



ADIANNIS SERRANO MATOS

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A CINCO ANOS NA
UBS JAIME HENRY ZUCCHETTI – NOVA ARAÇÁ/RS**

NOVA ARAÇÁ - RS

2017



ADIANNIS SERRANO MATOS

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A CINCO ANOS NA
UBS JAIME HENRY ZUCCHETTI – NOVA ARAÇÁ/RS**

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: Lucas Mello Pioner

NOVA ARAÇÁ - RS

2017

RESUMO

O acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança é um objetivo a ser alcançado cotidianamente pela equipe de trabalho, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de vida e saúde da família. Esta deve contribuir para a contínua melhoria do acesso e qualidade no cuidado às crianças e a organização do processo de trabalho no âmbito da atenção primária de saúde. Dessa forma o portfólio foi realizado com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção à Saúde da Criança de zero a cinco anos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jaime Henry Zucchetti do município Nova Araçá/RS mediante o desenvolvimento de ações de prevenção, educação e promoção da saúde, assim como das visitas domiciliares. O portfólio exigiu minha capacitação e de toda a equipe para a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança proposto pelo Ministério da Saúde (2012). As atribuições da equipe foram revistas, viabilizando a atenção a um maior número de crianças.

Descritores: Atenção Primária, Asma Brônquica, Visita domiciliar, Saúde da criança.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
2. PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DA PUERICULTURA	13
3. VISITA DOMICILIAR	17
4. REFLEXÃO CONCLUSIVA	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

Graduada em Medicina pela Universidade de Ciências Médicas de Bayamo, Granma, Cuba, no ano 2014. No mesmo ano comecei a especialização em Medicina Geral Integral, depois de formada trabalhei dois anos em Cuba como médica geral. O primeiro ano, em um lugar de difícil acesso de um município do interior e o segundo ano na cidade de Bayamo, Granma. Posteriormente comecei no Programa Mais Médicos para o Brasil, no qual estou inserida desde Dezembro de 2016. Atualmente trabalho no município Nova Araçá, Rio Grande do Sul (RS), como médica da Estratégia de Saúde da Família na UBS Jaime Henry Zucchetti.

O município onde atuo foi fundado no ano 1965, 12 de Abril. Pertence à região nordeste do estado RS, tem uma população de aproximadamente 4.938 habitantes e um total de 1.163 famílias cadastradas, deste total, mais de um 50 por cento moram na área urbana (58 %) e o resto da população na área rural (42 %). (7)

Nova Araçá faz divisa com o município Parai ao Norte, ao sul é contíguo com Nova Bassano, ao oeste limita com Serafina Correa e Casca e ao leste faz fronteira com Nova Prata e Guabiju. O município conta com uma área urbana e uma rural, a primeira abrange dois bairros fundamentais, o Centro e a Vila Zucchetti, além de 8 comunidades (Linha 13, Linha 15, Linha Barra Grande, Linha Santa Marta, Santa Teresinha, Linha Cascais, Linha Santo Antônio-Capitel, Capoeirinha) que compõem sua área rural. (7)

A maioria de seus habitantes são de origem italiana, que apesar de terem adquirido costumes próprias da região ao longo do tempo, ainda mantêm a cultura e costumes de seus antepassados destacando-se a comida típica italiana e a religião, com a adoração a Nossa Senhora de Fátima, mantida até a atualidade como padroeira do município. (7)

No referente à economia do município temos que 50% vive da agricultura e pecuária e os 50 % restante corresponde ao comércio, indústria e serviços. Na agricultura ressalta o cultivo do milho e na pecuária a produção de leite, enquanto no setor de comércio e serviços o município conta com várias lojas, restaurantes, padarias, pizzarias, supermercados, além de ter duas agências bancárias e um posto de autoatendimento. No ramo da indústria destacam-se a Irmãos Frasson & Cia Ltda e o frigorífico Nicolini Ltda favorecendo o desenvolvimento do município. (7). Com relação à educação, o município possui um total de seis escolas, quatro da rede

municipal (duas de educação infantil e duas de ensino fundamental), uma escola estadual de ensino médio e uma da rede privada de ensino médio, educação fundamental e educação infantil. Segundo os dados estatísticos apresentados pelo SIAB mostram que a maioria da população apresentam algum nível de escolaridade pois só 1,81 % é analfabeta. (7)

Quanto à cultura dispõe de um parque de rodeios, escolinhas de futsal e voleibol, uma biblioteca pública municipal e uma biblioteca virtual. Anualmente são desenvolvidos diferentes eventos como o rodeio interestadual, a semana da cultura, a semana do município (no mês de abril) e em outubro a festa em honra a Nossa Senhora de Fátima, padroeira do município, etc. (7)

A estrutura/serviços de saúde do município é prestada através de uma UBS e alguns consultórios médicos privados. O atendimento SUS do município é realizado basicamente pela UBS. Usuários que requerem atendimento de maior complexidade são referenciados para hospitais da região de Nova Prata e algumas especialidades para a cidade de Passo Fundo. O município pertence à quinta Coordenadoria Regional de Saúde do Estado. A UBS está localizada ao extremo nordeste da cidade. Possui uma área de aproximadamente 980 metros quadrados, com as seguintes divisões: 1 sala aberta para acolhimento/triagem, 1 sala de enfermagem, 1 sala de vacinas, 2 consultórios odontológicos, 4 consultórios médicos, 1 sala para atendimento de psicologia, 1 sala onde são realizados serviços de agendamento, telefonista, digitação, vigilância sanitária, 1 sala da Secretaria da Saúde, 1 expurgo e banheiros públicos, 1 sala de reuniões e 1 sala de espera.

Quanto aos materiais e equipamentos, a quantidade é compatível com a complexidade dos atendimentos; não encontrando-se dificuldades para a aquisição dos mesmos, que se dá através de licitações organizadas pela própria equipe. Para as compras são utilizados recursos municipais, de emendas parlamentares ou programas estaduais e federais. Contamos com um veículo para a ESF, utilizado pelas equipes para realizar visitas domiciliares. O município conta com uma equipe de ESF e uma equipe tradicional, com cobertura de 100% da população. A UBS funciona no mesmo local onde está instalada a Secretaria Municipal de Saúde. O horário de funcionamento da UBS é das 07.00hs as 17.00hs. As duas equipes juntas contam com 4 médicos, 1 enfermeiro, 3 técnicas de enfermagem, 16 agentes comunitários de saúde, 2 dentistas e 1 auxiliar de saúde bucal. Além disso, vinculados a Secretaria, contamos com uma equipe de serviços complementares, como: 1

ginecologista, 1 pediatra, 1 psicólogo, 1 higienizadora, entre outros profissionais. Também atua na UBS o serviço de Vigilância em Saúde, sendo a Vigilância Epidemiológica coordenada pelo enfermeiro e a Vigilância Sanitária e Ambiental por outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, temos o serviço de agendamento de consultas e viagens para especialidades em outros municípios.

Quanto ao atendimento médico, o mesmo é realizado de acordo com a demanda, com exceção do ginecologista e pediatra, onde atendimento é previamente agendado. Ao acessar a UBS o usuário é acolhido por um profissional da enfermagem que realiza a escuta e orienta o mesmo. No caso de consulta médica é realizado a triagem e de acordo com seus sinais e sintomas é avaliado se o mesmo pode ser atendido na UBS ou deve ser encaminhado a outros serviços de urgência e emergência dos hospitais de municípios pertos ao nosso para receber um atendimento mais complexo.

A unidade possui médicos clínicos que trabalham no regime de 32 horas/semanais; dois realizam os atendimentos pela manhã e dois na parte da tarde, ficando um turno, inverso aos atendimentos na UBS, para visitas domiciliares.

Nas reuniões semanais com as ACS, as enfermeiras e médicos coordenam estes encontros buscando informações sobre as famílias visitadas na semana e a necessidade de visitas domiciliares pela equipe. Mensalmente, na reunião de fechamento, as mesmas são capacitadas sobre um tema de interesse de saúde pública a ser debatido com as famílias durante o mês. A média de visitas domiciliares mensais de ACS é de 95 a 100% da população.

O presente portfólio constitui-se, entre outras atividades, do projeto de intervenção, o qual pode ser consultado nos anexos, tratando sobre atenção à saúde da criança na faixa etária de zero a cinco anos. O objetivo do serviço de saúde é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de trabalho, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e vida de sua família. Este deve contribuir para a contínua melhoria do acesso e qualidade no cuidado às crianças e a organização do processo de trabalho no âmbito da atenção básica de saúde. O Projeto tem como objetivo melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a cinco anos na UBS Jaime Henry Zucchetti de Nova Araçá/RS com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Os serviços de saúde têm entre seus objetivos fundamentais realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de trabalho, com uma abordagem biopsicossocial incluindo não só a criança, mas também a família e o ambiente social onde ele se desenvolve, com o qual logra-se garantir uma melhor organização do processo de trabalho na atenção básica de saúde, assim como um melhor acesso e qualidade no cuidado às crianças (2)

É importante conhecer o meio social e ambiental onde a criança está inserida para identificar de forma precoce aqueles fatores de risco aos quais está exposta e que no futuro poderiam levar a doenças ou agravar as já existentes. Muitos são os agravos que atingem à saúde da criança, mas na minha UBS temos uma elevada incidência das doenças do aparelho respiratório ocupando um lugar importante a Asma Brônquica.

Podendo-se definir como “uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por hiperresponsividade e limitação ao fluxo aéreo reversível espontaneamente ou com tratamento, que se manifesta mais comumente por dispneia, tosse e sibilância”. (11)

Fatores como: história familiar de asma, severidade dos sintomas, histórico de atopias, pessoal e familiar, exposição a tabagismo e eosinofilia acima de 3% (na ausência de parasitose) servem para orientar ao profissional da saúde sobre a gravidade e persistência da doença na idade adulta. (11)

O diagnóstico é feito a traves da avaliação clínica, da história pessoal e familiar de atopias e testes de avaliação funcional (nas crianças maiores de 6 anos). (5, 9) Com respeito ao tratamento pode se dividir em 2 eixos fundamentais: Não farmacológico e farmacológico. O primeiro tem uma abordagem integral tendo em conta os aspectos biopsicossociais do paciente e a família, o controle ambiental, a vacinação, estimulação para a realização de atividade física e orientações sobre a possibilidade de aparição de outras atopias. (11)

No referente ao tratamento farmacológico temos a medicação sintomática (resgate) sendo usados os broncodilatadores (Beta2-agonista e anticolinérgico), e a medicação de controle (uso contínuo) que vai depender da resposta clínica ao

tratamento, a qual é avaliada sequencialmente pelo médico, além da severidade dos sintomas, sendo os mais eficazes os Beta2 agonista e Corticoides. (11)

O caso relatado é da criança A.P.Z, de 4 anos, branca, residente no Cascais, bairro do interior do município Nova Araçá, reside em casa de alvenaria, com água potável, energia elétrica, esgoto, a estrada é de chão batido e tem diversos animais (gato, cães, porcos, galinhas, etc.). Mora com a mãe J.Z, de 18 anos, dona de casa (refere que não estuda mais nem trabalha porque seu marido é muito ciumento), com histórico de rinite alérgica com crise frequentes e o pai C.Z de 30 anos, é agricultor, tabagista, com histórico de Asma Brônquica, sem crise há vários anos. A família antigamente morava com os pais da J.Z, mas cerca de um ano atrás eles construíram uma casa ao lado dos avós maternos da criança. A.P.Z nasceu de parto normal, a termo (40 semanas), peso ao nascer: 3200 g, PC: 33 cm, Est.:49 cm, APGAR: 9/10 Aleitamento materno exclusivo até os 4 meses. Gestação sem intercorrências. Calendário vacinal atualizado.

Agora compareceu à UBS com queixa de tosse seca, coriza e obstrução nasal há 4 dias, a mãe relata que ontem piorou a tosse, apresentou dispneia e chiado no peito, pelo qual fez nebulização em casa só com soro fisiológico, porque não tinha outra medicação, sem melhoria dos sintomas. Não é a primeira vez que a A.P.Z tem esses sintomas, a primeira crise de sibilância foi aos 9 meses e desde os 2 anos de idade apresenta sibilância recorrente, porém não faz acompanhamento regular com a pediatra e só vem consultar quando está doente. A mãe da A.P.Z está preocupada porque ela pega gripe com frequência e tem medo de que isso possa se agravar com o tempo, além refere que esses sintomas pioram com as mudanças do tempo e a presença de poeira e mofo. Nega febre, náuseas, vômitos, diarreias ou outra sintomatologia.

Exame Físico Positivo:

- Peso: 14,5 kg
- Altura: 93 cm

Sinais Vitais:

- FC: 112bpm;
- FR: 35ipm;
- T.ax: 36.3°C

Aparelho Respiratório: tiragem intercostal, expansibilidade preservada, MVF, sibilos inspiratórios e expiratórios difusos.

Conduta:

- Nebulização com Soro Fisiológico 0,9 % --- 3ml + Brometo de ipratrópio - 5 gotas a cada 6 horas, se dispneia.
- Dexclorfeniramina (solução oral): 1,2 ml a cada 8 horas.
- Salbutamol (spray): 2 jatos 2 vezes /dia.

Foram solicitados os seguintes exames complementares:

1. Radiografia de tórax: sem alterações.
2. Hemograma completo: sem alterações na série vermelha e com eosinofilia > 4 %
3. IgE sérica específica (ImmunoCAP®) negativa para fungos e alimentos, positiva para ácaros e animais domésticos.

Para diminuir a frequência de aparição das crises foram dadas as seguintes informações aos pais:

- Limpar a poeira com um pano úmido ou vácuo quando a filha não estiver na sala e evitar o uso de vassoura ou espanador.
- Limpar os filtros e aberturas do aquecimento e ar condicionado pelo menos uma vez por mês.
- Evitar tapetes, cadeiras estofadas, brinquedos de pelúcias, colchas ou travesseiros de penas ou lãs ou colocar capas impermeáveis e fechadas no travesseiro e colchão.
- Usar cortinas de algodão ou plástico laváveis, mas o ideal seria trocar por persianas de PVC, metal ou madeira, de fácil limpeza.
- Não manter cobertores ou tecido de lã no armário, nem livros no quarto de dormir pois são fonte de acúmulo de poeira.
- Durante a temporada de polinização, evite cortar o gramado e ir ao campo e aos jardins.
- Evite ter plantas dentro da casa e sala.

- Limitar a presença de animais de estimação dentro de casa (gatos, cães).
- Evitar fumar em presença da criança.
- Tentar não usar desodorantes ambientais, pulverizar inseticidas, produtos de limpeza que emitam odores irritantes, tintas, vernizes e solventes. (5)

Na semana seguinte à consulta fizemos uma visita domiciliar compartilhada com a enfermeira e a agente comunitária de saúde para evoluir o estado de saúde da A.P.Z e fazer uma avaliação integral da família. Percebemos que as condições higiênicas da moradia são regulares, pois no quarto criança tem um monte de brinquedos de pelúcia, cortinas de pano e quando chegamos à casa ela estava brincando com seu cachorrinho, o pai fumando na frente dela e a mãe varrendo. Diante disso fizemos ênfases nas orientações dadas, porém a mãe refere que sua filha tinha melhorado muito pois não teve mais falta de ar, só um pouquinho de tosse seca, mas disse que ela sempre foi assim que depois que passa o resfriado ainda continua com tosse à noite por umas 2 semanas.

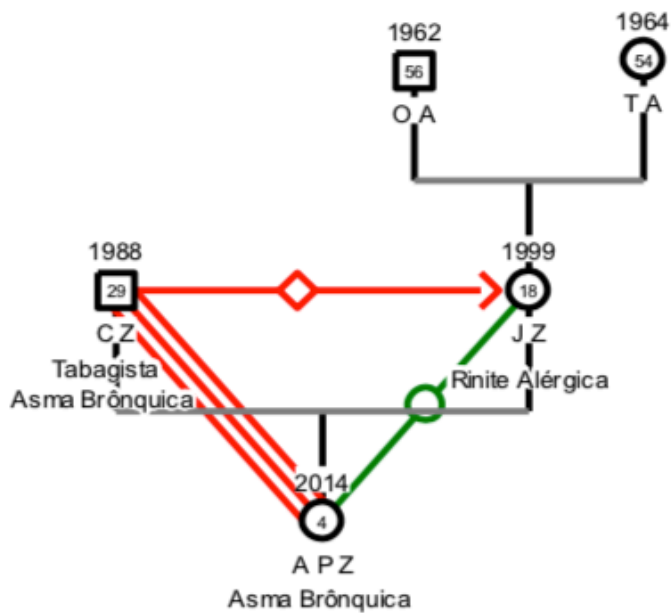
Ao exame físico não mostrou nenhuma alteração pelo que foi orientada para retornar a consulta dentro de 15 dias e manter acompanhamento para avaliar adesão ao tratamento, assim como assistir a consulta de Pediatria. Em conversa com os pais tentamos deixar claro que o tratamento não é simples e os resultados não são imediatos, mas com o cumprimento das medidas preventivas podem diminuir consideravelmente os sintomas proporcionando uma melhor qualidade de vida. (9)

Além disso é responsabilidade do médico acompanhar a evolução da criança e fazer reavaliações frequentes para poder realizar mudanças no momento que perceba dificuldades com a adesão ao tratamento, sempre tendo em vista as características do paciente, as possibilidades da família e frequência das crises, assim como avaliar a resposta terapêutica. (9)

Figura 1 - Genograma



GENOGRAMA



2. PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DA PUERICULTURA

O acompanhamento do desenvolvimento psicomotor das crianças na faixa etária de zero a cinco anos e a avaliação do seu crescimento, tem uma importância significativa para a equipe de saúde no referente à elaboração das ações de promoção da saúde e aquelas atividades imersas na prevenção de doenças por meio da educação em saúde, tendo a responsabilidade de identificar situações de risco com o objetivo de atuar de forma precoce nas intercorrências e favorecer uma maior sensibilização e capacitação das mães em relação aos cuidados da criança. (8)

Nas consultas de puericultura são oferecidas orientações aos pais sobre higiene da criança, educação alimentar de acordo com a faixa etária, importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, imunização, prevenção de acidentes e violência no ambiente intrafamiliar, importância das consultas odontológicas fornecendo orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção das cáries, assim como promoção de saúde e prevenção de doenças frequentes na infância, além de estimular a socialização e adaptação da criança no meio social onde se desenvolve, todas estas ações são realizadas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) buscando promover educação em saúde para as crianças e seus familiares nas consultas de Puericultura.(4)

Na prática diária da UBS onde estou inserida a atenção à Saúde da Criança é feita pelo Médico Pediatra principalmente, com um total de 12 horas em três dias por semana, que realiza atendimento ambulatorial mediante consultas agendadas e pequenos procedimentos, abrangendo todas as crianças cadastradas em nossa área de saúde. A ele somam-se o enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e odontólogo, o médico clínico geral presta assistência médica às crianças que recorrem à UBS com problemas de saúde aguda, atendendo à demanda espontânea, além das visitas domiciliares.

Muitas ações são encaminhadas com o objetivo de manter uma boa atenção à Saúde das Crianças na UBS como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e saúde mental, incentivamos o correto cumprimento do calendário básico de imunizações, prevenção de anemia, parasitoses intestinais, infecções virais e outras doenças comuns nesta faixa etária através de ações educativas, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis,

etc. Está implantado o Programa do Teste do Pezinho e o teste da orelhinha a fim de detectar futuras doenças e trata-las a tempo. No referente à saúde bucal contamos com dois profissionais, sendo que um, com carga horária de 24 horas semanais, atende crianças e pré-adolescentes, com sistema de agendamento prévio individual e coletivo feito em sistema de rodízio entre as escolas, creches e instituições infantis que solicitam o serviço. O outro profissional atende adolescentes, adultos e idosos. São realizados procedimentos individuais como restaurações, extrações e profilaxias/raspagens; quanto aos preventivos semanalmente são realizados bochechos de flúor nas escolas e no centro de saúde, instrução de higiene bucal, atividades educativas como palestras, escovação, revelação de placa bacteriana, etc.

Com o objetivo de garantir uma atenção de qualidade à criança na nossa UBS foi realizado um levantamento de todas as crianças de zero a cinco anos, residentes na área de abrangência, avaliando quais realizam acompanhamento na UBS, quais realizam na rede privada e se há alguma que não realiza acompanhamento em nenhum serviço. A partir disso, são localizadas pelas ACS, através das visitas domiciliares, as crianças sem acompanhamento, as faltosas, assim como as novas crianças que surgirão.

Buscando avaliar a qualidade e adesão da atenção a equipe resolveu monitorar aspectos como: percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida; percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento; crianças com excesso e déficit de peso, com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo; com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao final da puericultura; suplementação de ferro, triagem auditiva e teste do pezinho, necessidade de tratamento odontológico, consultas em dia, número de crianças de alto risco e com acompanhamento de puericultura em atraso, existentes na comunidade, e o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho, para isso a equipe auxilia-se da Caderneta de Saúde da Criança, ficha espelho de saúde da criança, ficha de coleta de dados, prontuário clínico individual.

De forma geral o acompanhamento das crianças na UBS é bom, mas temos algumas deficiências que tem que ser melhoradas como: maior interação da equipe de saúde com a família das crianças, buscando promover ações educativas sobre os riscos à saúde do bebê, educar as mães sobre sinais de perigo que possam aparecer no transcurso de alguma doença, transformando-se a visita domiciliar em um

instrumento importante para esta troca de informações. Outra das deficiências é que torna-se difícil o acompanhamento depois dos 2 anos de idade pois os pais acham que como seu filho cresceu e tem boa saúde não precisa mais assistir as consultas de puericultura e acabam indo à UBS só quando apresentam alguma doença aguda. Diante disso nossa equipe realiza ações para incentivar as consultas de Puericultura em todas as idades pois cada etapa da vida tem suas características próprias que precisam de acompanhamento. Dentre os temas abordados nas atividades educativas podemos citar:

- Importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e alimentação infantil segundo idade do bebê.
- Alterações da pele.
- Higiene da criança.
- Importância da vacinação na prevenção de doenças.
- Cuidados com a criança e prevenção de acidentes.
- Importância da Puericultura depois dos 2 anos de idade.
- Prevenção e controle de fatores de risco para diminuir a frequência de aparição das infecções virais, parasitárias, anemias, etc.

De acordo com a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil 2004, tem uma importância significativa a capacitação e a supervisão da educação continuada da equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde da criança visando garantir a plena incorporação de todos os profissionais da atenção básica no âmbito de saúde da família. A abordagem deve estar baseada na prevenção e não só na parte curativa, devemos assistir à criança em todos os sentidos, como o ser biopsicossocial que é, além disso é importante dar prioridade no atendimento a àquelas crianças com maior vulnerabilidade e risco, orientando sempre a família e enfatizando na responsabilidade da equipe de saúde na continuidade da assistência e acompanhamento até a solução dos problemas. (6 p42)

Visando garantir a continuidade do cuidado de forma integral foram desenvolvidas linhas de cuidado, as quais permitem uma articulação entre os diferentes níveis de atenção começando desde as ações de promoção até as de

tratamento e reabilitação, fazendo uso da referência e contra-referência até a recuperação total da criança. (6 p42)

Depois de um amplo estudo sobre este tema, com a ajuda do curso de especialização e dos artigos consulados para a realização deste trabalho hoje considero estar melhor preparada profissionalmente pois fui adquirindo novos conhecimentos no referente à atenção em saúde da criança o qual fez possível uma melhor qualidade na atenção. Conseguimos realizar o atendimento de uma forma mais integral, dando maior importância aos aspectos biopsicossociais, ambientais e à influência da família no desenvolvimento da criança, além de criar uma equipe multidisciplinar composta pelo médico geral, enfermeiras, odontólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, pediatra e agentes comunitários de saúde, o qual propiciou uma mudança na prática do cuidado deste grupo etário, e a partir desde momento, com a realização das ações de promoção e prevenção logramos uma diminuição na incidência das patologias mais comuns da nossa área de abrangência.

Tendo em conta algumas deficiências na atenção à saúde da criança decidi aplicar os conhecimentos adquiridos para a realização deste trabalho visando uma melhor qualidade nas consultas. Desde então a equipe trabalha em conjunto, de uma forma mais organizada, oferecendo um atendimento integral e individualizado para cada criança. Foi mais fácil conhecer o contexto familiar, modos de vida, vulnerabilidades e riscos, a partir do trabalho em equipe a utilização de estratégias e conhecimentos adquiridos no curso. Também melhorou a participação da família no processo de desenvolvimento da criança, com uma maior interação dos profissionais com as mães e diminuiu a demanda das consultas para outras especialidades do nível secundário, pois atualmente conseguimos resolver a maior quantidade dos agravos frequentes nesta idade no nível primário, com um melhor acompanhamento e atendimento integral.

Atualmente posso dizer que meu nível de competência como profissional foi-se aperfeiçoando tanto no nível assistencial como no trabalho preventivo e na promoção de saúde, garantindo uma melhor comunicação entre equipe, pacientes, família e comunidade.

3. VISITA DOMICILIAR

Quando falamos sobre Atenção Domiciliar (AD) é importante conhecer algumas definições para entendermos melhor esse longo processo de tantos anos de evolução e constante aperfeiçoamento. Desde sus inicios na década de 1960 sofreu uma serie de transformações visando uma melhoria na qualidade do atendimento à população e a sua vez tenta reduzir o número de usuários, na atenção secundária e terciária, com queixas que acabam gerando hospitalizações, às vezes, desnecessárias.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, Vol.1, Brasília 2012 a AD é definida como:

“Uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.” (1 p12)

A AD é uma das ferramentas fundamentais com que contam os profissionais da Atenção Básica, pois garante a interação direta com a comunidade, a família e sua realidade social, sua rotina, valores e formas de responsabilizar-se pelos cuidados de uma pessoa com determinada condição funcional ou clínica que demande atenção. (1). Segundo o publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem, 2004 a Visita Domiciliar constitui uma forma de atenção em Saúde Coletiva que abrange um conjunto de ações de saúde direcionadas à assistência ao indivíduo, à família e à comunidade na qual é desenvolvida, pelas equipes de saúde nos domicílios junto a diversos recursos locais, pretendendo minimizar ou intervir no processo saúde-doença. (10)

A primeira infância constitui um dos grupos prioritários do sistema de saúde, pelo qual a VD forma parte do acompanhamento contínuo e integral deste grupo etário. Tendo em conta a frequência com que as crianças acodem aos serviços de saúde, já seja por doenças agudas comuns nesta idade ou para acompanhamento em puericulturas, o Ministério da Saúde estipulou a VD como uma das atribuições das equipes de saúde da atenção básica, sendo recomendada às gestantes, puérperas e crianças desde a primeira semana pós-parto cuja frequência pode variar dependendo das particularidades de cada paciente, assim como de suas necessidades e fatores de risco associados. (2). Conforme o publicado na bibliografia sobre desenvolvimento na primeira infância, a nível mundial tem se desenvolvido diversos programas que

incentivam a prática dessa modalidade de atenção à saúde pelos seus resultados satisfatórios, e atualmente é importante o aumento no número de programas de visita domiciliar implantados em outros países. Podemos citar alguns exemplos que têm demonstrado resultados positivos no desenvolvimento das crianças após sua implantação, assim é o caso de programas desenvolvidos no Canadá e nos Estados Unidos (Parent as Teachers, Nurse Family Partnership, Early Head Start e Healthy Steps) e na América Latina e no Caribe (Educa tu Hijo, The Roving Caregivers e Madres Guías). (3)

Em Cuba surgiu a iniciativa do programa Educa a tu Hijo no ano 1992, com o objetivo de atender às necessidades educacionais nas áreas rurais, e atualmente é aplicado em todo o território nacional para o benefício de mais de 463 mil crianças. É um programa não institucionalizado, multissetorial, baseado na comunidade e na família. O objetivo deste programa é atingir o nível máximo de desenvolvimento possível para cada criança nas áreas de comunicação emocional, inteligência, linguagem, desenvolvimento motor, formação de hábitos, saúde e nutrição. O programa trabalha com dois grupos etários: de 0 a 2 anos e de 2 a 6, oferecendo cuidados individualizados de acordo com o grupo de idade e apresentando atividades de estimulação para pais e mães durante sessões domiciliares. A metodologia do programa vem sendo adaptada aos contextos de países como Equador, Chile, Brasil, México, Venezuela, Colômbia e Guatemala. (3)

Outro dos programas similares é o desenvolvido em Honduras, que é chamado Madres Guias (mães que guiam) que disponibiliza educação e apoio para os pais, assim como educação básica e orientações sobre nutrição, educação pré-natal e exames para o recém-nascido. O programa atende crianças até os 6 anos de idade e gestantes das comunidades mais pobres com a maior taxa de mortalidade e desnutrição no país. (3)

Apesar de existirem diferenças entre os programas de visita domiciliar implantados pelos diferentes países, todos tem um objetivo em comum que é o controle constante do crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança, mediante a preparação das famílias para se tornarem agentes que estimulem o desenvolvimento de seus filhos. Além de que faz possível uma maior cobertura das famílias e cuidadores que não procuram os serviços de apoio. (3) Na minha UBS as visitas domiciliares são programadas com horários específicos, todas as quintas feiras em horário da manhã são feitas as visitas que previamente são planejadas e

solicitadas pelos agentes comunitários de saúde, os familiares dos pacientes ou pela ESF; o pessoal de saúde que realiza a visita varia conforme às necessidades de saúde do paciente geralmente são feitas pelo médico e a enfermeira, outras vezes são feitas em conjunto com o psicólogo, a assistente social ou só a enfermeira, segundo as queixas apresentadas pelo paciente.

Para planejar estas visitas temos em conta alguns critérios como: pacientes recentemente hospitalizados, gestantes, crianças recém nascidas e puérperas ou pacientes que realizaram algum procedimento recente como cirurgia, cateterismo, etc., pacientes acamados, pacientes que requerem curativos com dificuldade para locomover-se até a UBS, pacientes com doenças crônicas que não vem às consultas regularmente, paciente com doenças mentais, aqueles casos que são discutidos nas reuniões da equipe e precisam de visita domiciliar e aquelas visitas que são solicitadas pelos mesmos familiares e pacientes.

Como tem se demonstrado na atualidade, as visitas domiciliares são um importante instrumento utilizado pelo profissional da saúde pois favorece uma melhor compreensão das condições de vida dos pacientes, envolvendo a situação de moradia (residência e bairro), as relações intrafamiliares e comunitárias, situação epidemiológica, condições de saúde, entre outros, garantindo um atendimento mais integral, tendo em conta as particularidades e as doenças de cada paciente. Tal abordagem biopsicossocial além de ofertar o serviço de saúde diretamente nas casas daquelas pessoas com limitações para chegar até instituições de saúde, reduz o número de internações hospitalares e o número de atendimentos na UBS, assim como representa uma maior qualidade na atenção médica.

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao iniciar o curso de Especialização em Saúde da Família confesso que senti um pouco de temor pois a modalidade de educação a distância era uma nova experiência para mim. Eu sou cubana, formada em Cuba, e todas as nossas aulas foram sempre presenciais, pelo que esta etapa da minha carreira constituiu um grande desafio na medida que me apresenta a muitas coisas novas tanto pessoal quanto profissionalmente.

O estudo à distância, no começo, gerou-me muita ansiedade e uma grande expectativa em relação a quais seriam as características do curso e meu desempenho nas atividades a serem desenvolvidas, tendo em conta as minhas dificuldades com a linguagem e escrita, pois era uma nova prática de estudo que nunca tinha experimentado e devia desenvolver em paralelo ao serviço na UBS.

Aos poucos tudo isto foi se tornando familiar e agradável, e agora todas as videoaulas, orientações, atividades e documentos que foram providenciados pelo curso garantiram a atualização dos meus conhecimentos relacionados com a saúde coletiva da população brasileira assim como uma maior compreensão das características e funcionamento do SUS.

Com o passar do tempo fiquei cada vez mais acostumada com esta nova modalidade de ensino e fui transformando as dificuldades iniciais em experiências muito valiosas, ao mesmo tempo que fui desenvolvendo as ferramentas necessárias para um melhor atendimento dos usuários e planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde. Adquiri conhecimento sobre o estado atual do município na esfera da saúde, sobre a estrutura física e funcionamento do serviço prestado pela UBS. Esta etapa levou a um aumento das relações com meus colegas de trabalho e desenvolveu um melhor fluxo das comunicações interpessoais. À medida que o tempo passou me senti com mais segurança, realizando as tarefas e mantendo o ritmo de trabalho na UBS sem contratempo.

De forma geral o curso teve uma grande importância no meu crescimento profissional, servindo de guia para a organização do trabalho. Também fui adquirindo maior competência clínica, fato que foi muito favorável para oferecer uma boa assistência aos usuários e um melhor funcionamento na UBS. Os documentos disponibilizados pelo curso garantiram a atualização dos conhecimentos relacionados

com a saúde coletiva da população. As diferentes atividades e particularmente o estudo dos casos complexos no Eixo 2, foram muito interessantes pois apresentam exemplos práticos e didáticos, situações que enfrentamos com muita frequência em nosso cotidiano, contribuindo ao enriquecimento dos nossos conhecimentos no âmbito da prática, com atualização dos critérios clínicos e uma melhor abordagem terapêutica frente às diferentes doenças.

A confecção do portfólio me levou a enriquecer as experiências em relação à prática da saúde brasileira na atenção básica, me ajudou a organizar melhor o trabalho tendo em conta os princípios do SUS, elevando a qualidade dos atendimentos clínicos na UBS onde atuo, além de ampliar meus conhecimentos sobre o estado de saúde da população da nossa área de abrangência. Do mesmo modo, incentivou à busca dos problemas de saúde mais frequentes na comunidade, visando desenvolver uma estratégia de intervenção para as possíveis soluções.

O curso de especialização foi de muita ajuda no meu treinamento diário como profissional, além de favorecer e aperfeiçoar um pouco a linguagem e escrita do português, desenvolvendo favoravelmente a comunicação com os usuários e colegas. Adquiri conhecimento na estratégia de saúde da criança através do protocolo do Ministério da Saúde, o que facilitou o desenvolvimento das consultas e a conclusão do portfólio.

De forma geral considero que esta fase da minha profissão tem sido muito importante para mim, uma vez que me deu muitas coisas positivas tanto para o meu desempenho profissional como pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, v1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n° 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em 11 fev. de 2018.

ENCICLOPÉDIA sobre o desenvolvimento na primeira infância. Visita domiciliar. Brasil: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/visita-domiciliar.pdf>>. Acesso 22 abr. 2018.

BERNARDO, FMS et al. Promoção à Saúde em consultas de Puericultura: uma estratégia para melhoria do cuidado à criança. In: III Semana Universitária, 2016, Ceará. Anais...Ceará:UNILAB,2016. p. 1-4 Disponível em: <<http://semanauniversitaria.unilab.edu.br/anais-2016/>>. Acesso 04 mar. 2018.

SILVA, ECF. Asma Brônquica. Alergia Respiratória, Rio de Janeiro: ABEC, v.7, n.2, jul./dez., 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=202>. Acesso em 11 fev. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. 1ra. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em 04 mar. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde. Nova Araçá, 2014 – 2017. ORIENTAÇÕES sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: Puericultura. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/puericultura.pdf>>

ALVIM, CG; DE ANDRADE, CR. Asma na criança e no adolescente: diagnóstico, classificação e tratamento. Belo Horizonte,2013. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/wpcontent/uploads/sites/30/2015/02/Asma-Material-Cristina-Alvim-e-Claudia-Andrade-2014-04-10-2016.pdf>>. Acesso em 11 fev. de 2018.

ROESE, A; LOPES, MJM. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 abr;25(1):98-111. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4498/2435>>. Acesso 22 abr. 2018.

RESUMO Clínico: Asma. Porto Alegre - RS: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_asma_TSRS_20160321.pdf>. Acesso em 11 fev. de 2018.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ADIANNIS SERRANO MATOS

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A CINCO ANOS NA
UBS JAIME HENRY ZUCCHETTI – NOVA ARAÇÁ / RS**

NOVA ARAÇÁ - RS

2017

RESUMO

O acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança é um objetivo a ser alcançado cotidianamente pela equipe de trabalho, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de vida e saúde da família. Esta deve contribuir para a contínua melhoria do acesso e qualidade no cuidado às crianças e a organização do processo de trabalho no âmbito da atenção primária de saúde. Dessa forma, a intervenção foi realizada com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção à Saúde da Criança de zero a cinco anos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jaime Henry Zucchetti do município Nova Araçá/RS. A metodologia foi estruturada para ser desenvolvida no período de seis meses (24 semanas). Segundo estimativas, a área de abrangência da UBS possui 273 crianças de zero a cinco anos. O cadastro foi realizado de acordo aos atendimentos clínicos pela equipe de saúde da UBS, mediante o preenchimento da ficha espelho para saúde da criança. O resultado foi alcançado graças ao esforço compartilhado da equipe de trabalho, que realizou as atividades previstas no cronograma de trabalho. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança proposto pelo Ministério da Saúde (2012). As atribuições da equipe foram revistas, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitas crianças sem cobertura. Destaca-se também a importância realização classificação de risco, com a priorização do atendimento às crianças, bem como a melhoria dos registros, que serão conquistas duradouras para a Unidade de Saúde.

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

1. INTRODUÇÃO

Antigamente as ações estabelecidas à saúde da criança tinham apenas um caráter curativo e individualizado sendo desenvolvidas nos hospitais privados. Já nos anos 1930 e 1940 começam os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011).

Em tais circunstâncias, foi necessário desenvolver ações e estratégias para a saúde da criança as quais foram lideradas pelo Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS). Anos depois ocorreu o desmembramento desses ministérios, e foi então que o MS assumiu a responsabilidade do Departamento Nacional da Criança (DNCr), o qual foi destituído. Após esses eventos, tornou-se cada vez mais necessário criar um programa com caráter preventivo que assumisse a responsabilidade pelas ações de proteção à saúde da mulher, a criança e ao adolescente e assim foi estabelecida a Coordenação de Proteção Materno-Infantil e o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objeto de diminuir a morbimortalidade das crianças e as mães (Silva MA, 2006).

“No fim dessa década, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), tornando-se responsável pela assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente” (BRASIL, 2011).

Apesar desses avanços, não houve grandes conquistas na redução da mortalidade infantil neste período. A partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se refere à sua sobrevivência. Foi criado com o objetivo de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. As ações abrangiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (FRIAS et al., 2008 p.91).

As linhas de cuidado estabelecidas pelo MS garantem à criança uma atenção integral, continua e global, assim como a suas famílias, entre as quais encontramos:

Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal: teste do

pezinho; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carenciais; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência (Ministério da Saúde 2004 p. 19-32)

Ao analisar os índices de mortalidade infantil (MI) no Brasil observamos que no ano 2011 o índice de MI foi de 16/1000 nascidos vivos (NV) o que resulta em uma diminuição de dois terços à mortalidade para crianças menores de cinco anos até 2015, quando comparamos estes dados com os índices de MI desde a década de 1990 nos mostra que o país alcançou uma das metas propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do milênio (ODM) (Ministério da Saúde, 2012).

Apesar das realizações nos índices de MI no século XX, às morbidades e hospitalizações por causas evitáveis constituem uma dificuldade na saúde da criança, fundamentalmente na faixa etária dos menores de cinco anos, entre os quais destacam-se: afecções respiratórias, doenças infecciosas ou parasitárias, doenças do aparelho digestivo, por causas externas e, as doenças do aparelho geniturinário. Tendo em conta que estas doenças poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações sensíveis e resolutivas ainda na APS (OLIVEIRA et al., 2010).

O atendimento SUS do meu município, Nova Araçá, é realizado basicamente pela UBS a qual está localizada ao extremo nordeste da cidade. Possui uma área de aproximadamente 980 metros quadrados. O município conta com uma equipe de ESF e uma equipe tradicional, com cobertura de 100% da população. A UBS funciona no mesmo local onde está instalada a Secretaria Municipal de Saúde. As duas equipes juntas contam com 4 médicos clínicos gerais, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, 2 dentistas. Além disso, vinculados a Secretaria, contamos com uma equipe de serviços complementares, como: 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga, 1 higienizadora, entre outros profissionais. Também atua na UBS o serviço de Vigilância em Saúde, sendo a Vigilância Epidemiológica coordenada pelo enfermeiro e a Vigilância Sanitária e Ambiental por outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

Na UBS contamos com um total de 273 crianças cadastradas. A atenção à Saúde da Criança é feita pelo Médico Pediatra principalmente, mediante consultas

agendadas. A ele se somam o Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista e Odontólogo. O Médico Clínico Geral presta assistência médica às crianças que recorrem à UBS com problemas de saúde aguda, atendendo à demanda espontânea, além das visitas domiciliares.

Muitas ações são encaminhadas com o objetivo de manter uma boa atenção à Saúde das Crianças na UBS como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, etc. Temos um protocolo criado por o Ministério da Saúde pelo qual se guiam os profissionais para pôr em prática todas as ações. Deve-se dizer que na unidade não se trabalha com um registro específico de puericultura pelo que não se leva um controle das ações programáticas e dos dados estatísticos influenciando negativamente na organização e obtenção das informações necessárias. O registro é feito através do prontuário eletrônico, odontológico e registros de vacina, entretanto não tem uma pessoa que se dedique a atualizar os dados.

Constitui-se, assim, o problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: Como melhorar a atenção à saúde da criança de zero a 5 anos na UBS Jaime Henry Zucchetti de Nova Araçá?

Para que exista um melhor funcionamento da Atenção à Saúde da Criança, temos que pôr em prática um registro onde se recolham todas as informações já que esta é a base para uma boa organização do trabalho. Este é um processo de trabalho multidisciplinar, onde toda a equipe deve estar vinculada para melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança.

A equipe deve ter mais participação com as crianças e a família, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades, promover ações educativas sobre os riscos, educar as mães sobre sinais de perigo à saúde do bebê, educando sobre a importância aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, etc., estas situações estabelecem um cenário rico para a execução desta proposta, já que pode fornecer informações fundamentais para a prática e planejamento da equipe.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a Atenção à Saúde da Criança de 0 a 5 anos na UBS Jaime Henry Zucchetti de Nova Araçá/RS com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Nova Araçá.
- Facilitar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade do atendimento à Saúde da Criança na UBS.
- Melhorar o registro das informações das crianças que consultam no serviço (ficha de acompanhamento, caderneta da criança).

3. REVIÇÃO DA LITERATURA

Em março de 1986 surgiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que trouxe importantes conquistas para o setor saúde. Aqui foram estabelecidos os princípios do Sistema Único de Saúde, entre os quais estão: universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade, sendo aprovado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, reconhecendo ainda a saúde como um direito de todos e dever do estado (PAIM, 2009).

De acordo com Brasil 2009, no país até então não está totalmente garantido o direito à vida e à saúde da criança, e enquanto ainda há muitas diferenças regionais e sociais o número de mortes por causas evitáveis (62 %) continua em aumento, podendo realizar ações encaminhadas a melhorar a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e apesar das inúmeras ações que foram criadas nos últimos anos a taxa de mortalidade materno-infantil não chegou a diminuir significativamente (BRASIL, 2009).

Conforme com o planteado por BICUDO et al., 2010 e FERREIRA, 2010, tendo em conta a situação com os indicadores de morbimortalidade materno infantil e com o propósito de melhorar a saúde deste grupo se cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano 1991 e posteriormente foi estabelecido o Programa Saúde da Família, conhecido na atualidade como Estratégia Saúde da Família (ESF) o qual tinha entre seus objetivos abranger os municípios de pequeno porte. "Com sua expansão para municípios de médio e grande porte, consolidou-se como modelo estruturante da Atenção Primária à Saúde no país" (BICUDO et al., 2010; FERREIRA, 2010).

Os serviços de saúde têm entre seus objetivos fundamentais realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de trabalho, com uma abordagem biopsicossocial incluindo não só a criança, mas também a família e o ambiente social onde ele se desenvolve, com o qual logra-se garantir uma melhor organização do processo de trabalho na atenção básica de saúde, assim como um melhor acesso e qualidade no cuidado às crianças (BRASIL, 2012). Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento

e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos. Nele são registrados alguns dos eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas. (BRASIL, 2005, p. 19)

A caderneta da criança constitui o principal instrumento de monitoramento do crescimento e desenvolvimento da saúde infantil. O que permite oferecer um serviço com melhor qualidade e melhorar os resultados dos dados epidemiológicos do país. O MS definiu a ESF como uma das principais ferramentas para a atenção integral à criança por meio da sistematização do acompanhamento infantil nas Unidades de Saúde da Família. (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Desse modo, por meio da ESF, é recomendado que o desenvolvimento da criança seja acompanhado pelos profissionais de saúde, através de consultas agendadas, possibilitando a prevenção de agravos, e quando necessário, realizando intervenções e encaminhando para os serviços especializados (BRASIL, 2012). E, para que esse cuidado se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, é necessário um conhecimento prévio sobre as características relacionadas à morbidade e mortalidade do público infantil. (BRASIL, 2012)

COSTA et al. (2011) expõe que existem vários estudos que demonstram que uma parte dos profissionais que atuam na Atenção Primária não tem especialização ou tem pouca experiência pelo qual aparecem interrogantes com relação à qualidade da atenção à saúde da criança prestada na Atenção Primária à Saúde, aos avanços, ações e ao impacto das estratégias para a população infantil.

4. METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Jaime Henry Zucchetti, no Município de Nova Araçá. Participarão da intervenção 273 crianças de zero a cinco anos, que é o total estimado de crianças, segundo a planilha de coleta de dados. O cadastro será realizado de acordo com o fluxo estabelecido pela equipe de saúde da UBS, que trata-se do atendimento clínico e preenchimento da ficha espelho para saúde da criança. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde publicado no ano 2012.

O **primeiro momento** é a apresentação do projeto de intervenção à equipe de saúde, enfatizando nos objetivos, metodologia, cronograma e resultados esperados, revelando todas as fases do trabalho e os profissionais envolvidos.

O **segundo momento** é a capacitação da equipe para o acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para a adoção dos Protocolos referentes à saúde da criança proposto pelo Ministério da Saúde, bem como de técnicas e orientações a serem compartilhadas ao longo da intervenção por meio de atividades de educação em saúde semanais na sala de reunião da UBS. Os profissionais cirurgiões dentistas serão capacitados para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças nesta faixa etária da área de abrangência, mediante atividade de educação em saúde e estudo do Protocolo do Ministério da Saúde.

Os ACS serão treinados para identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, por meio de atividades educativas com as ACS, em uma frequência, com uma duração de duas horas. Quanto aos profissionais de enfermagem da unidade de saúde serão avaliados se estão aptos para realizar o teste do pezinho. Caso não estejam, a gestão será sinalizada para providenciar a capacitação. A Pediatra da UBS conduzirá esta capacitação mediante as palestras. Neste espaço será abordado primeiramente como o Programa de Atenção à Saúde da criança é preconizado no Caderno, a seguir será abordada a prática clínica e a importância da realização de ações previstas no protocolo.

O **terceiro momento** será cadastrar a população infantil entre zero e cinco anos da área de abrangência da unidade de saúde/ESF: na intervenção será realizado cadastramento de crianças de zero a cinco anos da área adstrita por meio de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS) e estes preencherão a Ficha

para cadastramento das famílias (Ficha A), bem como a Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança). Além disso, será realizada busca ativa, pelos ACS em visitas domiciliares, de crianças que não comparecerem ao serviço na primeira semana após a data provável do parto. Através dos ACS, se realizará um levantamento de todas as crianças residentes na área de abrangência, avaliando quais realizam acompanhamento na UBS, quais realizam na rede privada e se há alguma que não realizam acompanhamento em nenhum serviço.

O **quarto momento** será o atendimento clínico onde serão monitorados os aspectos que indicam qualidade e adesão da atenção, por meio da Caderneta de Saúde da Criança, ficha espelho de saúde da criança, ficha de coleta de dados, prontuário clínico individual. Esses aspectos são: percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida; percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento; crianças com excesso e déficit de peso, com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo; com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao final da puericultura; suplementação de ferro, triagem auditiva e teste do pezinho; necessidade de tratamento odontológico; cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Monitorar as buscas a crianças faltosas através de visitas domiciliares e o serviço telefônico; número de crianças de alto risco e com acompanhamento de puericultura em atraso existentes na comunidade; o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.

O **quinto momento** é monitoramento da intervenção. Como forma de monitorar e avaliar a qualidade das ações implantadas no acompanhamento da criança de zero a cinco anos da UBS, serão utilizados os dados registrados no sistema para estimar as coberturas dos indicadores e o cumprimento do preconizado, sendo possível mensalmente verificar os percentuais de cada indicador, discutindo junto à equipe os resultados e ajustes necessários.

5. CRONOGRAMA

Ações	Julho /2017	Agosto /2017	Setembro /2017	Outubro /2017	Novembro /2017	Dezembro/ 2017
Apresentação do projeto a equipe de saúde da UBS onde vai ser desenvolvido.	X					
Capacitar as equipes de saúde para o acolhimento e acompanhamento das crianças e para a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, definindo as atribuições de cada um dos integrantes da equipe.	X					
Cadastrar a população infantil entre zero e cinco anos da área de abrangência da unidade de saúde/ESF.	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico das crianças.	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da	X	X	X	X	X	X

intervenção.

--	--	--	--	--	--	--

6. RECURSOS

6.1 NECESSÁRIOS RECURSOS HUMANOS

As equipes de saúde da família contam com 4 médicos clínicos gerais, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, 2 dentistas.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

Computadores (1); Folha A4; Impressora (1); Caderneta da criança (Ficha espelho); Luminária de pé adequada (1); Negatoscopio (1); Esfigmomanómetro(1); Depressor lingual; Otoscópio (1); Estetoscópio(1); Lençóis; Toalhas; Balança(1); Barra de medição(1); Cinta métrica(1); Tabela de avaliação nutricional (1).

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com o projeto, espera-se aumentar a qualidade da atenção à saúde da criança de zero a cinco anos, possibilitando a melhoria na queda do índice de mortalidade infantil, melhoria na qualidade do atendimento à criança, na decisão e manejo dos problemas diagnosticados, na resolutividade e eficiência dos serviços de saúde, gerando indicadores reais que certamente irão contribuir para a organização do atendimento à criança neste município. Esperamos também com as ações, melhorar o nível de informação da mãe e/ou responsável pela criança, gerando a promoção à saúde e a prevenção de doenças e acidentes. Identificar em tempo hábil, avanços no desenvolvimento neuropsicomotor, identificar atrasos na aquisição de aptidões e existências de má formações congênitas, que por ventura não tenham sido identificadas no nascimento, ressaltando constantemente a necessidade do aleitamento materno exclusivo, como uma das mais importantes ações de promoção de saúde.

Reforçamos a necessidade da maior integração do profissional médico nas ações realizadas pela equipe e a de profissionais com perfil modificado, que além da competência técnica, tenham o compromisso com as ações de prevenção e promoção da saúde, oferecendo aos usuários um espaço para o diálogo, conhecendo suas necessidades reais, expectativas e dúvidas.

Além disso, espera-se com este estudo despertar nos profissionais da saúde e usuários o senso crítico sobre a importância da valorização da assistência à saúde da criança, assim como a necessidade de uma abordagem sistematizada e a adesão pelos usuários, evitando assim possíveis agravos e uma melhoria no atendimento das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BICUDO, DO et al. Organization of primary health care of children second professional: qualitative research. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 9, n.1, May 2010. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801/633>>. Acesso em 04 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001- 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf>. Acesso em 18 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>>. Acesso em 11 setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos infantis no Brasil. [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; [atualizado em 18 de novembro de 2014]. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf09uf.def>>. Acesso em 07 agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais da saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em 12 agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf>. Acesso em 12 agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em 12 agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade infantil no nordeste e Amazônia legal 2009-2010 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/030.pdf>>. Acesso em 06 de outubro de 2017.

COSTA, GD et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil): Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000800022&script=sci_arttext>. Acesso em 26 agosto de 2017.

FERREIRA, LGF; ALBUQUERQUE, PC. Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação

Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010ferreira-lgf.pdf>>. Acesso em 12 agosto de 2017.

FRIAS PG, MULLACHERY PH, GIUGLIANI ERJ. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [Internet]. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2017.

OLIVEIRA BRG et al. Causes of hospitalization in the national healthcare system of children aged zero to four in Brazil. Rev Bras Epidemiol [Internet].2010; 13(2):268-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/en_09.pdf>. Acesso em out.16 de 2017.

PEREZ JRD, PASSONE EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. Cad Pesqui [Internet]. 2010;40(140):649-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>>. Acesso em 11 setembro de 2017.

SILVA MA. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: Gaíva MAM. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as). Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2006. p. 9-28.