

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



Melhoria na atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Estratégia Saúde da Família Hélio Rossano, São José do Norte, RS.

Daniela Rebelatto

Pelotas, 2015

Daniela Rebelatto

Melhoria na atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Estratégia Saúde da Família Hélio Rossano, São José do Norte, RS.

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD - UFPEL/UNASUS como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na
Publicação

R289m Rebelatto, Daniela

Melhoria na Atenção à Saúde de Criança de 0 à 72 meses na Estratégia Saúde da Família Hélio Rossano, São José do Norte, RS / Daniela Rebelatto; Luíla Bittencourt Marques, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

84 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde da Criança 4. Puericultura 5. Saúde Bucal I. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedicatória

Dedico este trabalho aos pacientes e aos colegas da Unidade de Saúde Hélio Rossano, que sem sua paciência e incentivo nada seria possível.

Agradecimentos

À Deus por toda sua bondade e articulador dessa oportunidade.

À minha família pelo apoio e pela abdicação de seu tempo junto a mim para um propósito maior.

À Universidade Federal de Pelotas e ao curso de Especialização em Saúde da Família pela excelente organização e à oportunidade de crescimento profissional e pessoal concedida.

À minha orientadora Luíla Bittencourt Marques pela paciência e maestria em auxílio ao longo do ano.

Aos meus colegas de trabalho que não mediram esforços ao longo deste ano para que o projeto pudesse ser praticado.

Aos meus pacientes pelo carinho e oportunidade de adentrar em suas vidas e amenizar seus sofrimentos.

Lista de figuras

Figura 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	53
Figura 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	54
Figura 3- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	55
Figura 4- Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	56
Figura 5- Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.....	56
Figura 6- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	57
Figura 7- Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	57
Figura 8- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.....	58
Figura 9- Proporção de crianças com triagem auditiva.....	59
Figura 10- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.....	59
Figura 11- Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.....	61
Figura 12- Proporção de crianças com registro atualizado.....	61
Figura 13- Proporção de crianças com avaliação de risco.....	62
Figura 14- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	63
Figura 15- Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta.....	63
Figura 16- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	64
Figura 17- Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	65
Figura 18 - Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	69
Figura 19 – Proporção de crianças cadastradas na área de abrangência.....	71

Lista de abreviaturas

ACS – Agente Comunitária de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CP –Citopatológico

DM – Diabetes Mellitus

DOU – Diário Oficial da União

ECG – Eletrocardiograma

EAD – Educação à Distância

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Hemoglicoteste

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

RN – Recém-Nascido

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SIA-SUS - Sistema de Avaliação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde

SIS pré-natal - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

US - Ultrassonografia

RESUMO

REBELATTO, Daniela. **Melhorias na Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Estratégia Saúde da Família Hélio Rossano, São José do Norte, RS.** 2015. 84f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

No Brasil, conforme TINOCO & MODENA (1996), e também citado por Monteiro e Ferriani (2000) “ainda morrem 60 em cada 1000 crianças nascidas vivas, por doenças totalmente evitáveis através das ações de saúde promocional”. Ainda, segundo o Instituto de Geografia e Estatística (1992), “a maioria das crianças menores de 5 anos vem morrendo por doenças do tipo infecciosas, intestinais, respiratórias, por desnutrição e prematuridade”. Com isso, a Estratégia Saúde da Família configura-se como fator decisivo no desenvolvimento de ações para o controle da saúde da criança, uma vez que a equipe multidisciplinar que atua no programa é capaz de realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos mais comumente encontrados e que trarão benefícios para a população. Este trabalho, portanto, guiou-se no propósito de realizar uma intervenção para melhoria na saúde das crianças de 0 a 72 meses na Estratégia Saúde da Família Hélio Rossano, em São José do Norte, Rio Grande do Sul, com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção à criança, melhorar a qualidade do atendimento, realizar busca ativa obtendo a adesão dos usuários, manter registro adequado das crianças que usam o serviço, realizar avaliação de risco e a promoção da saúde. Os usuários foram submetidos à avaliação clínica com medida pondero-estatural, de desenvolvimento neuropsicológico, ações preventivas e especialmente educativas que incluíam seus familiares. Participaram dessa intervenção 139 crianças pertencentes à área de abrangência da unidade. As ações realizadas incluíram cadastramento dos usuários na faixa etária de 0 a 72 meses, o acompanhamento dos indicadores, a realização de consultas, atividades educativas e capacitação da equipe. Ao final da intervenção foram cadastrados 60,4% dos pacientes, 80% das crianças de 6 a 24 meses receberam suplementação de ferro e 96,4% das crianças atualizaram seu cartão vacinal, conforme calendário proposto pelo Ministério da Saúde. Com isso, é necessário que a gestão municipal mantenha, fortaleça e incorpore o projeto para as demais unidades de saúde municipais e que a proposta se estenda aos demais grupos prioritários para contínuo aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Criança, Puericultura, Saúde Bucal.

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica - Projeto de intervenção.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e Metas.....	27
2.2.1 Objetivo Geral	27
2.2.2 Objetivos específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Ações	29
2.3.2 Indicadores.....	35
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório de intervenção.....	48
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	48
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	51
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.	52
4 Avaliação da Intervenção	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão.....	65

4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	
6 Bibliografia.....	75
Anexos	76
Anexo1 - Planilha de coleta de Dados	77
Anexo2 - Ficha-espelho	78
Anexo3 - Documento Comitê de Ética	80
Apêndice	81

Apresentação

O presente volume, Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – modalidade Educação à Distância (EAD), relata uma intervenção cujo objetivo era melhorar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Estratégia Saúde da Família (ESF) Hélio Rossano, em São José do Norte, RS.

Assim, o presente exemplar está subdividido em cinco pontos:

- **Análise situacional:** contempla a sistematização do conhecimento sobre a unidade de saúde, através de análise da estrutura, processo de trabalho e da população, em paralelo com ideais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS).
- **Análise estratégica:** elaboração do projeto de intervenção na ação programática escolhida, saúde da criança, com objetivos pré-definidos, metas alcançáveis e ações baseadas em atividades em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, de forma a se estruturar à rotina do serviço. Desenvolvida logística com levantamento dos materiais necessários ao desenvolvimento da intervenção, além de planejamento de cronograma estipulando quando cada ação seria realizada.
- **Relatório da intervenção:** análise crítica em relação a intervenção realizada durante as doze semanas e a aprendizagem adquirida. Detalha as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas com suas facilidades e dificuldades, bem como se foram desenvolvidas parcialmente ou integralmente. Igualmente, engloba as que não foram realizadas e o porquê de não acontecerem. Engloba as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados, fechamento das planilhas de coleta de dados e o cálculo dos indicadores. É possível observar a viabilidade da continuidade da intervenção na

unidade de saúde, mesmo após seu término, e contempla as mudanças e melhorias necessárias para que isso ocorra.

- Avaliação da intervenção: analisa e descreve o processo da intervenção através da análise dos indicadores e sua evolução ocorrida durante os meses, comparando-os com as metas estabelecidas no início do projeto. Através do diário de intervenção foi possível verificar a importância das mudanças ocorridas na equipe, no serviço e na comunidade.
- Reflexão crítica: descreve o processo pessoal de aprendizagem adquirido ao longo do curso.

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde

Durante a vivência e atuação como médica na ESF Hélio Rossano já é possível realizar uma avaliação inicial na unidade onde estou inserida.

Quanto à estrutura física: a edificação se localiza em uma área litorânea de estrada com difícil acesso, com aproximadamente sete anos de implantação, segundo relataram membros da equipe. O local foi cedido pela população para que o atendimento fosse realizado na localidade, facilitando o acesso dos moradores ao serviço. Possui oito cômodos divididos conforme as principais necessidades de atendimento: uma sala de recepção, onde é realizado o acolhimento inicial, separados os prontuários que serão repassados para continuidade do acolhimento com técnica em enfermagem e posterior consulta pela enfermagem ou médica; uma sala para atendimento fisioterápico e nutricional e onde as agentes comunitárias de saúde (ACS) realizam reunião; uma sala para enfermagem; um consultório médico, uma sala para técnica de enfermagem, onde se realizam acolhimento, triagem, curativos, administração de medicamentos e onde ficam armazenadas as poucas drogas que permanecem na unidade; um consultório odontológico; uma cozinha e um banheiro de uso coletivo.

Como permaneceu muito tempo sem atendimento médico, os demais membros da equipe se mantinham realizando atendimentos como aferição de pressão arterial (PA), hemoglicoteste (HGT) e curativos. Quando surgiam urgências eram encaminhadas ao hospital municipal através de contato com ambulância para transporte. Dessa forma, quando iniciei minha atividade, já eram realizados trabalhos e programas de forma preventiva com a comunidade, como o grupo HIPERDIA, com encontro semanal com a enfermeira, para acompanhamento de sinais vitais e medida circunferencial de cintura abdominal e, após isso, entrega de

medicação; e o grupo de gestantes com acompanhamento de pré-natal de baixo risco na unidade, também realizado pela enfermeira.

As ACS têm produtividade mensal, conforme preconiza o MS, com cadastramento de aproximadamente 80% da área, porém, estamos com déficit de duas ACS, uma por solicitação de demissão e a outra por afastamento devido a problema de saúde. Com isso, nosso trabalho fica prejudicado, pois não temos como manter atualização cadastral dessas áreas, bem como manter uma relação adequada de avisos entre a unidade e a população, por exemplo, aviso de reunião do grupo HIPERDIA.

Nossa relação com a comunidade local é prejudicada, pelo menos nesse início. Por quê? Bom, como discutido acima, é uma população que por tempo permaneceu sem atendimento médico, determinando que buscasse essa forma de serviço em outros locais, não colocando a ESF como sua porta de entrada e/ou ponto de referência. Dessa forma, ocasionou sobrecarga de atendimentos no centro de especialidades municipal, onde possui dois clínicos gerais atendendo, e o hospital, onde até mesmo receitas eram renovadas, sem consulta em prontuário ou acompanhamento. Com o advento da implantação das ESF no município, contando com cinco equipes atuantes no momento, essa população reprimida começa a ter uma porta de entrada, uma referência de atendimento em sua localidade, um ponto onde pode contar com atendimento generalista, com acompanhamento desde o pré-natal, à puerpério, puericultura, atendimento ao idoso, doenças crônicas e as patologias do dia a dia, facilitando acesso e mantendo a saúde dessa população globalmente assistida, diminuindo morbidade e mortalidade. Aos poucos, conseguiremos estruturar esse pensamento na localidade, já é possível notar a mudança e a procura, o que me deixa nesse início imensamente predisposta a realizar mudanças, com muitos projetos de organização e planos de melhora, felizmente encontrei uma equipe que me acompanha e também quer estruturar a unidade para melhor atender a comunidade.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Aos dezessete dias do mês de março de 2014, iniciei atuação como médica na ESF Hélio Rossano, no município de São José do Norte, Rio Grande do Sul, com 1.118,109 Km² de área total, localizado no extremo sul do Estado, em área litorânea, tendo como limites a Laguna dos Patos e o Oceano Atlântico. Conta com uma

população de 25.503 habitantes, densidade demográfica de 22,81 habitante/Km², com ocupação predominantemente pesqueira e sua taxa de mortalidade infantil é de 17,24/1000 nascidos vivos. (IBGE, 2010).

O município tem cinco ESF - sendo uma a Hélio Rossano - uma clínica de fisioterapia anexa a clínica de especialidades, uma unidade móvel e um hospital.

A unidade móvel atende a população do interior (rural) do município, com área de cobertura de 18 localidades, com sistema de três comparecimentos por comunidade mensal. A demanda que fica desassistida nesses intervalos pode recorrer à clínica de especialidades onde médicos clínico-generalistas realizam atendimento diário. Além destes, há dois pediatras, um responsável pelas crianças de 0 a 12 meses, com realização de puericultura, teste do olhinho; o outro pelas crianças de 12 a 60 meses; e uma ginecologista.

A clínica de fisioterapia do município se localiza no centro da cidade, dificultando o acesso, por essa razão, semanalmente, um fisioterapeuta vai até a nossa unidade realizar os atendimentos que se mostram viáveis no local, os demais devem ir até a clínica, local onde há mais recursos para a reabilitação.

O hospital municipal é a referência para encaminhamentos de urgência que as unidades recebem, bem como internações necessárias. Existe aparelho de raio-x e realização de exames laboratoriais.

Exames com tecnologia mais avançada como mamografia, eletrocardiograma (ECG), endoscopia digestiva alta (EDA), ultrassonografia (US), são realizados em Rio Grande, Piratini ou Pelotas, municípios que comportam essa demanda.

Infelizmente, ainda não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuante, mas já existe projeto para implantação em futuro próximo.

A ESF onde atuo possui 2.740 usuários cadastrados, predominantemente pescadores, uma vez que a unidade se localiza em área litorâneo-portuária. Há uma equipe atuante, com seis funcionários: um médico, um dentista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um recepcionista e uma higienizadora.

A edificação é de uma casa popular que foi reorganizada para atendimentos em saúde. Encontra-se em um dos extremos da área, sendo necessário grande deslocamento para um percentual da população, o que acarreta em ônus de tempo e dinheiro para transporte. Questão essa muito discutida nas reuniões de equipe, pois gera impacto na promoção/prevenção em saúde, uma vez que essas pessoas,

que muitas vezes não possuem condições socioeconômicas, deixam de freqüentar a Unidade em consultas médicas, grupos de risco, consultas odontológicas.

Nossas ACS são alvos freqüentes de questionamentos sobre acesso destas micro-áreas à saúde, bem como queixa de carência e sentimento de isolamento e certo descaso de cuidado com os mesmos, situação que gera constrangimento e relação paciente-ACS prejudicada.

Conforme citado anteriormente, nossa ESF encontra-se em zona de praia, com acesso por estrada de areia, o que por si só já é uma dificuldade para pacientes com necessidades especiais. Chegando ao local, ainda terá que se deparar com uma faixa de areia que interliga a rua até uma pequena rampa feita na entrada principal e quando chove essa pequena faixa fica alagada. Nossas portas são pequenas, sem condições de acesso a cadeiras de rodas e/ou macas, aliás, não temos nenhuma em nossa unidade.

Se quiser ir ao sanitário teremos mais dificuldades: os corredores são minúsculos; não possuímos corrimãos, barras de apoio e o piso em nenhum dos ambientes é com antiderrapante. Como não possuímos sala para coleta de lixo e nem para materiais de limpeza, tudo fica armazenado no único banheiro que possuímos. Este é coletivo, com um único sanitário, logo, para chegar até ele, além de todas as barreiras de acesso ainda terá que desviar do material estocado.

Na realização de curativos, procedimentos, triagem e acesso aos poucos medicamentos que temos na unidade, o paciente encontra no meio do corredor um degrau, sem sinalização e piso com antiderrapante. Como essa é a única sala para realizar todas essas tarefas acarretam em ônus de tempo, pois temos que nos revezar para uso ou expor o paciente a realizar curativos de um lado enquanto do outro alguém realiza triagem. Sendo uma questão de ética o segredo quanto às exposições do paciente, essa relação profissional-paciente fica extremamente prejudicada.

No consultório odontológico, o espaço é pequeno e é difícil a movimentação da profissional que permanece no local. É composto por uma cadeira odontológica, uma pia para lavagem dos utensílios, um armário aéreo para estocagem de materiais e uma mesa. O atendimento é realizado através de oito fichas liberadas diariamente e como não há auxiliar de consultório odontológico, o dentista atende sozinho e também faz a limpeza e esterilização dos materiais, o que sobrecarrega o

profissional e diminui o tempo de atendimento. Não há espaço adequado para compressor e a esterilização é realizada na única autoclave que possuímos.

Todas as salas, felizmente, são bem iluminadas e ventiladas, bem como, todas possuem ar condicionado, ocasionando um bem-estar e maior conforto aos pacientes.

As reuniões de grupos de risco são realizadas na sala da enfermagem, pois não temos local adequado. Nessa mesma sala se encontram nossas ACS. Em outra sala se revezam durante a semana fisioterapeuta e nutricionista. Tudo isso faz com que uma demanda menor de usuários seja atendida em razão de todas as alternâncias que temos que realizar em salas pouco equipadas, más higienizadas e de difícil acesso.

Nosso principal ponto é quanto à localização da unidade em seu extremo e conseqüente acesso da população. Como superar tal fato? A solução encontrada foi realizarmos atendimento em um local cedido pela comunidade, semanalmente, durante um turno. Essa decisão foi tomada após realização de reunião com a população aonde a maioria optou por essa forma de atendimento.

Solicitado também à Secretaria de Saúde que acione prefeitura para limpeza no terreno em torno do posto com construção de calçada de acesso da rua até a rampa de acesso da porta de entrada, facilitando aos portadores de necessidades especiais e idosos. Além disso, a limpeza próxima evita proliferação de insetos, fonte de patologias para os moradores próximos.

Não encontramos apenas a falta de alguns critérios, mas de uma estrutura física toda para que pudessem ser implementados os itens necessários. Por exemplo, podemos colocar corrimãos e barras de apoio, mas não teremos espaço suficiente nas portas, bem como os degraus permanecerão. Seria necessária, pelo menos, uma reforma na estrutura, com ampliação das portas, rampas de acesso, retificação dos degraus, se possíveis, para enfim adicionar os demais itens.

Como temos que dividir a maior parte das salas, e os pacientes ficam aguardando consulta, foi implementado sistema de fichas, que são liberadas todos os dias pela manhã com horário de consulta já programado, para que as pessoas possam ir para casa e retornar pouco antes à consulta para triagem, liberando assim espaço na recepção, bem como facilitando privacidade durante triagem, procedimentos e curativo.

Além disso, frisado sempre com a equipe que a educação e atenção com nossos pacientes são pontos primordiais. Sabemos da dificuldade que temos, mas com cordialidade podemos ajudar no acesso das pessoas com maior necessidade - idosos. Por isso sempre que vemos que o próximo está encontrando obstáculos dever-se-á oferecer auxílio, e, caso esse realmente não tenha como ser feito o acesso, optamos por visita domiciliar.

Nossa equipe é composta por seis profissionais. Um recepcionista responsável pelo acolhimento inicial, preenchimento e entrega do Sistema de Avaliação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) para a enfermeira e médico prosseguirem o atendimento, agendamento de consultas médicas, nutricionais, fisioterapeutas; repasse para a triagem, curativos e a coleta de exame citopatológico (CP).

Uma técnica de enfermagem responsável pela continuidade do acolhimento, triagem, curativos, medida de PA e HGT, dispensar medicação e auxílio a agentes comunitárias.

Uma enfermeira responsável pela continuidade do acolhimento, realização de CP, puericultura, grupo HIPERDIA, auxílio as ACS, visitas domiciliares.

Um dentista que realiza os procedimentos odontológicos de demanda, saúde na escola, medidas preventivas de saúde bucal.

Uma médica responsável pela conduta de demanda com horário pré-determinado, bem como urgências e intercorrências que ocorram ao longo do dia; grupo HIPERDIA; visitas domiciliares.

Cinco ACS responsáveis pelo cadastramento das famílias em cada uma das micro-áreas existentes, com controle de gestantes, menores de um ano, acamados, doentes crônicos, auxiliando na estratégia de identificar pacientes expostos a riscos e com maior necessidade de cuidados ou até mesmo com necessidade de visita domiciliar. Também são responsáveis por divulgar e estimular a participação nos grupos, bem como pesagem das crianças e controle de bolsa-família.

Todos os profissionais trabalham em conjunto, 40 horas semanais, com exceção a mim que realizo 32 horas semanais. Juntos, são responsáveis pelo bom andamento da unidade, sistematizando o atendimento, sua igualdade, equidade e universalidade, diante de protocolo de atendimento e de triagem, a fim de que todos tenham acesso ao atendimento através do acolhimento, iniciado ainda na recepção,

e garantindo que os problemas sejam resolvidos, os que possíveis, ainda dentro da unidade.

Nossa maior dificuldade é quanto ao tempo que dispomos para atendimento aos pacientes, demoramos em torno de 30 minutos durante deslocamento, fazendo com que um menor percentual de demanda seja atendido, já que necessitamos de transporte disponibilizado pela prefeitura para chegarmos até a nossa unidade.

Com isso, dependemos de grande entrosamento da equipe para driblar a grande procura de atendimentos no dia e realizá-los aos poucos, mas todos são atendidos e se necessário, repassados para atendimento médico em menor tempo possível.

Em relação ao pré-natal na ESF Hélio Rossano é possível fazer considerações visto que este é organizado pela enfermeira, atendimento que é realizado anterior ao tempo que comecei a atuar no local.

É possível afirmar que temos no momento 25 gestantes registradas em nossos arquivos, estimativa aquém do esperado em comparação com os dados do caderno de ações programáticas que fornece dado estimado de 41 gestantes. Isso demonstra que temos cobertura estimada de 61% para as gestantes.

A responsável não soube me relatar se todas acompanham única e exclusivamente na unidade ou também tem acompanhamento com obstetra próprio, bem como não possuía registro quando lhe questionei se todas iniciaram acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. É realizado atendimento de acordo com agendamento pré-determinado, com busca ativa das gestantes que não comparecem e todas são avaliadas quanto ao estado de atualização de preventivo, vacinação e estado nutricional. No primeiro atendimento já são solicitados exames laboratoriais e US obstétrica. São acompanhadas todas as gestantes, mas as de alto risco são igualmente acompanhadas no serviço de referência que se encontra em Rio Grande, uma vez que a única ginecologista/obstetra do município, que realiza atendimento ambulatorial, se nega a atender gestantes. Não são realizados partos no município, pois não há plantão obstétrico e pediátrico no hospital.

Temos grupos de gestantes semanais com apresentação de pequenas palestras com orientações de via de parto, amamentação, cuidados com alimentação e a importância de acompanhamento pré-natal e realização dos exames necessários a fim de se manter bem-estar materno e fetal, evitando sofrimento fetal,

partos prematuros e necessidade de busca ao atendimento diante de manifestações clínicas.

Como é a enfermeira que realiza estes atendimentos, são me repassados os casos que necessitem maior cuidado ou qualquer alteração que venha a observar. Temos hospital de referência que podemos encaminhar pacientes em casos de urgência, bem como em caso que se necessite exames com maior rapidez. Casos de gestação de risco são encaminhados para a cidade de Pelotas, referência nesses casos no município.

Como não temos sala de vacinas no local, as gestantes são orientadas quanto a regularizar cartão vacinal de anti-tetânica e hepatite B na Unidade central da cidade.

É possível notar que temos número total de gestantes, porém não há dados sintetizados de número de consultas, quantas não estão com calendário vacinal e preventivo em dia, porém, equipe afirma que tudo se encontra registrado individualmente. Solicitei então que estes dados devem ser mensalmente organizados em caderno para que possamos ter o acompanhamento geral da unidade, como também maior controle por parte das ACS em ter atenção às queixas em domicílio e notificar equipe em caso de busca de atendimento hospitalar fora de horário de atendimento da unidade e possíveis internações.

Outro déficit a ser corrigido, já que temos acesso à internet, é a atualização Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal (SIS-pré-natal) no sistema online. Falta também capacitação adequada da equipe em atualização.

Todas as puérperas recebem atendimento pós-parto por enfermeira e técnica de enfermagem. É realizado atendimento com revisão de ferida operatória, em caso de cesárea, e de episiotomia em partos via vaginal; questionamento sobre sangramentos, febre, hábito urinário e intestinal; orientação sobre amamentação, observação de pega do neonato, posicionamento no colo materno; relacionamento mãe-filho, aceitação, cuidados com o filho; questionamento sobre anticoncepção e orientação sobre consulta médica para escolha de melhor método.

Não temos serviço de puericultura específico, esses atendimentos são realizados na livre demanda e, quando necessário, repassados como casos de urgência. Como já mencionado acima, no município existem dois pediatras, que permanecem no centro de especialidades. Nesse local já é realizado o teste do

olhinho e coleta do teste do pezinho pela equipe de enfermagem (este procedimento não é realizado na ESF onde atuo).

Nossa unidade necessita iniciar realização de puericultura, com atendimento preconizado pelo MS de, pelo menos, oito atendimentos até um ano de idade, a fim de acompanhar evolução de peso/estatura/perímetro cefálico; avaliação nutricional, neuro-motora; possíveis casos de maus tratos e negligência por parte dos pais; obesidade. Em conversa com a secretária de saúde e a enfermeira, solicitado para iniciarmos esse atendimento com agendamento, um turno por semana, o qual deve ser mantido como obrigatório na ESF. Idéia muito bem aceita e estávamos apenas aguardando diminuir a demanda espontânea, visto que, como o atendimento antes era realizado durante 20 horas semanais pelo outro profissional, tínhamos muita demanda reprimida, com renovação de receitas, exames para serem interpretados, grupo HIPERDIA com necessidade de atendimentos prioritários.

Possuímos uma grande demanda de procura por realização de exame citopatológico. Os exames são realizados semanalmente pela enfermeira de acordo com micro área, facilitando dessa forma a disseminação de informação por parte da ACS que pode divulgar o dia da coleta para a população de abrangência.

Casos que tenham alterações nos laudos são repassados a mim para que se possa realizar devido tratamento e, quando houver necessidade de especialista é possível encaminhar para a ginecologista disponível no município no ambulatório de especialidades.

Como só temos uma enfermeira coletando os exames uma vez na semana e a área total de abrangência ser muito extensa, temos alguns problemas:

- Deslocamento da população: por vezes as pessoas vêm para consulta médica e odontológica, após 30 minutos de transporte até a unidade, e por não ser dia de agenda de coleta saem sem o exame (momento que poderia ser realizado, perdendo assim público alvo em momento oportuno de coleta);
- Devido a grande demanda e poucos turnos de coleta, a saúde total da mulher, com exame completo (mamas, saúde psíquica, planejamento familiar,...), grupos de prevenção e promoção da saúde feminina acabam por serem suprimidos para poder conseguir realizar coleta de demanda dos preventivos;
- Pouco entrosamento de algumas ACS com a população da micro-área de cobertura, faltando divulgação da importância da coleta do exame, frequência, iniciativa de adesão e dias ofertados na unidade para coleta. Essa problemática

ocorre, pois como a ACS reside na área de abrangência, ocorrem problemas pessoais anteriores a sua prestação de serviço, o que faz com que algumas pessoas rejeitem as visitas. A equipe ao identificar essa problemática fez tentativa de conversa com o usuário e caso o mesmo continuasse a recusa, foi proposta visita por outra ACS ou procura direta deste à unidade. Nossa preocupação é não ter o abandono do paciente.

O entrosamento das ACS com a população adstrita é essencial, uma vez que elas são nosso elo de relação, podendo ter contato intra-domicílio e contínuo, fazendo busca ativa constante, estimulando e ofertando o serviço à paciente.

Dessa forma, é possível que a enfermeira, recebendo um exame alterado me repasse à informação durante reunião de equipe e juntamente com a ACS já tenhamos contato com a paciente e prontamente possamos trazê-la até a unidade para conduta adequada.

Existe uma grande demanda reprimida em relação à mamografia que pude notar desde que comecei a atuar em São José do Norte. Segundo o caderno de ações programáticas temos 284 pacientes entre 50 e 69 anos que necessitam acompanhamento e rastreamento de câncer de mama. Muitas mulheres estão com os exames atrasados ou até mesmo nunca o realizaram. Outro problema é a falta de registro prévio por parte de outros profissionais, não podendo ter uma relação temporal por prontuário de quando o exame foi realizado e quais alterações tiveram o que facilitaria a análise comparativa.

Como não temos um grupo específico para a saúde da mulher, esse trabalho no momento é dividido entre eu e a enfermeira da unidade. Dessa forma, durante consulta de rotina e na possibilidade de intervenção durante coleta de exame preventivo de colo de útero, é o momento que encontramos para ter acesso a essa população alvo.

Faltam profissionais para que pudéssemos dividir essas atividades, capacitação dos que já compõem a equipe, espaço físico para mais reuniões de grupo e maior acessibilidade à realização de exames de mamografia e US mamária, exames que demoram a serem executados, especialmente em pacientes de alto risco ou de caráter diagnóstico, momento em que o tempo é crucial. Os exames são realizados nos municípios vizinhos (Rio Grande, Pelotas e Piratini), mas devido a grande lista de espera, muitas pacientes optam por realizarem por conta o exame na liga feminina de saúde, localizada em Rio Grande.

Nossa cobertura referente à pessoa idosa é ineficiente, com demanda espontânea, grupo HIPERDIA e visitas domiciliares, não havendo um atendimento específico para essa parcela da população que tanto necessita de cuidados e atenção, pois estão à mercê de doenças crônicas, abandono, maus tratos, negligência de familiares, depressão e demências.

Também não são oferecidos grupos que possam manter em supervisão e controle ou até mesmo estímulo para cuidados com sua saúde.

Na população onde estou atuando, pude notar predomínio de adultos e, grande parte, sendo idosos. Muitos residem sozinhos, sem suporte familiar, em moradia mal estruturada (tanto em estrutura física como em relação a corrimões, rampas de acesso,...); e tendo que ingerir suas medicações sozinhas. Muitas vezes esses usuários são analfabetos, com diminuição de acuidade visual, ocorrendo má aderência ao tratamento proposto e até mesmo troca de remédios.

Conforme citado acima, a população em grande parte é formada por adultos e, conseqüentemente, idosos ou tendendo a entrarem nessa faixa etária. Com isso, acredito que, sim, teríamos que focar nessa população, especialmente referente à prevenção ou manutenção de níveis estáveis de hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemia, que possuem número elevado de diagnosticados, e, com isso, objetivando evitar conseqüências como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM).

Porém, iniciar grupo direcionado a essa parcela da população não seria possível devido ao grande número de usuários, sendo assim, deveríamos investir em campanhas que englobem grande público e capacitar a equipe, especialmente as ACS, para que possam disseminar essas informações em domicílio, já que não é possível realização de grupos, e manter agendamento de consultas com regularização de medicações, exames laboratoriais e identificação de possíveis negligências, falta de cuidados, má aderência ao tratamento e abandono.

Realizamos o grupo HIPERDIA uma vez na semana de acordo com a área da ACS, para melhor adesão e maior facilidade para divulgação da reunião. Nela são realizadas as aferições de PA, HGT e medida de circunferência abdominal, além de controle laboratorial e eletrocardiográfico, e, dependendo das alterações encontradas pela enfermeira, são encaminhados para a consulta médica. Porém, esse é o controle dos pacientes já diagnosticados e os demais que ainda não tem seu diagnóstico firmado, são triados em consulta de demanda, não havendo

campanhas na unidade para estimular aferições, bem como estímulo para que as pessoas tomem por hábito seu controle pressórico.

Possuímos em nossos registros a identificação de 59 diabéticos e 252 hipertensos, número inferior ao estimado pelo caderno de ações programáticas que prevê 613 hipertensos e 175 diabéticos a partir dos 20 anos. Isso nos oferece a dimensão que temos 41% daqueles e 34% destes cadastrados, mostrando que esforços precisam ser realizados para ampliarmos a cobertura.

Além disso, a unidade ficou muito tempo sem atendimento médico, o que prejudicou avaliação de receitas medicamentosas antigas, bem como intervenções em casos de dislipidemia, obesidade, má aderência ao tratamento proposto ou mesmo revisão de doses.

Portanto, é possível observar que sendo uma ESF recente muito há por ser modificado e implementado, mas felizmente a equipe se mostra motivada e disposta a mudanças, com a população apoiando e aderindo aos programas. Será importante ampliar os cuidados da saúde nas escolas e a atenção à puericultura e ao idoso. Com isso, o trabalho apesar de árduo se mostra prazeroso e motivacional.

1.3 Comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Com o passar dos dias e revendo minha tarefa na segunda semana de ambientação, é possível notar a nítida evolução que obtive já nessa etapa de especialização, observando todos os pontos que uma unidade deve possuir para ser o padrão de modelo de ESF.

Infelizmente, estamos muito aquém ainda, porém, a unidade tem pouco tempo de implantação no local e equipe ainda em fase de transformação do modelo antigo para o atual justificando em parte a dificuldade inicial. O que motiva as mudanças é a união da equipe e estar aberta e prontamente atender as idéias de aprimoramento e melhor atendimento a comunidade.

Quanto às estruturas físicas poucas coisas mudaram, mas conseguimos que gestor municipal e coordenador das unidades de saúde fossem fiscalizar o local e observassem quanto há por se fazer e que precisamos do engajamento deles também para que possamos obter melhorias.

2. Análise estratégica

2.1. Justificativa

Para iniciar esse grande projeto que visa a escolha de um tema para intervenção na unidade de Saúde da Família Hélio Rossano, na cidade de São José do Norte, Rio Grande do Sul, muito refleti e repensei sobre qual área iria desenvolvê-la, observando as carências onde estou atuando e, o que eu, como médica, poderia oferecer à população e que perpetuasse ao longo do tempo, mesmo após o fim da especialização e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Cheguei à conclusão que essa escolha é similar a uma viagem: é sempre necessário traçarmos uma rota, focarmos no que almejamos, seguirmos nossa bússola, a fim de chegar ao nosso destino final.

Quando comecei meu trabalho em março de 2014, encontrei um local relativamente dentro dos padrões que preza uma ESF. Tínhamos uma equipe formada, com atendimento a grupo de hipertensos e diabéticos e acompanhamento de gestantes de pré-natal de baixo risco, ambos realizados pela enfermeira, visto que somente havia médico que atendia em três períodos da semana. A demanda por consultas, mostra de exames, regularização de medicação e doses, inicialmente, estavam muito reprimidas e tive que colocá-las em ordem para conseguir organizar os atendimentos e deixar um período da semana para a realização da minha intervenção. Com isso, consegui observar que os hipertensos e diabéticos, que na grande maioria inclui pacientes geriátricos, e as gestantes, estavam recebendo atenção, solicitação de rotina laboratorial, acompanhamento da equipe, porém, as crianças, grupo populacional tão vulnerável, estavam sendo atendidas apenas na livre demanda, geralmente por quadros de agudização de alguma enfermidade.

Comecei a notar calendários vacinais atrasados, altas taxas de anemia ferropriva, famílias com grande número de filhos, gestantes adolescentes, ou seja, falta de planejamento familiar, de orientação, de informação e de acompanhamento.

Na realidade, existem dois pediatras no município, um que atende crianças até um ano incompleto e o outro que atende as demais, ou seja, toda a população pediátrica do município acaba por ser drenada para esses dois profissionais, sobrecarregando, obviamente, a agenda e acarretando em número de consultas inferior ao preconizado. Com isso, problemas que poderiam ser acompanhados de perto e de fácil manejo, acabam passando despercebidos. Relutei, pois pediatria não me atrai, mas pensei novamente e concluí que poderia ser a oportunidade de me aproximar dessa área e ajudar esses pequenos que tanto necessitam de intervenção.

Nesse enfoque e observando o que diz no Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança (BRASIL,2012): “As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas – como a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado de coisas precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.” e, além disso, segundo Bonilha e Rivorêdo (2005): “a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz.”, fica claro a importância da saúde da criança no contexto da ESF.

A puericultura (do latim *puer* – criança) tem por objetivo o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. É de fundamental importância, uma vez que é por meio dela que os profissionais da saúde têm condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento e desenvolvimento infantil. A detecção precoce é essencial para seu tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos seqüelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico, incluindo patologias de fácil manejo quando diagnosticadas precocemente como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, as deficiências vitamínicas, os erros nutricionais e

inúmeras outras doenças próprias da infância. Também é possível acompanhar a vacinação contra as doenças comuns da infância, como a poliomielite, rotavírus, o tétano, a difteria, a coqueluche, as hepatites. Pode-se fornecer adequada supervisão das condições higiênicas, alimentares (incluindo obesidade infantil), comportamentais e de acidente na infância.

Ainda, de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), para que as mudanças requeridas pela saúde da família ocorram, é necessário que: *“[...] concebida dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo.”*.

Portanto, visando os problemas encontrados durante meu processo de trabalho e buscando melhoria no atendimento, decidi focar na saúde da criança, visando a puericultura.

A ESF Hélio Rossano possui 2740 usuários cadastrados, predominantemente pescadores, uma vez que a Unidade se localiza em área litorânea/portuária. Há uma equipe atuante, com onze funcionários: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um recepcionista, uma higienizadora, seis ACS. Quinzenalmente temos uma nutricionista e semanalmente um fisioterapeuta. Infelizmente, durante o período de planejamento da intervenção tivemos a exoneração da odontóloga que era vinculada a equipe, dessa forma todo o trabalho, envolvendo a avaliação odontológica, ficará prejudicado caso não seja realocado outro profissional.

Infelizmente, não temos como ter uma noção real de quantas crianças possuímos em nossa área de abrangência, pois não há registros específicos e, também, contamos com déficit de ACS para cadastramento, mas já é possível termos noção superficial, bem como quais micro-áreas tem maior população alvo, bem como gestantes que trarão novo número de usuários pediátricos. Segundo o caderno de ações programáticas contamos com aproximadamente 33 crianças menores de um ano e 66 menores de cinco anos.

Temos ainda a dificuldade da aderência das crianças, pois estas tem acompanhamento com os pediatras da clínica de especialidades, o que afasta, de certa forma, esse tipo de atendimento de nossa unidade, pois, as mães consideram estarem bem assessoradas. Além disso, não dispomos de sala de vacinas, nem

coleta do teste do pezinho o que leva a procura de outras unidades, já sendo realizado agendamento para retorno nas mesmas.

Com base em tudo o que foi explanado acima é possível concluir que a saúde da criança deve ser focada como forma de monitoramento no presente, mas também galgando esforços para o futuro, almejando que se tornem adultos com melhora dos padrões na saúde, bem-estar, desenvolvimento neuropsíquico, entre outros. Todo esse projeto, de grande importância, não seria possível apenas com meus esforços, visto que abrange todos os profissionais atuantes, porém, desde o momento que inseri a idéia de programarmos atendimento para o público infantil, todos não mediram esforços para que o projeto saísse do papel e ganhasse prática. Desde a higienizadora que se responsabilizou para organizar a sala semanalmente com a balança, fita métrica, entre outros, o recepcionista que me auxiliou na impressão das fichas espelho até a técnica de enfermagem e enfermeira que estão comigo buscando apoio para reabrirmos a sala de vacinas, para capacitar as ACS e realizar o planejamento.

O local onde estou inserida é, em grande parte, formado por população carente, ribeirinha, que tem dificuldade para pagar passagens de ônibus, comprar medicações ou pagar uma consulta particular. Dessa forma, acredito que todos merecem um atendimento qualificado, próximo de suas residências, com uma equipe multidisciplinar que irá acompanhar toda a evolução da criança, intervindo onde haja deficiência e realizando encaminhamentos se houver necessidade. Toda a comunidade se beneficiará, pois tanto no presente como no futuro, será notada diferença desse engajamento da equipe com a população.

Nossa maior dificuldade será a aderência da população, visto que alguns já possuem agendamento com os pediatras do município, mas devido à distância e a grande espera por agenda, nosso trabalho será valorizado e aceito por todos.

2.2. Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses da unidade de saúde da família Hélio Rossano, São José do norte, RS.

2.2.2. Objetivos Específicos

- 1- Ampliar a cobertura de atendimento.
- 2- Melhorar a qualidade do atendimento.
- 3- Melhorar a adesão às consultas.
- 4- Manter o registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação.
- 5- Realizar a avaliação de risco das crianças cadastradas no programa.
- 6- Realizar a promoção da saúde.

2.2.3. Metas

Relacionada ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde: tentaremos abranger 60% da população infantil, com atendimento preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e MS.

Relacionadas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10: Realizar teste do coraçãozinho em 100% das crianças.

Meta 2.11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses

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

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

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

Relacionada ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Relacionadas ao Objetivo 5: Realizar avaliação de risco para as crianças.

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

Relacionadas ao Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

2.3. Metodologia

2.3.1. Ações

1. Objetivo: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Estender a cobertura das crianças de 0 a 72 meses para 60%.

Ações: Para conseguirmos cobertura de 60% das crianças serão necessários **monitoramento e avaliação** do número de crianças cadastradas no programa, isso se dará por meio da intervenção das ACS que realizarão essa atividade em suas visitas domiciliares e dessa forma, será possível realizar agendamento para acompanhamento de todas essas crianças, bem como após realizar busca ativa para os pacientes faltosos. Para organizar esse cadastramento e conseguirmos fixar o atendimento à saúde da criança é necessário que haja a **organização e gestão do serviço** através de explicação à população do por que iniciarmos esse tipo de atendimento na Unidade, quais as vantagens e objetivos desse tipo de prática e que benefícios trará a comunidade, entendendo que dessa forma, não será diminuído o número de consultas a livre demanda, mas sim, planejado atendimento agendado e com objetivo de diagnosticar precocemente males e patologias que possam vir a se manifestar nas crianças, podendo, dessa forma, ter intervenção precoce, isso ocorre através do **engajamento público**. Para isso, será necessário que toda a equipe tenha **qualificação da prática clínica** constante para que possam realizar o acolhimento de forma adequada, analisar caderneta de vacinação orientando regularização da mesma, observação de ambiente domiciliar quanto às questões de higiene, alimentação e maus tratos, juntamente com pais e responsáveis.

2. Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

Ações: Para o **monitoramento e avaliação** dessa prática, já será orientado durante pré-natal e grupo de gestantes, como forma de **engajamento público**, a necessidade de consulta do recém-nascido (RN) na primeira semana de vida para que sejam avaliados parâmetros como: amamentação, possível icterícia, alteração de coto umbilical, possíveis traumas durante o parto (fratura de clavícula, lesão de plexo braquial), entre outros. Além disso, ACS orientará a consulta e já agendamento para retorno na unidade da puérpera e RN assim que receberem alta hospitalar. Dessa forma é necessário **qualificação da prática clínica** de equipe para que possa orientar as mães de forma adequada e estimulá-las a manter

consultas regulares, sua facilidade e proximidade ao domicílio, o que é a puericultura e sua importância.

Como forma de **organização e gestão do serviço**, devemos fazer busca ativa, seja por ACS ou contato telefônico, das pacientes que não compareceram para consulta após a data provável do parto, a fim de estimular sua vinda à ESF.

Meta 2.2, 2.3 e 2.4: Monitorar o crescimento, déficit de peso e excesso de peso em 100% das crianças.

Ações: É necessário **monitoramento e avaliação** das crianças em relação ao crescimento e ganho de peso com avaliação da através das curvas preconizadas pelo MS. Para isso, como **organização e gestão do serviço**, é fundamental que tenhamos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), além de versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Para isso, a gestão municipal deverá ser informada do que a Unidade necessitará a fim de providenciar o mais breve possível esses materiais, sabendo que licitações envolvem tempo e gastos.

É importante como forma de **engajamento público** compartilhar com os pais, e/ou responsáveis pela criança, as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e também informá-los sobre como ler a curva de crescimento e ganho de peso, identificando sinais de anormalidade. Para isso, é imprescindível que os pais levem à consulta a caderneta entregue na maternidade de referência, documento do RN, onde contém as curvas de crescimento e ganho de peso, para que possa ser explicado para que servem e como os pais podem ficar alertas com algumas mudanças no padrão da curva, devendo questionar e mostrá-la ao serviço. Também é necessário que a gestão municipal providencie fichas espelhos para serem anexadas em prontuário e assim ter evolução do paciente em pasta onde a Equipe pode se nortear. É importante que todos os profissionais da Unidade estejam aptos a verem alterações nas curvas, facilitando diagnóstico precoce de alterações, como forma de **qualificação da prática clínica**.

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

Ações: É importante **monitoramento e avaliação** o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo. De que forma isso é feito? Na **organização e gestão do serviço**, acompanhando a idade do paciente e as evoluções esperadas para cada faixa etária e, caso haja alterações ser possível garantir encaminhamento para diagnóstico e tratamento. Isso é viável na ESF Hélio Rossano, pois contamos no município com dois pediatras no Centro de Especialidades, onde referenciamos esses casos e, após necessário, será referenciado à neurologista, endocrinologista, conforme seja a prioridade. Como forma de **engajamento público**, para que os pais e/ou responsáveis também possam nos auxiliar a observar essas alterações é fundamental que orientemos as evoluções esperadas, por exemplo, criança de dois meses deve segurar a cabeça erguida durante um tempo. Isso também é válido para a equipe, como forma de **qualificação da prática clínica**, podendo exercer sua atividade fora do consultório médico e trazendo a este as alterações observadas.

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

Ações: **Monitoramento e avaliação** o percentual de crianças com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao final da puericultura. Como forma de **organização e gestão de serviço**, encontraremos dificuldade, pois apesar de termos espaço para sala de vacinas, esse serviço não está disponível devido a falta de gerador de luz, o que impossibilita deixar as doses estocadas em geladeira, pois corremos o risco de termos queda de energia quando a unidade está fechada, ou seja, não teremos como saber se as doses estragaram. Dessa forma, é importante garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação na sala de vacinas na unidade central do município até que a regularização na nossa ESF seja realizada, além de garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas. Também é imprescindível, o controle de estoque para evitar falta de vacina, além de realizar controle da data de vencimento do estoque. É importante, como **engajamento público**, orientar aos pais a importância de manter o calendário atualizado, ensinando onde se acompanha na caderneta as próximas doses que deverão ser administradas e orientando onde devem se dirigir. Essas informações toda a equipe deverá ser capaz de repassar e orientar, garantindo cobertura total vacinal, como forma de **qualificação da prática clínica**.

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

Ações: **Monitoramento e avaliação** o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, com isso é necessário garantir que a farmácia do município esteja abastecida e o medicamento seja de livre acesso, como forma de **organização e gestão de serviço**, para evitar casos de anemia ferropriva na população pediátrica. Para que esse objetivo seja alcançado, como **engajamento público**, é imprescindível que pais/responsáveis tomem importância da profilaxia e administrem a dose diariamente, com isso, novamente, a equipe toma papel principal e todos devem ter **qualificação da prática clínica** e orientação para repassar aos pacientes.

Meta 2.8, 2.9 e 2.10: Realizar triagem auditiva, teste do pezinho e teste do coraçãozinho em 100% das crianças, como forma de triagem neonatal, a fim de **monitoramento e avaliação** precocemente patologias passíveis de intervenção. Como **organização e gestão de serviço**, poderemos realizar esse tipo de triagem, pois já é realizado agendamento no hospital de referência para teste da orelhinha na alta hospitalar, o teste do coraçãozinho já está sendo realizado na sala de parto e o teste do pezinho é coletado no posto central. Como forma de **qualificação da prática clínica**, orientou-se à nossa enfermeira realizar treinamento para que a coleta seja realizada em nosso serviço, facilitando aderência e ficando mais próximo para a população se dirigir, **engajamento público**.

Meta 2.11 e 2.12: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico e da primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Ações: Organizar e **monitoramento e avaliação** acolhimento e cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde. Informar a comunidade, **engajamento público**, sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Encontraremos dificuldade nesse ponto, pois estamos sem acompanhamento odontológico, estamos no aguardo, pois gestão municipal relatou processo seletivo, contratação imediata

ou atendimento semanal desse serviço, **organização e gestão de serviço**. Seguimos no aguardo.

3. Objetivo: adesão dos pacientes à Puericultura.

Meta 3.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Ações: **Monitoramento e avaliação** o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e o número médio de consultas realizadas pelas crianças e com isso realizar as buscas às crianças faltosas. Como forma de **organização e gestão** do serviço será necessário organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, com auxílio das ACS, organizando a agenda para as crianças faltosas, uma vez que são essas que muitas vezes necessitam de atenção redobrada. Para isso, **engajamento público**, os pais precisam saber a importância de manter regularidade de consultas e não faltar e, caso falem, justificar a equipe e já agendar retorno, com auxílio de todos os profissionais engajados, que devem receber capacitação, **qualificação da prática clínica**.

4. Manter registro atualizado de todos os pacientes.

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

Ações: **Monitoramento e avaliação**: os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, preenchendo SIAB/folha de acompanhamento, implantando ficha espelho (da caderneta da criança), pactuando com a equipe o registro das informações e definindo responsável pelo monitoramento registros, **organização e gestão do serviço**. Além disso, dispomos do cartão da criança municipal, já impresso, onde serão registrados os retornos dos pacientes para que os pais possam se organizar e programar para a consulta. Todos esses registros são documentos pessoais do paciente, sendo direito de pais e responsáveis requerer segunda via na unidade, em especial de vacinas, como em casos de perda dos registros, mudanças e viagens, **engajamento público**. Orientar, **qualificação da prática clínica**, a equipe de todas essas informações é essencial, evitando transtornos e mantendo uma boa relação unidade-paciente.

5. Objetivo: Avaliação de risco.

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

Ações: **Monitoramento e avaliação:** o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e em acompanhamento de puericultura em atraso. É necessário dar prioridade a esses pacientes mais vulneráveis, bem como realizar busca ativa, pois podem estar em perigo, **gestão e organização do serviço**. Durante todas as consultas e idas à unidade, devem ser orientados a fatores de riscos e como evitá-los, **engajamento público**. Essa prática deve ser realizada por toda a equipe, **qualificação da prática clínica**.

6. Objetivo: Realizar promoção da saúde.

Meta 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança; colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta; fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças e fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Ações: **Monitoramento e avaliação:** o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho; as atividades de educação em saúde sobre o assunto; o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta; a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos e posterior introdução de alimentação sólida, além de desenvolvimento educacional das mães e gestantes, para que possam oferecer já na infância uma alimentação adequada; o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho e as atividades educativas coletivas, como forma de **gestão e organização** do serviço e também **engajamento público**. É necessário definir o papel de cada membro da equipe nessas funções a fim de se realizar um bom trabalho, além de capacitá-los, **qualificação da prática clínica**, a desenvolver atividades educativas, seja na unidade ou na escola da área.

2.3.2. Indicadores

Indicador de cobertura

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

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

Indicadores de qualidade da atenção

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

Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.
Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

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

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

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

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

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

Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

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

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

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

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

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

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

Meta 2.10: Realizar teste do coraçãozinho em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem cardiológica.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem cardiológica.

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

Meta 2.11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador de Adesão

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

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

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicador de qualidade do registro

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

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas-espelho com registro atualizado.

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

Indicador de avaliação de risco

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

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Indicadores de promoção da saúde

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

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

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

2.3.3. Logística

Como escolha de protocolo para nortear as decisões que serão tomadas, e para a organização do serviço, optei pelo Protocolo de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, BRASIL, 2012. Justifica essa escolha os dados que contém em seu interior que apoiarão de forma confiante a equipe e que possui os principais dados que deverão ser seguidos.

Como se darão os registros e quem os fará?

Cobertura: Nossa meta de cobertura é alcançar o cadastramento de 60% das crianças de 0 a 72 meses. Isso se dará através dos membros da equipe, ou seja, as ACS cadastrarão as crianças durante as visitas domiciliares e agendarão a consulta com a médica ou a enfermeira; também ocorrerão por demanda espontânea, ou seja, em procura por atendimento que não seja no dia da puericultura. Além disso, já manteremos em acompanhamento as gestantes próximas à data provável do parto para que, assim que nasça seu bebê, já tenham retorno na primeira semana de vida do RN à unidade, conforme preza o protocolo do MS. Para isso serão necessárias fichas A, já existentes em nossa unidade, anexando-as em prontuário familiar. Nossas ACS realizarão essa atividade em suas visitas domiciliares, já difundindo o que será capacitado em reunião de equipe semanal sobre a puericultura, facilitando disseminação de informação, esclarecendo à população sobre esse tipo de atendimento diferenciado, seus objetivos, propósitos e importância.

Qualidade: Agendaremos as consultas de puericultura em um turno semanal, de acordo com a ACS e sua respectiva área, facilitando os avisos à população, estimulando moradores de uma mesma redondeza e já aproveitando para acompanhamento e vínculo da ACS com sua população de abrangência. O primeiro atendimento deverá ser nos sete primeiros dias de vida do RN e após conforme calendário proposto por faixa etária pelo Protocolo da Saúde da Criança. Serão agendados oito atendimentos em um turno semanal. Já estamos difundindo em grupos de gestantes e no pré-natal essa informação como forma de conseguirmos aderência dessas pacientes após nascimento do bebê, como, também, esclarecimento à comunidade do que se trata essa intervenção, explicando que não estamos diminuindo o atendimento, nem reduzindo número de consultas, mas sim, realizando atendimento a grupo vulnerável, que merece cuidado especial, especialmente no que tange em diagnóstico e intervenção precoce. Também é priorizado que crianças com intercorrências, como diarreia e febre, terão atendimento prioritário, mesmo em consultas de livre demanda, criando confiança da população e aderindo a nossa proposta de consultas.

Todas as crianças ao saírem do consultório já terão sua próxima consulta agendada, informando a ACS para que também anote em sua agenda para posterior reaviso em visita domiciliar. Instituímos o cartão da criança para que nele constem a data e horário de retorno. Esse cartão já existia no município, mas não era usado na

unidade, portanto, temos número suficiente desses cartões para as crianças da área.

É necessário monitorar as crianças em relação ao crescimento, tendo como medidas principais a estatura, perímetro cefálico e ganho de peso com avaliação através das curvas preconizadas pelo MS. Essa aferição, e posterior preenchimento em SIA-SUS, folha espelho e caderneta da criança, que ocorrerá durante o acolhimento e triagem, poderá ser realizada por enfermeira e/ou técnica de enfermagem, após capacitação adequada. Já contamos com as folhas com as curvas na unidade, pois o município conta com dois pediatras no centro de especialidades, já realizando essas aferições, porém, devido a grande demanda, há sobrecarga de atendimentos e não há o retorno conforme preconizado, motivo também pelo qual escolhi realizar intervenção nessa área. Necessitaremos de mais uma balança pediátrica já que atendemos em outra localidade durante a semana, onde também será realizada puericultura, porém com número total de usuários de 0 a 72 meses menor, segundo levantamento de cobertura inicial. Temos três antropômetros. Necessitaremos de mais duas fitas métricas, visto que há somente uma na unidade, usada também durante pré-natal. Temos um otoscópio. Necessitaríamos de um oftalmoscópio para realização de reflexo vermelho na primeira consulta do RN como forma de triagem neonatal na busca de anomalias, como por exemplo, catarata congênita. A gestão municipal já foi informada desses materiais que são necessários para que possamos iniciar nosso trabalho.

Temos a possibilidade, conforme mencionado acima, de referenciar crianças com patologias ou diagnósticos que necessitem intervenção de especialista, para os pediatras do município e, casos estes achem propício, encaminhem para neurologista, endocrinologista, conforme o caso. Nesse sentido, temos total acesso à gestão municipal, com amplo diálogo, bem como com os outros profissionais.

Quanto aos testes de triagem, o teste do reflexo vermelho, olhinho, já é realizado na primeira consulta de revisão do RN, de preferência nos 07 primeiros dias de vida, para isso necessitamos do oftalmoscópio, que ainda não temos. O teste da orelhinha já é agendado na alta hospitalar, constando data para comparecimento na caderneta da criança, de forma que toda a equipe, inclusive ACS, pode acompanhar, avisar e orientar esse retorno para a família, além do porquê desse exame. O teste do coraçõzinho foi determinado pelo MS como obrigatório para triagem neonatal e serve para detectar e prevenir problemas

cardíacos nos recém-nascidos em toda rede pública, foi publicada determinação referente a isso no Diário Oficial da União (DOU) no dia 11/06/14. Já observamos em algumas cadernetas a realização dessa triagem que é realizada ainda em sala de parto ou durante o tempo que o RN permanece no hospital, porém esse tipo de teste está sendo realizado apenas em um dos hospitais que as gestantes se dirigem, em município vizinho, não sendo no hospital de referência. Entraremos em contato com a maternidade de referência para saber quando esse serviço começará a ser prestado. O teste do pezinho é realizado nas primeiras 48 horas até 30 dias de vida do RN, não sendo realizadas em nossa unidade no momento, as coletas do município são feitas no posto central. Nossa enfermeira deverá realizar capacitação para coleta do exame, a fim de que as pacientes se dirijam a nossa unidade para esse tipo de serviço, sendo a responsável para coleta, busca ativa das crianças que não o realizaram, possível necessidade de refazê-lo, bem como avisar ACS para que a mãe venha a ESF quando o exame se encontrar na unidade. Isso possibilitará que as mães criem vínculo com a equipe, aderência às consultas de enfermagem e médica e tenham a ESF Hélio Rossano como porta de entrada para seus filhos (as).

Apesar de termos sala de vacinas em nossa unidade, estas não são realizadas, pois não temos gerador de luz, estando às doses à mercê de quedas de energia elétrica, com perda conseqüente das mesmas. Foi sugerida a idéia de levarmos as doses em caixas refrigeradas, diariamente ou semanalmente e após retornando com as mesmas à sala de vacinas central, pois a implantação de gerador de luz no momento será de difícil aquisição.

A suplementação de ferro será administrada em todas as crianças de 6 a 24 meses (ou antes em caso de crianças que não estejam em amamentação exclusiva ou uso de fórmulas infantis). Será necessário estoque de doses suficientes para dispensação na farmácia municipal, conseguido com apoio da gestão municipal durante a compra de medicações durante licitações.

Para avaliação da saúde bucal será necessário contratação imediata de odontólogo ou serviço em alguns turnos da semana para a população, visto que estamos sem esse tipo de atendimento há um mês, mesmo tendo consultório odontológico em nossa unidade. Com isso, será possível avaliação das crianças de 0 a 72 meses quanto à saúde bucal, intervenções, orientações, avaliação de primeira dentição, entre outros.

Adesão: O acompanhamento do comparecimento das crianças às consultas será realizado por toda a equipe, mas em especial pelo auxiliar administrativo que controla a agenda, anotando os nomes dos pacientes ausentes, bem como das ACS que estão presentes nos dias de atendimentos de suas áreas. Esse ponto também poderá ser aferido por enfermeira e técnica de enfermagem que poderão, em caso de falha de convencimento das ACS, realizar busca ativa ou visita domiciliar para tomar conhecimento do por que do não comparecimento.

Registro: Os registros serão realizados em nossas fichas-espelho, já presentes em número suficiente na unidade, que contém gráfico de medida de estatura, peso e perímetro cefálico. Os demais dados necessitarão ser realocados em outra planilha que teremos que elaborar para anotar calendário vacinal, evolução neuro-psico-motora, suplementação de ferro e evolução odontológica – saúde bucal. Os demais dados de nascimento e triagem neonatal como teste da orelhinha, reflexo vermelho ocular e teste do coraçãozinho são anotados em prontuário na primeira revisão na unidade, reavaliando se foram agendados, situação de coleta e quando ficarão prontos, bem como suas alterações e necessidade de intervenção.

Os registros de medidas antropométricas poderão ser realizados pela enfermeira e técnica de enfermagem conforme mencionado acima, porém os demais dados, que necessitam de avaliação cuidadosa e clínica deverão ser registrados por mim, a fim de avaliar minuciosamente possíveis alterações. Porém, todos devem estar aptos a lerem as curvas, suas anormalidades de evolução; acompanhar calendário vacinal, orientando sua atualização; evoluções neuro-psico-motoras esperadas para cada faixa etária. Com isso, é possível que mesmo fora do consultório médico, a equipe ajude a observar alterações e avisar a mim para que condutas sejam tomadas.

Avaliação de risco: Toda a equipe deve estar apta a identificar fatores e pacientes de risco, isso se refere a: pacientes de baixo peso, desnutrição, quadros infecciosos de repetição (diarréicos, respiratórios), maus tratos, negligência, falta de cuidados como sanitário, escolar e afetivo. Por quê? Pois essas crianças necessitam de cuidados especiais, geralmente são essas que demandam maior atenção, com maior número de visitas domiciliares, prioridade em consultas de urgência. Toda ficha-espelho deve conter a identificação que a criança é de grupo de alto risco.

Promoção da saúde: Nosso principal objetivo inicial será esclarecer à população sobre o que é a puericultura, sua importância, o porquê de reservar um

3. Relatório da intervenção

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Tínhamos o desejo de estender a cobertura da área de abrangência da ESF Hélio Rossano para as crianças de 0 a 72 meses para 60%, a qual foi desenvolvida de forma exemplar pelas ACS, especialmente devido a implantação do E-SUS na unidade, que exigiu que toda a área fosse recadastrada e dessa forma toda a população pode ser novamente revista e dessa forma termos a real noção de nossa população. Tivemos a dificuldade em uma micro-área que está sem ACS e dessa forma o cadastramento continua prejudicado e só podemos fazê-lo a partir do momento que o usuário procura a unidade de saúde, visto que não é possível realizar a busca desses pacientes devido a distância que se encontram na unidade. Dessa forma, não foi possível chegar a nossa meta que era cadastrar e acompanhar 100% dos usuários de 0 a 72 meses.

Outro ponto que nos propomos a realizar era melhorar a qualidade do atendimento à criança e fomos muito bem sucedidos, visto que fomos amparados pela gestão municipal em quase todas as questões em que solicitamos apoio. Dessa forma, foi possível realizar as medidas de controle antropométrico das crianças, avaliação pondero-estatural, desenvolvimento motor, neurológico e psicológico. Tivemos a facilidade de encontrar todo material que precisávamos, desde antropômetro, fitas métricas, estetoscópios, porém há um mês nosso otoscópio

quebrou e até o momento não houve troca ou empréstimo de outro, o que ocasiona déficit de constatação de problemas otológicos e encaminhamentos desnecessários em casos de urgência devido à ausência de material adequado e, neste caso, já foi solicitado a gestão municipal e os mesmos relatam que é necessário realizar licitação, que é demorada, e não há outros disponíveis no município. Assim, pacientes que necessitem com urgência estão sendo encaminhados ao hospital da cidade. Mas sem dúvidas, podemos diagnosticar casos de desnutrição em crianças vulneráveis e assim realizar com equidade a forma de atendimento, conseguindo melhora do peso, acompanhamento dos pais e fiscalização pelas ACS.

Conseguimos realizar a consulta de todas as crianças que nasceram no período da intervenção na primeira semana de vida e, devido a capacitação que foi realizada para a enfermeira e a técnica de enfermagem, podemos realizar a coleta do teste do pezinho já no local, o que até então não vinha sendo realizado. Tivemos dificuldades de conseguir a boa adesão das mães a amamentação devido a cultura familiar e pressão sofrida pelas primíparas que acreditavam em seus familiares e iniciavam alimentação com outros leites, mesmo com acompanhamento multidisciplinar e insistência da equipe.

Nossa unidade não comporta sala de vacinas e temos uma geladeira que se destina a elas na sala onde se revezam fisioterapeuta, nutricionista, ACS e pesagem. Estive em conversa com a gestão e o serviço epidemiológico para que a sala de vacinas fosse implantada na unidade, visto a distância do centro, o que acarretava em inúmeros cartões vacinais em atraso e tivemos a visita dos mesmos, e depois disso tivemos a certeza que até o momento não é possível tal feito. Não temos espaço físico, higiene e isolamento local e gerador de luz que mantenha as doses vacinais em temperatura favorável caso haja uma queda de luz, especialmente nos finais de semana em que a unidade fica fechada. Dessa forma, chegamos a um acordo que mensalmente uma profissional da sala de vacinas vai até a ESF e regulariza as vacinas da população, de adultos e crianças, com aviso prévio à população para que possam se programar e comparecer.

Como citado acima, tivemos dificuldades com as primíparas em manter o aleitamento materno exclusivo, dessa forma, muitas crianças tiveram que receber precocemente a suplementação de ferro, além, claro, das que foram diagnosticadas com exames laboratoriais com anemia ferropriva. Apesar de termos solicitado no início do projeto um estoque extra para a farmácia de sulfato ferroso, tivemos fim

dos estoques no meio da intervenção, acarretando que as mães tiveram que arcar com a compra da medicação, pois segundo gestão, a nova licitação medicamentosa ainda não constaria de nova demanda da medicação referida.

Quanto à triagem auditiva, somos privilegiados de termos nossas gestantes encaminhadas, na sua maioria, para o hospital universitário que conta com o hospital amigo da criança, dessa forma, além de fortalecer o contato mãe e filho, já realiza e programa exames que devem ser realizados em curto espaço de tempo. Assim, as crianças ali nascidas já saem com o teste do coraçãozinho realizado e com programação de realizar o teste auditivo em no máximo duas semanas. Infelizmente o mesmo não ocorre nas crianças nascidas na Santa Casa que não realiza o teste do coraçãozinho e o teste auditivo deve ser agendado via secretária municipal, o que atrasa em muito o retorno. Não são realizados partos no município, pois não contamos com maternidade, exceto em casos de chegada em período expulsivo.

Referente à adesão foram poucos os faltosos, os quais conseguimos recuperar devido a procura das ACS pelos mesmos. Mas, a procura pelo atendimento superou as expectativas, pois mesmo os pacientes que possuíam acompanhamento com pediatras particulares ou que eram da área descoberta por ACS procuravam a unidade para seguirem no programa. Conseguimos em apoio com a gestão municipal desenvolver cartões que continham a data de retorno, facilitando o retorno, além disso, foi imprescindível o papel das ACS e pude ver o quão necessário e cansativo é o seu trabalho. Inúmeras vezes as vi caminhando em sol escaldante para avisar o dia e hora da consulta, foi crucial o envolvimento da equipe durante todo o processo.

Quanto aos registros, pudemos manter todos em ordem graças a implementação do E-SUS na unidade, o que facilitou e muito todo o processo. Já constam todas as anotações pertinentes e que devem ser contidas no exame da criança, o que dificulta apenas é que apenas eu posso ter acesso as informações realizadas, dificultando a avaliação da enfermagem e da técnica de enfermagem que muitas vezes não sabe o que se passa com a criança e invariavelmente tem que entrar em contato comigo para entender sobre o caso. Outra dificuldade encontrada foi o esquecimento por parte das mães de trazer a caderneta da criança para que fossem coletados todos os dados do nascimento como peso, estatura, perímetro cefálico, Apgar e dessa forma as fichas espelhos ficaram incompletas.

Pudemos através especialmente das ACS, manter avaliação constante de risco das crianças em acompanhamento, pois eram elas que ficavam em contato no dia a dia e, além disso, recebiam as denúncias de maus tratos. Foram poucos esses casos, mas conseguimos intervir e entrar em contato com o conselho tutelar para que fossem resolvidos esses problemas.

Conseguimos através de reunião com a gestão municipal e população decidir dia de atendimento no Pontal, facilitando acesso devido a grande faixa terrestre que nossa área dispõe. Dessa forma, e como são poucas crianças nessa área, conseguimos realizar o atendimento da puericultura mensalmente nas terças-feiras à tarde.

Através da escola da comunidade que sempre foi parceira para realização de atividades educativas, conseguimos realizar palestras e teatros, especialmente após a vinda da auxiliar de saúde bucal, que devido à ausência de dentista pode se dedicar a promoção da saúde bucal nas crianças em idade escolar.

3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Não conseguimos realizar o atendimento odontológico como objetivado no projeto inicial, pois inicialmente nossa profissional existente se exonerou de seu cargo e, após longa espera, houve concurso, mas a nova profissional permaneceu por apenas uma semana, não se adaptando e, igualmente, se exonerando. Conseguimos nesse período, nova auxiliar de saúde bucal, porém foi apenas nas últimas semanas de intervenção, ocasionando nessa forma que nenhuma criança que esteve no nosso projeto tivesse avaliação odontológica por profissional capacitado, ficando apenas nossas orientações de higiene bucal.

Também não contamos com material para realizar teste do olhinho, ficando assim, todas as crianças devendo ser avaliadas pelo menos uma vez por pediatra no ambulatório central para que seja realizado tal teste de rastreamento.

3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Houve dificuldade na montagem das tabelas de acompanhamento referente às crianças que compareciam várias vezes ao mês na unidade, por exemplo, filhos de mães poliqueixosas que freqüentemente estavam em atendimento, então houve excesso de coleta de dados, havendo dúvidas referentes ao seu preenchimento. Igualmente ocorre no que tange a avaliação odontológica que nenhuma criança teve, logo, todos os índices ficaram zerados e dessa forma houve decréscimo de qualidade de atendimento.

3.4. Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:

Com base em tudo o que foi exposto acima é possível concluir que o projeto implantado tem plenas condições de se manter depois de finalizada a intervenção e vem se mantendo com boa procura. Além disso, a enfermeira que acompanha o projeto já se propôs a assumir a puericultura após minha saída da unidade. Alguns aspectos devem ser melhorados para que isso ocorra, especialmente capacitação constante da equipe que peca algumas vezes em conhecimento; implantar de forma definitiva sala de vacinas no local, mas com condições estruturais adequadas; haver compra regular e de forma adequada de medicação como sulfato ferroso, pois para um atendimento de qualidade e completo isso é primordial, evitando dessa forma uma doença comum e de fácil prevenção: anemia ferropriva.

Além disso, é necessário apoio contínuo da gestão municipal, eles precisam constantemente entender o projeto para solidificá-lo e intervir de forma a adequá-lo a realidade e evitar que o essencial falte para sua execução. Afinal, governantes são reeleitos a cada quatro anos e projetos assim devem permanecer a longo prazo. Dessa forma, constantemente os participantes da gestão devem estar cientes do que ocorre nas unidades de saúde, especialmente os que não são da área da saúde

que devem entender o quão importante isso é para o agora tanto quanto para o futuro que acarretará em cuidados e gastos de saúde pública caso não sejam corrigidos agora. Isso tudo é muito importante para que se mantenham avaliações de peso, estatura, índice de massa corporal evitando e/ou diagnosticando de forma precoce males comuns a infância, bem como patologias freqüentes que dependem apenas de rigoroso controle e constante acompanhamento: bronquite/bronquiolite, anemias, verminoses, dermatites, por exemplo.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Durante doze semanas colocamos em prática o projeto proposto para melhoria dos indicadores de saúde das crianças de 0 a 72 meses da ESF Hélio Rossano que conta uma população total em sua área delimitada de 2745 usuários, estimando-se, pelo caderno de ações programáticas, 137 crianças de 0 a 72 meses. Foi necessário recadastrar todas as crianças da área de cobertura visto que os dados usados até então estavam desatualizados. Tivemos como meta inicial cadastrar e acompanhar 60% dos usuários pertencentes à área de abrangência.

O primeiro objetivo era ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, com meta de cadastramento de 60% das crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. No nosso primeiro mês de intervenção conseguimos cadastrar 37 crianças da área, correspondendo a 26,6% dos usuários; no segundo mês chegamos a 81 usuários e 58,3% de cobertura e já no terceiro mês conseguimos 84 cadastros com um total de 60,4% de crianças de 0 a 72 meses inscritas no programa.

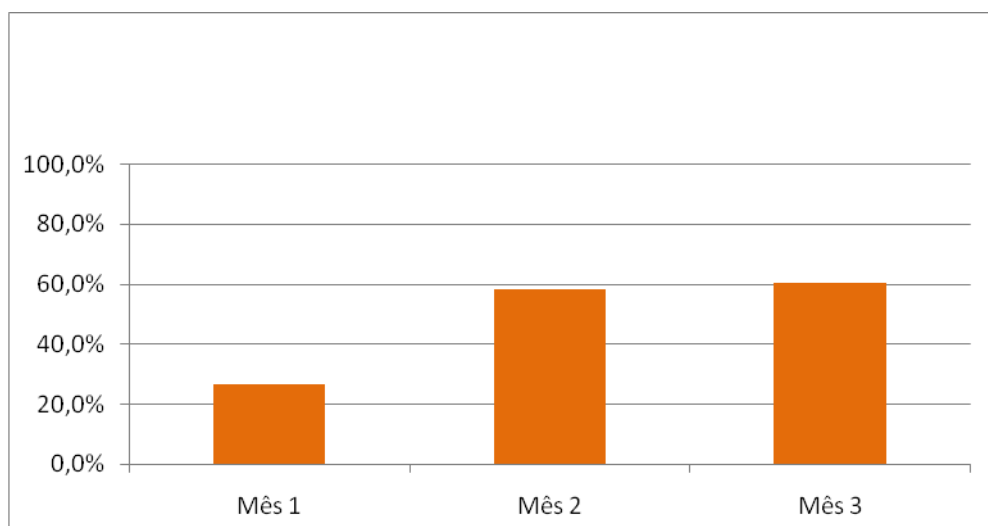


Figura 1: Cobertura do programa de atenção a saúde da criança na unidade de saúde.

Conseguimos realizar nossa intervenção devido ao entrosamento e determinação da equipe que se propôs a difundir o projeto a população e estimulá-los a participar do projeto, tanto dentro como fora da unidade de saúde, especialmente devido ao trabalho das ACS que reforçaram o convite durante suas visitas domiciliares. Infelizmente, não atingimos meta superior a 60% por uma área estar sem ACS e também por recusa de algumas mães por já estarem realizando puericultura em setor privado.

Outro objetivo era garantir a qualidade de atendimento. Isso se fez através de algumas metas iniciais, entre elas, realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas. Durante a intervenção tivemos cinco recém-nascidos acompanhados na nossa unidade, onde todos receberam atendimento na primeira semana de vida. Com as demais crianças foram realizadas entrevistas com as mães para sabermos os antecedentes e dessa forma chegamos a resultados de 33 crianças entrevistadas no primeiro mês que realizaram consulta nos primeiros sete dias de vida referente a 89,2%; no segundo mês esse número decaiu para 51 crianças, 63%; e no terceiro mês tivemos 55 usuários referente a 65,5%.

Tivemos como plano inicial cadastrar e atender as crianças entre 0 e 24 meses, pois são mais vulneráveis, o que se reflete nos resultados, ou seja, os dados são mais fidedignos e confiáveis. Isso se deve ao registro adequado e recente do cartão da criança e à memória retrógrada da mãe confiável. Conforme as entrevistas se aproximavam da faixa etária de 72 meses esses dados se perdiam,

especialmente a memória dos familiares, diminuindo o número de respostas positivas.

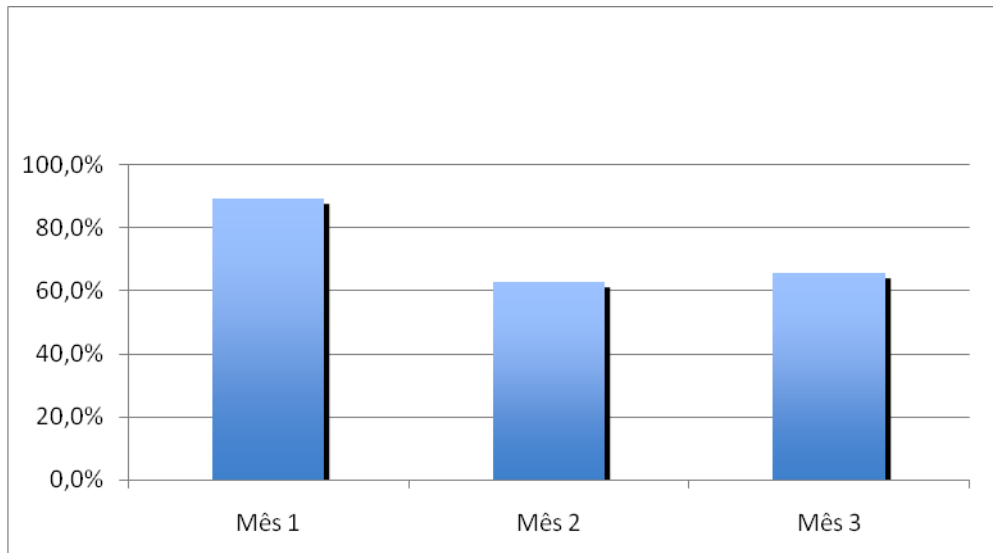


Figura 2: Proporção de crianças que realizaram consulta na primeira semana de vida.

Outra meta era monitorar o crescimento de 100% das crianças. Nos três meses de intervenção foi possível acompanhar e monitorar o crescimento de 84 crianças, sendo que no primeiro mês participaram 36 crianças, no segundo mês 81 e 84 no terceiro mês com acompanhamento de 100% das crianças inscritas no programa.

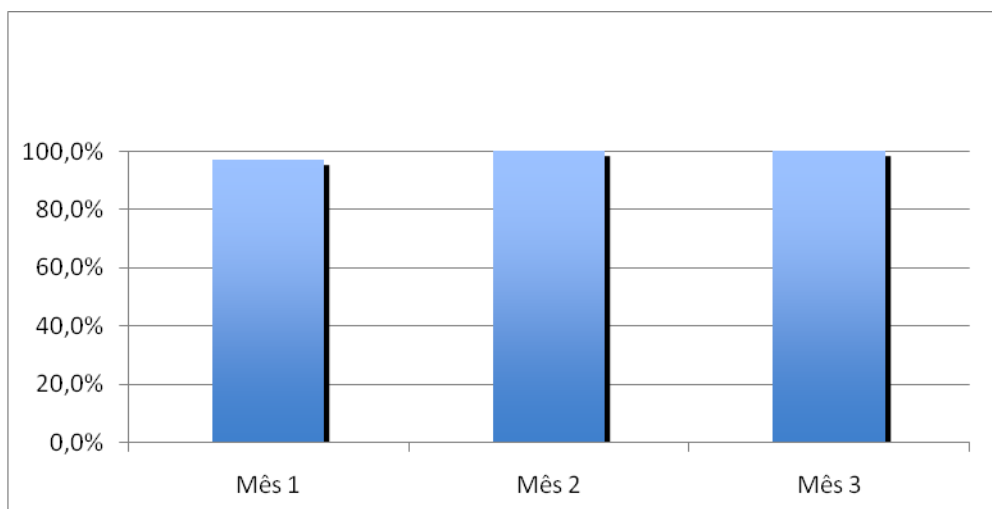


Figura 3: Proporção do acompanhamento do crescimento das crianças.

Nesse ponto tivemos êxito devido a capacitação que realizamos com a equipe anterior ao início da implantação do projeto, fazendo com que todos

conseguissem realizar o acompanhamento do crescimento e suas referidas medições. Também contamos com o apoio da gestão municipal no que tange a oferta de instrumentos necessários para as medidas.

Também tivemos como meta monitorar 100% das crianças com déficit de peso. Obtivemos como resultados no primeiro mês três crianças com déficit de peso, sendo que apenas duas vinham em acompanhamento na unidade de saúde até então e conseguimos que as três se mantivessem em acompanhamento na unidade a partir de então. Com isso no primeiro mês tivemos cobertura de 66,7% e nos meses subsequentes de 100%.

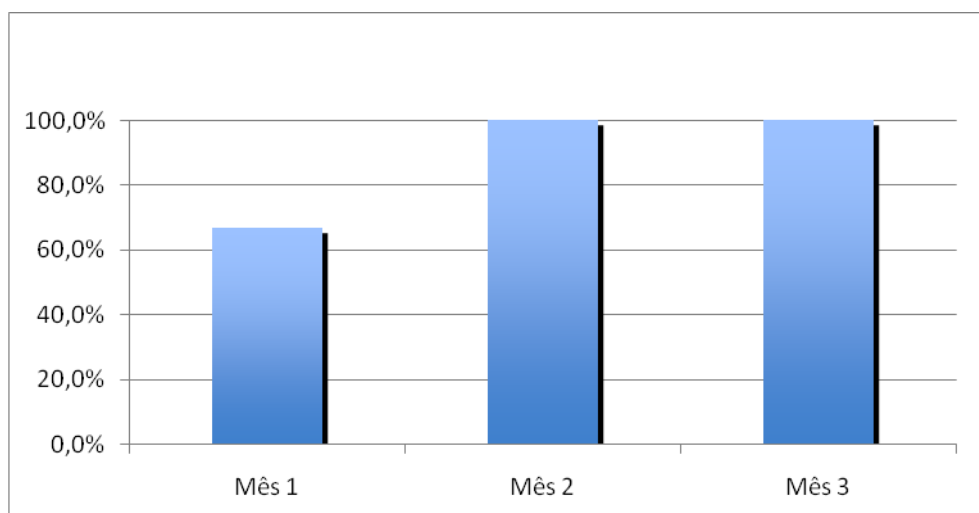


Figura 4: Proporção de crianças com déficit de peso na unidade.

Outra meta era monitorar 100% das crianças com excesso de peso. Todas as crianças diagnosticadas com excesso de peso durante a intervenção foram cadastradas e acompanhadas na unidade de saúde com apoio médico e de nutricionista. No entanto, no primeiro mês não houve crianças com excesso de peso, por isso o indicador ficou com zero nesse referido mês.

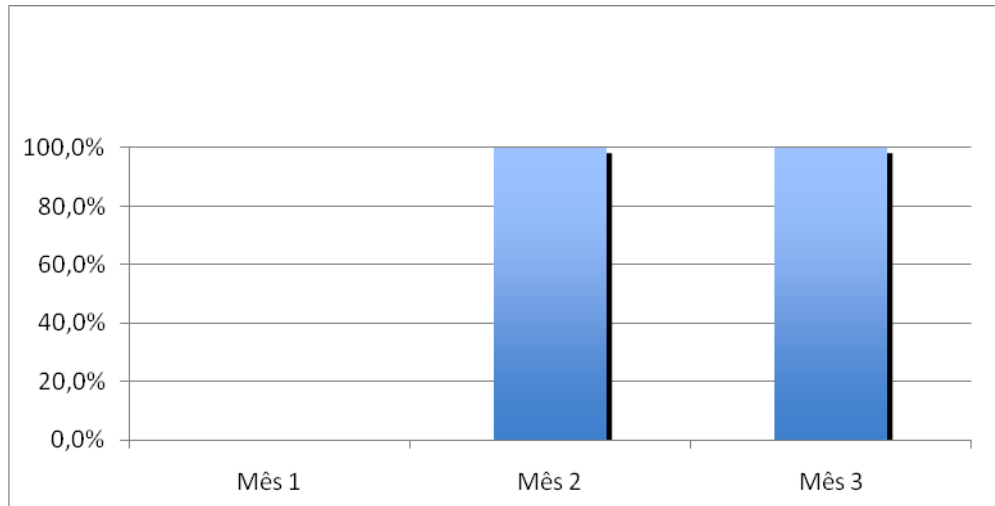


Figura 5: Proporção de crianças com excesso de peso na unidade de saúde.

Meta também de monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças. Conseguimos acompanhar o desenvolvimento de todas as crianças cadastradas, conforme mencionado acima, pela capacitação da equipe, onde todos receberam informações a fim de evidenciar alterações que pudessem ser encontradas, mesmo quando não estavam em consulta em ambulatório médico. Pudemos diagnosticar crianças com atraso importante no desenvolvimento e que não estavam em acompanhamento no momento do cadastro no programa.

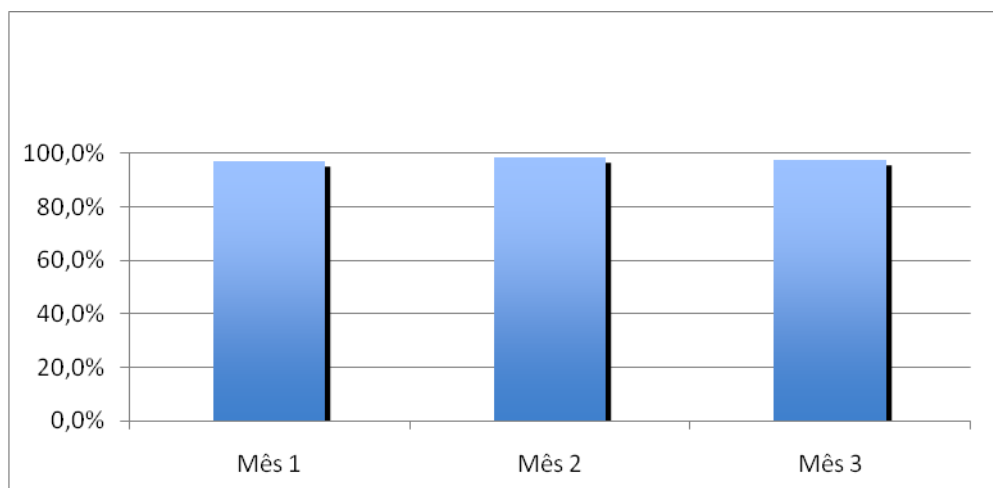


Figura 6: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

A vacinação entrou em nossas metas e o plano era vacinar 100% das crianças de acordo com a idade. Na averiguação dos dados das carteiras vacinais no primeiro mês de intervenção foi possível observar que 86,5%, 32 crianças, estavam com as vacinas atualizadas; no segundo mês 93,8%; e no terceiro mês 96,4% correspondendo a 81 crianças. Esse aumento nos indicadores alcançados mensalmente foi possível devido a união que tivemos com a gestão municipal,

disponibilizando uma profissional da sala de vacinas do posto central para se deslocar mensalmente até nossa unidade e dessa forma atualizar os calendários vacinais das crianças. Mesmo assim encontramos dificuldade na coleta de dados devido ao esquecimento por parte dos familiares de trazer para a unidade o calendário vacinal ou por tê-lo perdido.

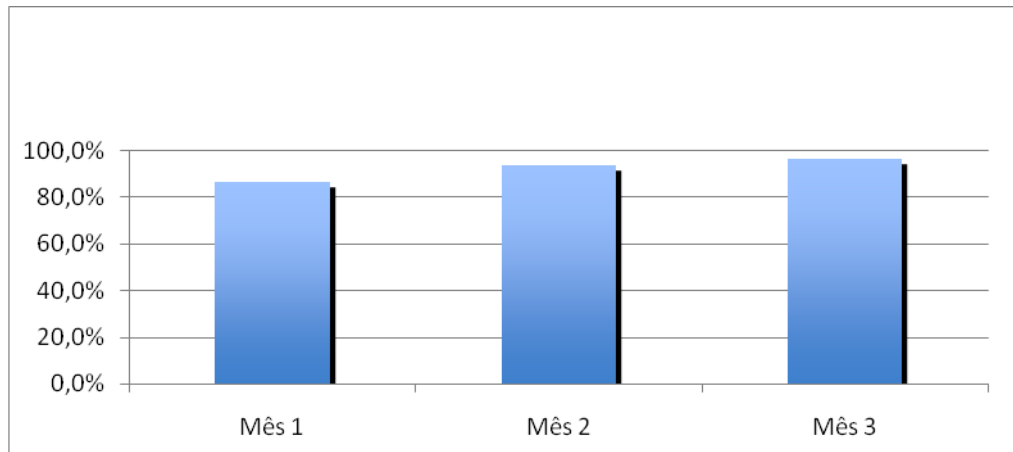


Figura 7: Proporção de crianças com as vacinas em dia conforme calendário vacinal do Ministério da Saúde.

Outra meta era a suplementação de ferro para as crianças de 6 a 24 meses. No mês em que iniciamos o projeto podemos observar como era baixa a suplementação de ferro dos usuários na faixa descrita: 7 crianças faziam uso, correspondendo a 38,9% dos cadastrados. Com o passar dos meses conseguimos aumentar essa proporção para 20 crianças de 6 a 24 meses, correspondendo a 80%.

Conseguimos esse aumento nos indicadores devido ao esforço da equipe e sua insistência para mostrar às mães a importância da suplementação de ferro. Infelizmente, o estoque de medicações não foi o suficiente para ser ofertado à população e, dessa forma, os que necessitavam fazer uso no último mês deveriam comprar a medicação, o que acarretou em não ingestão da suplementação por alguns pacientes e assim não conseguimos atingir nossa meta.

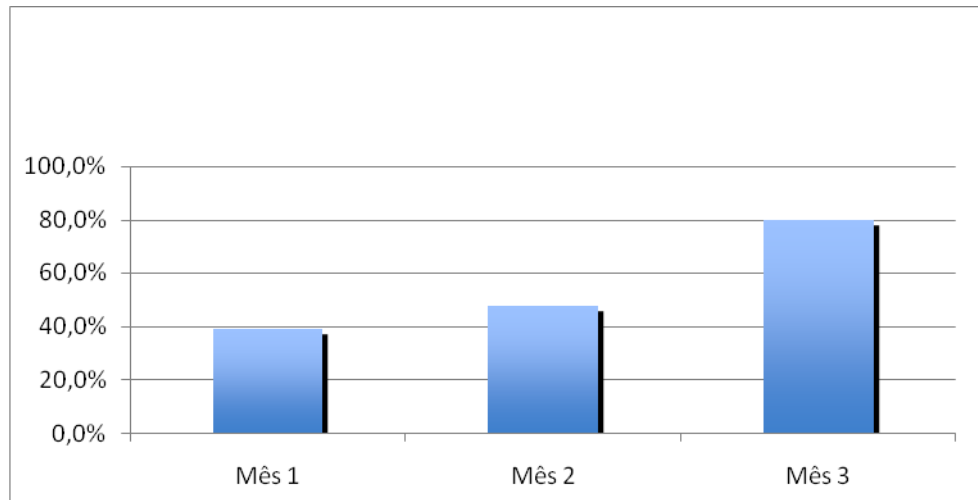


Figura 8: Crianças com suplementação de ferro de 6 a 24 meses.

Ao tentarmos realizar a triagem auditiva em 100% das crianças, nossa maior dificuldade foi o registro de antecedente referente à triagem auditiva. Como mencionado acima, no primeiro mês conseguimos cadastrar a maioria das crianças até dois anos que são as mais vulneráveis, com isso, é nítido que os registros são satisfatórios, além disso, as crianças que nasceram esse ano já saem da maternidade com o agendamento para o teste da orelhinha. Porém, conforme as crianças se aproximam dos 72 meses, os registros se perdem e as mães não recordam se a triagem foi realizada, prejudicando o levantamento de dados e seus indicadores. Com isso, tivemos 97,3% das crianças com triagem auditiva no primeiro mês, 61,7% no segundo e 69% no terceiro mês.

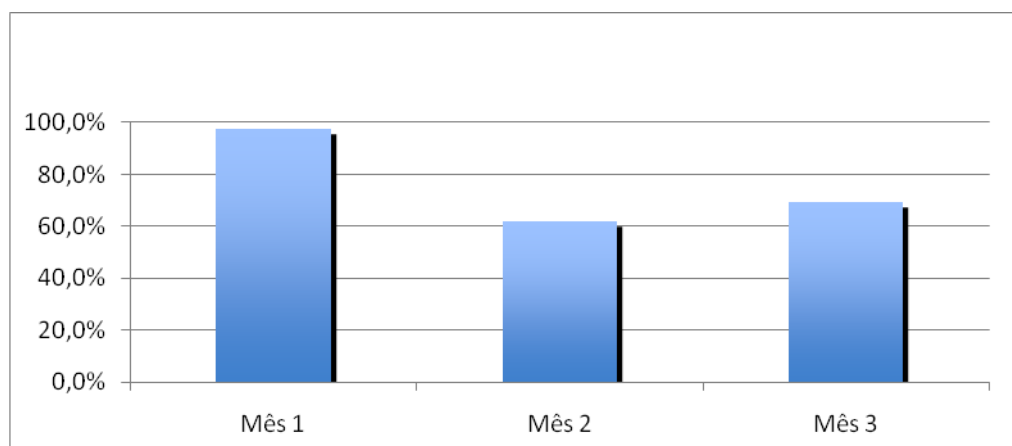


Figura 9: Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva.

Outra meta era realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida e novamente, temos déficit nos registros no que tange a data de coleta do material para a realização do exame. As mães não sabem relatar quando foi

coletado e não possuem registro impresso da coleta, além disso, não se anotava o resultado do espaço reservado para tal na caderneta de vacinação. Conseguimos, analisando a precariedade de informações, alertar a equipe para importância desses dados, além de capacitarmos a enfermeira e a técnica de enfermagem para a coleta do material que até então não era realizada na unidade.

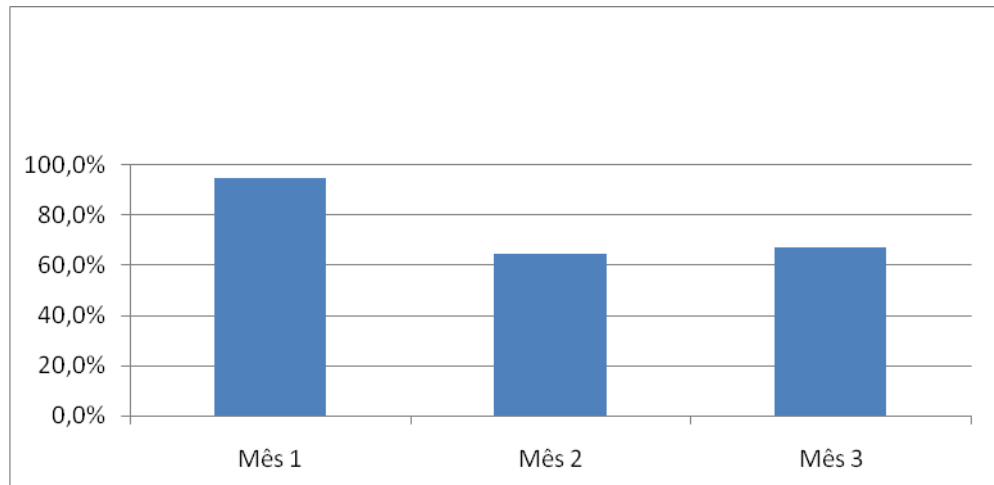


Figura 10: Proporção de crianças que realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida.

Propusemos a realização do teste do coraçãozinho com meta de 100% dos recém nascidos, como forma de rastreio de anomalias cardíológicas. Sendo esse um exame de triagem preconizado pelo MS nesse ano e publicado no DOU em 11/06/2014, apenas o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr está habilitado a realizar essa triagem no momento. Como nossas gestantes são encaminhadas para a Santa Casa do Rio Grande, referência nesses casos, a maioria dos RN não realizaram essa triagem, que só pode ser realizada em ambiente hospitalar nas primeiras horas de vida. Sendo assim, dos cinco RN que acompanhamos nesse ano, apenas dois realizaram a triagem cardíológica, o que demonstra que serão necessários esforços e atualização do hospital de referência.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses, foi outra meta de nossa equipe. Infelizmente, não conseguimos realizar nossa meta de realizar avaliação odontológica nas crianças de 0 a 72 meses, pois nosso profissional responsável se exonerou de seu cargo antes de começarmos a intervenção e não houve outro dentista que quisesse assumir o cargo. No último mês uniu-se a equipe a auxiliar de saúde bucal, que realizou atividades educativas de saúde bucal.

Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde. Pelos motivos mencionados no último tópico, não foi possível realizar a primeira consulta odontológica nas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência da unidade.

Como objetivo de garantir a adesão do usuário, tivemos como meta fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. Com base nos resultados, tivemos seis crianças que faltaram no segundo mês de intervenção e três no terceiro mês, com busca ativa de 100% dos faltosos. A busca ativa só foi possível devido ao empenho das ACS que conseguiram avisar e remarcar as consultas dos faltosos. Nossas faltas foram ocasionadas principalmente pelas condições climáticas e não por exclusão do programa pelo usuário, facilitando o retorno dos mesmos a unidade.

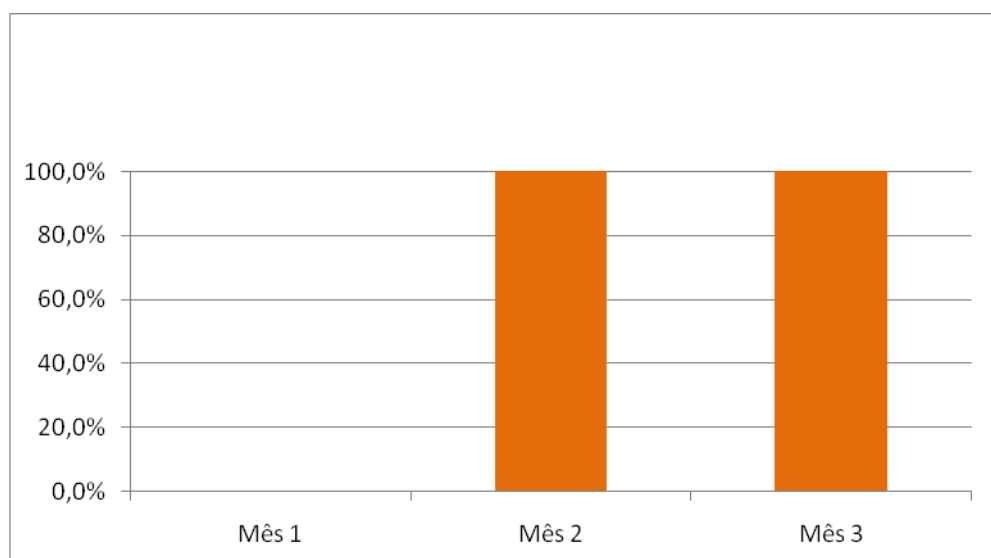


Figura 11: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Garantir a qualidade dos registros também foi nosso objetivo, o realizamos com meta de manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço. Como já mencionado acima, essa foi uma das nossas maiores dificuldades, devido à falta de registros antigos, perda de cartões da criança e falta de memória dos familiares. Não conseguimos colocar os dados de nascimento, testes de triagem e calendário vacinal de todas as crianças nas fichas-espelho, ocasionando registro de 62,2% das crianças no primeiro mês, 42% no segundo e 47,6% no terceiro. Essa falta de informação mostrou-nos a

importância de registros adequados e assim os fizemos para que os próximos profissionais tenham esses dados para análise.

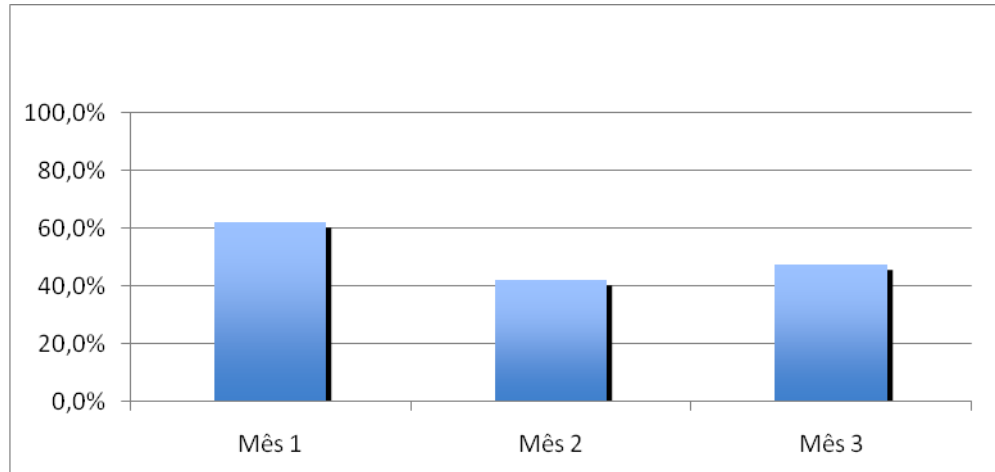


Figura 12: Proporção de crianças com registro atualizado.

Outro objetivo foi realizar avaliação de risco, com meta de 100% das crianças. Tivemos avaliação de risco para 83,8% das crianças no primeiro mês de intervenção, 56,8% no segundo e 60,7% no último mês. A porcentagem diminuída se deve a falta de avaliação por parte da equipe e conseqüente registro desta meta. Esse resultado serviu para orientá-los e mostrar a importância dessa avaliação que deve ser realizada por todos.

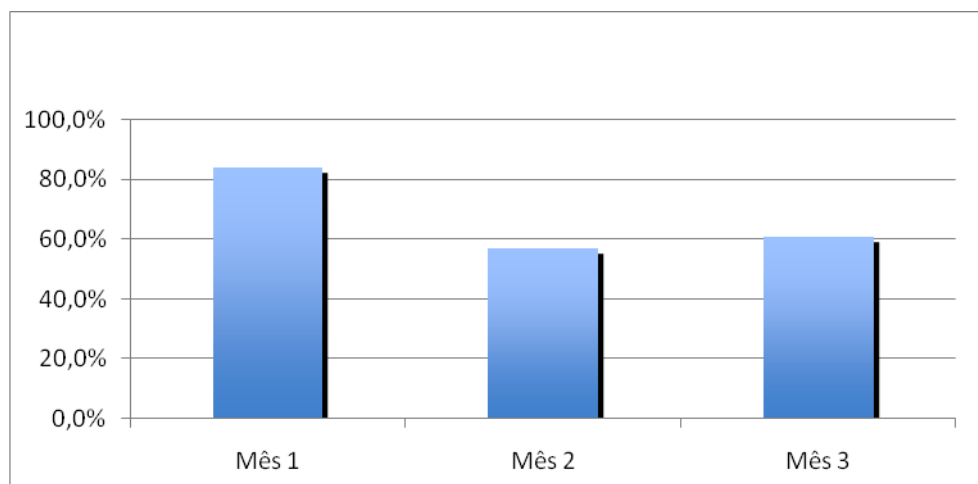


Figura 13: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Garantir a promoção da saúde foi nosso objetivo final e o fizemos através de algumas metas. A primeira foi de orientar a prevenção de acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança. No primeiro mês, onde apenas eu realizei

os atendimentos, nossos índices foram melhores, porém, nos meses subseqüentes, onde outros profissionais, como enfermagem, passaram a auxiliar esse processo, as orientações não foram repassadas, o que demonstra que para continuidade do programa em saúde da criança na unidade é preciso continuidade da capacitação da equipe, para que equívoco como esse não volte a ocorrer.

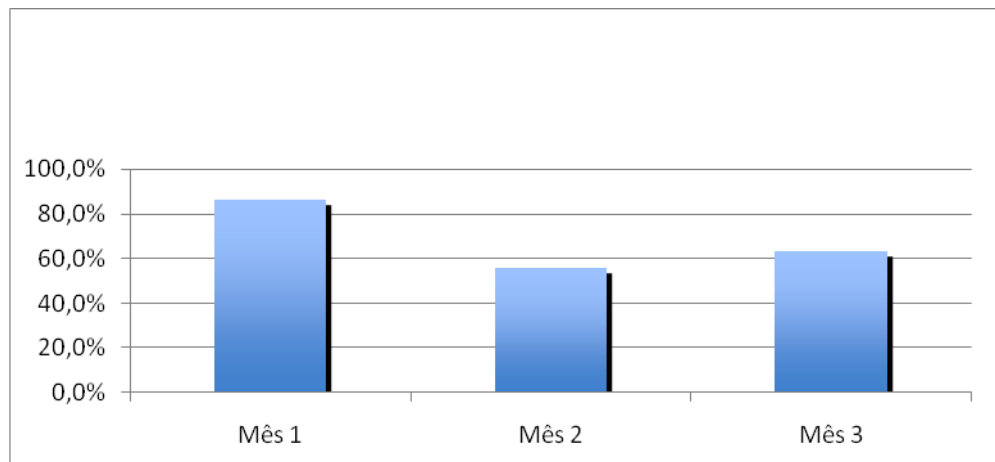


Figura 114: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

A segunda meta foi colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta. Durante os três meses de intervenção identificou-se que no primeiro mês durante interrogatório com as mães 37,8% das crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta, 32,1% no segundo mês e 39,3% no último mês. Estes resultados mostram que as crianças não estão sendo colocadas para mamar na primeira consulta no município e reforça que essa prática deve ser estimulada.

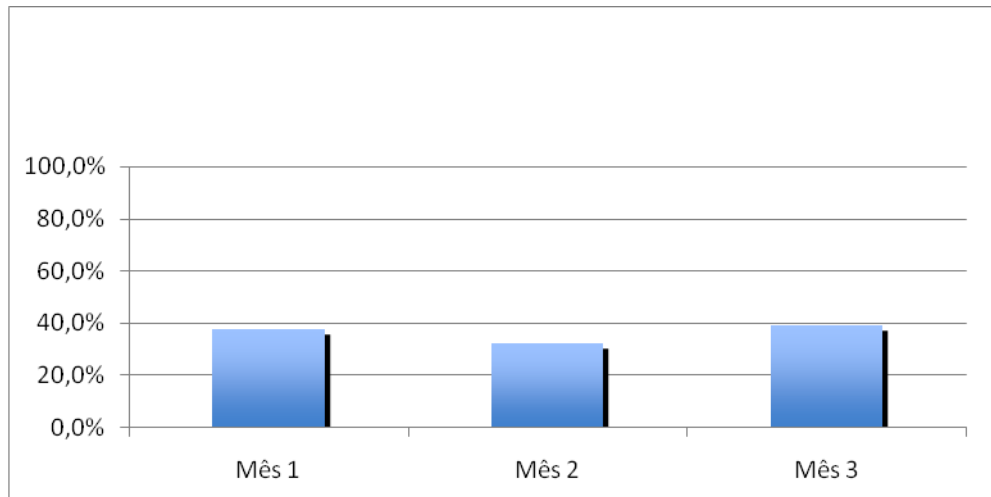


Figura 15: Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta.

A terceira meta foi fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças. No início da intervenção conseguimos realizar projeto juntamente com a nutricionista e dessa forma realizar adequada orientação a respeito da alimentação com 97,3% de abrangência das crianças cadastradas. Após da unidade, as orientações não foram realizadas como antes pelos demais membros da equipe, havendo déficit nos indicadores.

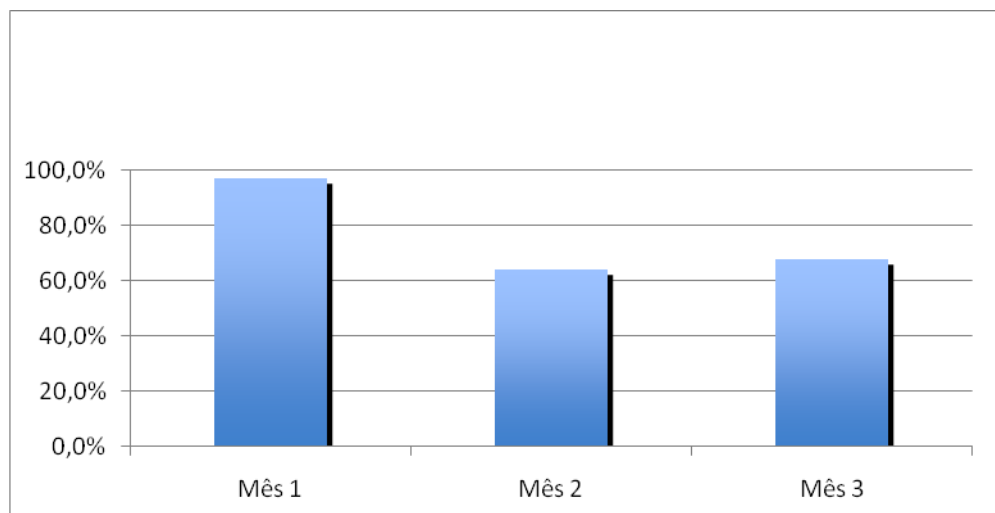


Figura 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

A terceira meta era fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária. Como mencionado acima, tivemos antes mesmo de iniciamos a intervenção a saída da odontóloga que havia idealizado conosco o projeto, dessa forma nossa meta odontológica ficou sem ser alcançada. No último mês de intervenção uniu-se à equipe a auxiliar de saúde bucal que iniciou

a promoção de saúde bucal, ocasionando crescimento no indicador de proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, essa população que recebeu orientação foi de 13 pacientes, durante os dois últimos encontros de puericultura da intervenção.

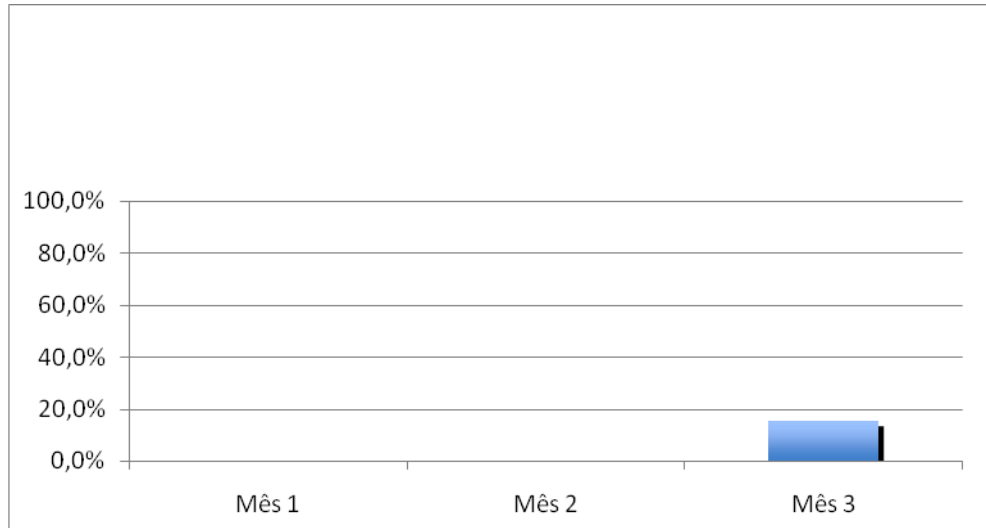


Figura 17: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

4.2. Discussão

É possível concluir que com a intervenção tivemos novo cadastramento da área de abrangência da ESF Hélio Rossano e conseqüentemente pudemos delimitar quantos pacientes tínhamos conforme faixa etária e micro área, o que facilitou muito nossa dinâmica de atividade. Assim, conseguimos colocar em prática nosso projeto de intervenção e alcançamos melhorias no atendimento à população pediátrica. Destacamos o diagnóstico precoce do desmame e conseqüente anemia ferropriva e a constatação da pouca prescrição preventiva de ferro que vinha sendo realizada por outros profissionais.

Todos esses dados puderam ser armazenados de forma segura em fichas-espelho no sistema E-SUS de forma que qualquer profissional que venha fazer parte da equipe tenha acesso, saiba como conduzimos o projeto e possa dar continuidade posteriormente.

O projeto de intervenção sem dúvidas ocorreu da forma planejada devido ao engajamento e união da equipe, afinal, o trabalho não foi fácil. Nossa área possui grande extensão em faixa terrestre o que exige muito das agentes comunitárias em saúde, pois têm que se deslocarem longas distâncias para repassar as informações

ou acompanhar pacientes que solicitamos controle mais rígido. Para isso, realizamos capacitações por mim ministradas a fim de que entendessem o real propósito desse projeto e assim fossem fonte de disseminação de informação, especialmente no início do projeto quando restringimos as fichas na quarta-feira a tarde e que criou certa desconfiança na população que não entendia tal ato. Também tiveram que aprender a lidar com balança e antropômetro pediátricos, uma vez que me auxiliavam nas aferições.

Conseguimos que a enfermeira e a técnica de enfermagem realizassem capacitação de vacinas e isso possibilitou que mensalmente uma profissional da vigilância epidemiológica nos acompanhasse até a unidade e fossem atualizados os cartões vacinais das crianças e também adultos da comunidade, o que antes não era realizado, pois não dispomos de conservação contínua para as doses vacinais. Também realizaram capacitação para coleta do teste do pezinho e agora esse procedimento passou a ser realizado por elas, o que possibilita também que a primeira consulta do recém-nascido e da puérpera já sejam realizados na primeira semana de vida.

Isso tudo possibilitou entrosamento da equipe e divisão de tarefas, facilitando o acompanhamento das crianças da área, pois foi possível capacitar a enfermeira e assim as crianças também passavam por consulta da enfermagem e caso alguma alteração fosse observada repassavam a mim.

Todos esses procedimentos citados acima tiveram impacto nas consultas gerais e dessa forma outros grupos puderam ser assistidos nos outros turnos, pois as crianças já estavam plenamente acompanhadas. Dessa forma, pode-se planejar atendimento de livre demanda, mas também acompanhamento de grupo HIPERDIA, que engloba os pacientes hipertensos e diabéticos, pré-natal e visita domiciliar. E nesses procedimentos já eram realizadas orientações sobre a puericultura, dias de atendimento. Também foi possível realizar grupos com as mães e gestantes para realizarmos a promoção em saúde da criança, com orientações nutricionais, de crescimento e desenvolvimento adequados para cada faixa etária.

Além disso, realizando o adequado registro e observando seus dados, pode-se montar estratificação de risco, ou seja, atender com equidade, de forma igual os desiguais. Logo, pude solicitar retorno com maior frequência a crianças expostas a baixo peso ou a violência doméstica e solicitar acompanhamento mais próximo pelas

agentes comunitárias ou até mesmo ir ao conselho tutelar devido à negligência freqüente.

A organização de atendimento da unidade foi se tornando tão natural e o público se adaptando a ela que hoje nossos horários de atendimento são reconhecidos e respeitados e sempre orientamos que as urgências, apesar da agenda, sempre serão atendidas.

A comunidade no início do projeto de intervenção mostrou-se insatisfeita com a restrição do número de atendimentos na quarta-feira a tarde, acreditando que não queríamos atender-los e achando desnecessários esse feito, relatando que tínhamos que atender os doentes e não realizar programas preventivos.

Foi um árduo trabalho, tivemos que capacitar a equipe, especialmente as agentes comunitárias que são quem mais fica em contato com o público e as que mais ouviam as reclamações. Realizamos reunião com a comunidade também a fim de elucidar qualquer dúvida que tivesse pairado em suas mentes.

Hoje, felizmente, a intervenção já se tornou parte do atendimento da unidade e é bem aceita pela população que procura por esse tipo de consulta. Não mais ouvimos reclamações, mas sim elogios, o que nos deixa muito satisfeitos, pois é sinal de um trabalho sério e consolidado que vem se formando.

Mesmo assim, não conseguimos chegar a 100% do público infantil assistido, pois temos crianças que os pais, em razão de trabalhar em fábrica de pescado, possuem plano de saúde particular e preferem levar os filhos em pediatras. Além disso, temos uma área sem agente comunitária o que dificulta aderência dos pacientes ao programa.

Acredito que se tivesse a oportunidade de reiniciar o projeto neste momento, tentaria solicitar maior apoio da gestão municipal a fim de que entendesse a real necessidade desse tipo de atendimento diferenciado a população pediátrica e dessa forma conseguiríamos material faltante ao longo do processo.

Também solicitaria maior apoio da enfermeira, uma vez que ao longo do processo de intervenção, realizei a maioria das consultas, o que sobrecarregou meu tempo destinado a outras atividades, pois toda a documentação quem repassava para o sistema, devido a receio de erro, era eu quem o fazia.

Como a puericultura já está firmada na unidade e tenderá a ser manter mesmo após minha saída, até por vontade da própria equipe, são pontos que tendem a ser corrigidos espontaneamente e reforçados ao longo do processo.

Temos a plena convicção de que nosso projeto tem plenas condições de se manter na estruturação da unidade, mesmo após a minha saída, isso já se demonstrou pelo interesse da população e da própria equipe de se perpetuar.

Infelizmente, em nosso projeto inicial original esperávamos contar com apoio odontológico durante o processo, o que não foi possível devido a exoneração do mesmo. Mas, acredito que após a chegada do profissional poderemos dar continuidade a execução de avaliação da saúde bucal, afinal, já contamos com auxiliar de consultório odontológico, que nas últimas semanas já vem realizando orientações de saúde bucal, palestrando na escola com as crianças que lá estudam. Foi uma lástima ela não estar presente desde o início da execução do projeto.

Também é sempre necessário orientar a comunidade, uma vez que muitas vezes eles não entendem como a enfermeira pode realizar a puericultura, acreditando que esse tipo de avaliação só pode ser realizado por médico. É importante sempre realizarmos esse tipo de atividade elucidativa para que as pessoas entendam a prática e participem seja com médico ou enfermeira, destacando que qualquer alteração encontrada será repassado ao profissional médico.

Os próximos passos necessários são referentes ao aguardo da contratação do dentista e da agente comunitária faltante para que possa realizar o projeto plenamente, além do aguardo da compra por licitação de sulfato ferroso e otoscópio. Dessa forma, poderemos realizar por completo a puericultura.

Além disso, agora que organizamos a saúde da criança, poderemos alçar novos projetos e intervenções, sejam elas na saúde do idoso ou da mulher que precisam igualmente ser replanejadas dentro da unidade.

4.3. Relatório da Intervenção para Gestores

Caríssimos gestores de saúde do município de São José do Norte:

É com satisfação que venho, através deste relatório, atualizá-los a respeito de minha intervenção de saúde pública realizada em vosso município através de projeto prévio pelo curso de especialização em saúde da família realizado pela UFPEL, onde escolhi como tema a puericultura para ser implantada e realizada na ESF Hélio Rossano, na quinta secção da Barra de São José do Norte.

Segundo CENSO realizado em 2010, o município de São José do Norte contava com uma taxa de mortalidade infantil de 334,4 óbitos/100 mil habitantes e nacionalmente essa taxa no mesmo ano era de 1416,3 óbitos/100 mil habitantes, demonstrando a importância em investir em programas que valorizem grupos minoritários e indefesos, nesse caso, as crianças.

Com isso, caríssimos, digo-lhes que iniciamos a intervenção na saúde da criança com o cadastramento de crianças de 0 a 72 meses com a implementação do E-SUS em nossa unidade, através das ACS, facilitando o processo e conseqüentemente podemos acompanhar essas crianças ao longo de doze semanas. Conseguimos cadastrar 60,4% das crianças de 0 a 72 meses pertencentes a área e, dessa forma, estratificar seus riscos, atender com igualdade, porém, com equidade as crianças de vosso município.

Foi possível através desse levantamento realizar suplementação de ferro, evitando anemia carencial em pelo menos 80% das crianças cadastradas no programa de puericultura. Infelizmente não obtivemos cobertura plena devido ao término das medicações usadas na prevenção, dessa forma, sua participação é de suma importância para conseguirmos atingir 100% de cobertura.

Através da capacitação da equipe para coleta de material para realização do teste do pezinho que foi proporcionado pela gestão municipal, conseguimos ter uma cobertura de 94,6% de testes realizados. Esse procedimento era realizado apenas no posto central anteriormente, sendo de responsabilidade da família levar a criança até o centro para a coleta.

Além disso, com vossa participação no projeto de deslocar as vacinas até a unidade, visto que não temos como armazená-las no local, conseguimos transpor a proporção de 86,5% das crianças vacinadas para 96,4% em três meses, conforme o gráfico abaixo:

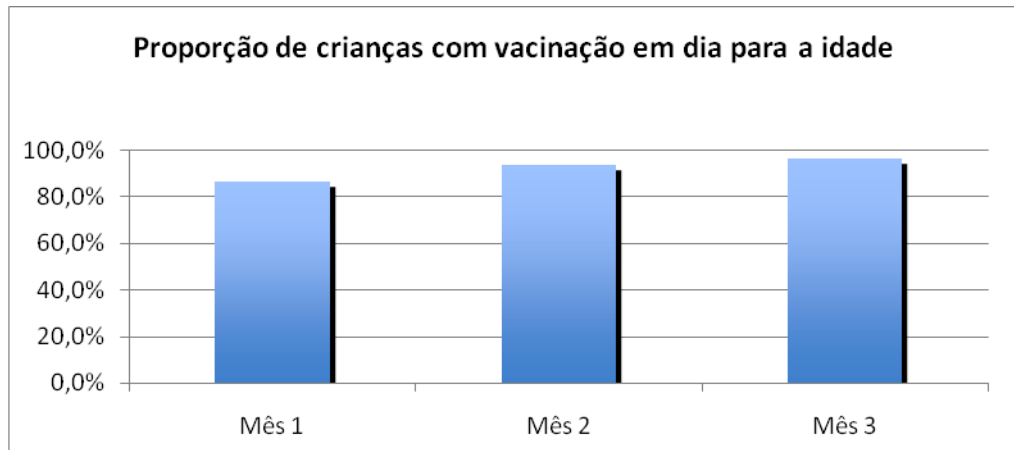


Figura 18: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Com isso, observa-se que mudanças importantes foram conseguidas em três meses, e com poucos recursos, mas devemos investir em capacitação contínua da equipe para que esteja apta a observar vulnerabilidade, situações de risco, aprender a realizar aferições de crescimento e desenvolvimento a fim de conseguirmos diagnosticar precocemente as crianças que precisam de cuidado diferenciado.

Infelizmente, não conseguimos realizar, como proposto inicialmente, trabalho juntamente com odontólogo já que estamos sem a presença desse profissional na unidade. Nossas crianças não receberam orientação de saúde bucal e avaliação odontológica, necessitando com urgência da prestação de serviço desse profissional.

Além disso, não dispusemos de otoscópio durante toda a intervenção, o que prejudicou o exame clínico completo da criança. Como envolve licitação de materiais, há quatro meses temos que encaminhar os pacientes com otalgia, otorréia ou diminuição de audição para avaliação otoscópica hospitalar.

Aproximadamente na metade da intervenção terminou o sulfato ferroso, medicação preventiva para anemia carencial de ferro, de baixo custo e que é de fácil manejo para correção de seus níveis sanguíneos. Sua falta repercute em anemia que traz conseqüências para a criança como atraso no desenvolvimento e crescimento, apatia, cansaço. Tudo isso, se repercute na idade adulta, por isso sua importância de correção imediata, e nosso papel fundamental em corrigi-la, necessitando compra imediata de tal medicação.

4.4. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Comunidade da 5ª secção da Barra, Barra, Cocoruto e Pontal:

Venho conversar com vocês a respeito do projeto realizado em sua comunidade nos últimos três meses que tem como prioridade melhorar a qualidade de vida das crianças. Com isso, a nossa preocupação e a exaustiva dedicação que nós, profissionais de saúde, devemos manter com as crianças, pois doenças que passem despercebidas na infância, trarão conseqüências na vida adulta, que muitos de vocês têm, como açúcar ou colesterol altos, pressão alta.

Há doze semanas realizamos um projeto durante as tardes de quarta-feira que visa atender as crianças até os 6 anos de idade. Isso foi decidido devido a ausência de um programa direcionado a um grupo prioritário, as crianças. Existem outros grupos que necessitam de atenção diferenciada, como hipertensos e diabéticos, idosos, saúde da mulher, mas escolhi esse tema, pois há muitas crianças e seu atendimento pediátrico se encontra a uma longa distância desse local. Além disso, a água que a maioria bebe procede de poço, facilitando transmissão de doenças como diarreia, vômitos, emagrecimento, tão comuns em crianças.

Com isso, selecionamos um período da semana para ser direcionado às crianças do local, não diminuimos o número de atendimento, apenas o fazemos para uma população que merece atendimento a fim de que cheguem a idade adulta com pouca ou nenhuma doença.

Conseguimos ao longo desse três meses vacinar 96,4% das crianças que participam do programa e não há mais a necessidade de ir de ônibus até o centro da cidade para isso, trazemos as vacinas. Além disso, nossa equipe se capacitou e os testes dos pezinhos que só eram feitos no posto central agora podem ser realizados ao lado de suas casas, aqui na unidade.

Foi possível diminuir as taxas de anemia por falta de ferro através da entrega de medicação e 80% das crianças até os 24 meses que freqüentam o programa receberam sulfato ferroso, as famosas “gotinhas” que falo para tomarem todos os dias.

Juntamente com a nutricionista conseguimos ver as crianças com emagrecimento e iniciar dieta alimentar para os que têm pouco peso.

Visto isso, é nítido que queremos trazer o melhor para vocês, precisamos de sua participação e empenho para que as crianças cresçam saudáveis. Devido a isso tivemos que diminuir o número de atendimento de livre demanda em um período,

mas vejam o quão importante foi para a comunidade, em três meses conseguimos excelentes resultados: iniciamos com nenhuma criança no programa e finalizamos com 84 cadastros.

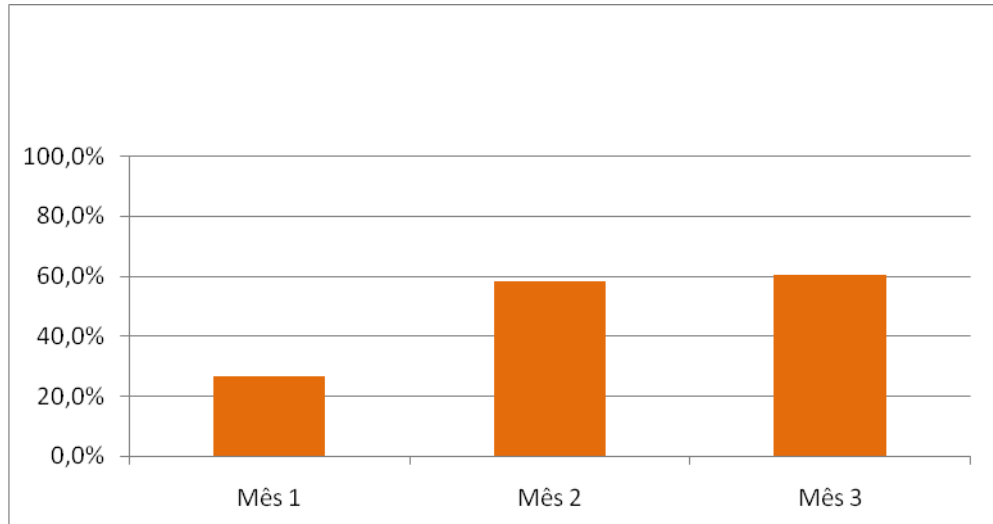


Figura 19: Proporção de crianças cadastradas pertencentes à área de abrangência.

Com cautela, estenderemos esse tipo de atendimento aos outros grupos que necessitam de atendimento prioritário e diferenciado, nosso objetivo maior é trazer o bem estar a toda população.

5. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Não é surpreender-me, realmente, ansiamos por nossos objetivos quando iniciamos qualquer projeto, temos medos, incertezas, porém, chegar ao final e podemos reavaliar tudo o que passamos, tanto pontos positivos como negativos e isso é o mais benéfico em qualquer projeto realizado: saber valorizar os dois lados, aprender também com o que nos propomos a fazer, mas não conseguimos, entender o porquê e tentar corrigi-lo.

Começo minha reflexão a respeito da intervenção realizada nas últimas doze semanas observando um ponto que não havia mencionado no meu projeto inicial: meu crescimento pessoal e profissional. Impossível e imprescindível iniciar com essa constatação, afinal, foram semanas de contato interpessoal, pesquisa, observação, reobservação, estudo. Chegar agora, ao final, e poder, retrospectivamente, observar a Daniela médica e pessoa é engrandecedor. Relatei ao longo do período que a escolha do tema saúde da criança, além de não estar presente no cotidiano na unidade onde fui inserida, também serviu como uma prova de obstáculos para mim, visto que sempre foi a área que pior cativou durante minha formação acadêmica, seria verdadeiramente um desafio. Confesso que sim, foi. Mas fui tomando certo sentimento pelos pequenos que começaram a me reconhecer, e os choros às primeiras consultas foram paulatinamente substituídos pelo “oi, médica” ou

simplesmente já seguravam o estetoscópio e o colocavam em contato com o peito, sinal que minha avaliação já se tornava corriqueira e a criança não se assustava mais, aquilo passava a ser o cotidiano, o necessário.

Confesso que, muitas vezes, retirei o jaleco como forma de me aproximar, de afastar a imagem associada entre branco e vacina ou a acesso venoso e não foram sempre, mas na maioria, surtiu efeito. Foram esses pequenos detalhes que demonstravam que eu estava acertando, seguindo pela trilha correta com meus pequeninos. Portanto, sou outra profissional, não digo que sou uma eterna apaixonada pela pediatria, não, mas aprendi a vê-la com olhos diferentes, agraciados pela imensidão que ela traz. Pude rever e estudar toda a pediatria, encontrar curiosidades, elucidar dúvidas, conversar com pediatras sobre os mais diversos temas. Em época de provas de residência, o curso auxiliou e muito no estudo, pois abordou os mais diversos temas nos casos interativos.

Em março, com o início do curso estava apreensiva, havia conversado com colegas e amigos que já haviam participado da especialização e me relataram o seu ver de como tudo ocorreria, o medo e a angústia principal eram em relação ao trabalho de conclusão de curso (TCC), o qual todos haviam relatado como algo assustador, cansativo e que consumia grande parte da especialização. Como em nossa universidade não é preciso fazê-lo para conclusão do curso de medicina era de fato amedrontador, pois não tinha conhecimento do assunto e o novo sempre é assustador ao primeiro passo.

6. Bibliografia

BONILHA, Luís R. C. M.; RIVORÊDO, Carlos R. S. F. **Puericultura: duas concepções distintas**. J. Pediatr. (Rio J.) vol.81 nº.1 Porto Alegre Jan./Feb. 2005. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572005000100004>

BRASIL, Ministério da Saúde, 2012. **Cadernos da Atenção Básica, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). **Atenção Básica à Saúde da Criança: texto de apoio para o Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF; 2001.

Diário Oficial da União. <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2014/06/11>>

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Crianças e adolescentes: indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1992. v. 4, p. 1-15.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431850&search=rio-grande-do-sul%7Csao-jose-do-norte>>

MONTEIRO, Akemi I.; FERRIANI, Maria G. C. **Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.8 no.1 Ribeirão Preto Jan. 2000. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000100014&script=sci_arttext>

TINOCO, A.L.A.; MODENA, C.M. **As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família.** Informe Epidemiol.SUS, v. 5, n. 1, p. 49-58, jan./mar.1996

ANEXOS

Anexo 1- Planilha de coleta de dados

Anexo 2 Ficha-espelho

Cópia de 2013_08_15 Coleta de dados Criança + Saúde Bucal [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel [Falha na Ativação do Produto]

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 12 meses frequenta o creche ou o local da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?	A criança participou de alguma atividade de promoção de saúde bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança foi agendada para a consulta?	Foi realizada a busca ativa para a criança faltosa à consulta?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas odontológicas	A criança com busca monitorada de crescimento dental
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 - N 1 - S
4		1													
5		2													
6		3													
7		4													
8		5													
9		6													
10		7													
11		8													
12		9													
13		10													
14		11													
15		12													
16		13													
17		14													
18		15													
19		16													
20		17													
21		18													
22		19													



Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias
 Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

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

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



CONSULTA CLÍNICA												
Data												
Nome do profissional que atendeu												
Idade (anos e/ou meses)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento: provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado												
Criança c/ risco: sim ou não												
Uso de sulfato ferroso: sim ou não												
Aleitamento materno: exclusivo, predominantemente complementar, desmamada												
Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA)												
Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não												
Orientação p/ próxima consulta												
Data da próxima consulta												

Anexo 3 – Documentos Comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^aProf^a Ana Claudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



APÊNDICE

Apêndice



Apêndice1: Estrutura externa da ESF Hélio Rossano. 2014.



Apêndice2: Equipe integrada em atividade educativa – Outubro Rosa. 2014.