO RAMOS
-Mais perto de você-

ESTADO DO AMAZONAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO RAMOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BOA VISTA DO RAMOS

Horário de atendimento: Segunda-Feira à Sexta-Feira
De 7:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Unidade Básica de Saúde Certificada
Melhora do Acesso e da Qualidade

#PREFEITURADEBOAVISTADORAMOS /SEMSABVR

Foto das Agenda Profissionais e Horário de Atendimento



Foto de Teste do Pezinho



Foto da consulta de Puericultura do Recém-nascido