

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESF OLAVIO ROSA, EM
SÃO PEDRO DO SUL, RS**

NATÁLIA BOLSON DOTTO

Pelotas, 2015

NATÁLIA BOLSON DOTTO

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança na ESF Olavio Rosa, em São Pedro
do Sul, RS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde da Família – Modalidade a
Distância – UFPEL/UNASUS, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: LIZIANE DA SILVA MATTÉ

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

D725m Dotto, Natália Bolson

Melhoria da atenção à saúde da criança na ESF Olavio Rosa, em São Pedro do Sul, RS / Natália Bolson Dotto ; Liziane da Silva Matté, orientadora. — Pelotas, 2015.

65 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. Promoção da saúde. I. Matté, Liziane da Silva, orient. II. Título.

CDD : 362.14

À minha família e aos meus amigos, pelos momentos compartilhados, que, às pausas entre um parágrafo e outro, aprimoram tudo o que eu tenho produzido na vida.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de tal especialização.

À minha orientadora, Liziane, pelo suporte, correções e incentivos.

À equipe da ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul, pelo apoio e engajamento nas modificações propostas através deste projeto.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade. São Pedro do Sul, RS, 2014. | 42 |
| Figura 2 | Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso. São Pedro do Sul, RS, 2014. | 43 |
| Figura 3 | Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade. São Pedro do Sul, RS, 2014. | 53 |

Lista de abreviaturas/Siglas

ACS – Agente comunitária de saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	36
3 Relatório da Intervenção	37
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	38
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	39
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço	39
4 Avaliação da intervenção	41
4.1 Resultados	41
4.2 Discussão	49
4.3 Relatório da intervenção para gestores	51
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	53
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	56
Referências	58
Anexos	59
Anexo 1 - Ficha espelho	60
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	61
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	62
Apêndices	63

RESUMO

DOTTO, Natália B. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança na ESF Olavio Rosa, em São Pedro do Sul, RS.** 2015. 65 f.; il. Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

A intervenção direcionada à saúde da criança justifica-se pela sua relevância social. Apesar da transição demográfica nas últimas décadas, com a queda das taxas de fecundidade e natalidade, o Brasil ainda é um dos países de estrutura etária jovem, quando comparado com outros países. A utilização de fatores de risco em programas de atenção à saúde pode contribuir para a identificação de determinados grupos e segmentos populacionais, reconhecidamente mais vulneráveis, visando à maior efetividade da atenção oferecida, considerando desigualdades e necessidades diferenciadas em saúde, cumprindo o princípio da equidade. Na saúde da criança, particularmente, o nível socioeconômico, saneamento básico, escolaridade dos pais, peso ao nascer, idade gestacional, intercorrências neonatais, aleitamento materno, acesso aos serviços de saúde, dentre outros fatores, tem sido amplamente estudados, estando bem estabelecida a associação desses fatores com a morbidade e mortalidade infantil. Analisando o relatado, a assistência à saúde da criança pela unidade básica de saúde é de extrema importância à promoção da saúde infantil, à prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de danos maiores de patologias crônicas, diagnóstico precoce de situações que necessitem acompanhamento complementar, entre outros. A Unidade de Saúde Olavio Rosa (ESF 2) está localizada na zona norte de São Pedro do Sul/RS e conta com uma equipe de ESF. São 3900 pessoas residentes na área adstrita. O objetivo principal da intervenção é promover melhoria na atenção à saúde da criança para os residentes na área adstrita. O protocolo utilizado para amparar e guiar a intervenção foi Saúde da Criança, Caderno de Atenção Básica, nº 33, Ministério da Saúde, 2012. Os dados obtidos através dos registros específicos e prontuário foram mensalmente revisados para análise dos indicadores. Na área adstrita da unidade há 230 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses de idade, valores estes aproximados, já que havia crianças não registradas por falta de ACS. Ao término da intervenção 162 (70,4%) crianças foram cadastradas. Do total de 162 usuários cadastrados no programa, na faixa etária de 0 a 72 meses, 162 (100%) tiveram crescimento, desenvolvimento, vacinação, suplementação profilática de ferro, situação de riscos avaliados, tiveram registro atualizado e orientações de prevenção de acidentes, nutrição e higiene oral, havendo intervenção indicada a cada anormalidade detectada. As metas traçadas foram atingidas, com algumas dificuldades, sendo, ainda, possível qualificar e uniformizar o atendimento às crianças, além de criar registro específico possibilitando controle contínuo e planejamento de novas ações.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança da Unidade de Saúde Olavio Rosa do município de São Pedro do Sul/RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o dia 6 de março deste ano, trabalho em unidade de Atenção Primária à Saúde constituída em Estratégia Saúde da Família em São Pedro do Sul – RS. Na cidade existem quatro ESFs, sendo a minha unidade a 2, a qual contém uma equipe básica de profissionais.

Ao longo do ano de 2013 a unidade contou com muita mudança na equipe, ficando esta constituída e, a princípio, estável a partir do dia 6 quando iniciei na unidade. Uma das mudanças de profissionais foi no cargo de enfermeiro, fazendo com que muitos grupos e atividades em saúde na comunidade fossem temporariamente suspensos.

Atualmente, estamos reiniciando as atividades de grupos, tanto dentro quanto fora da unidade. Iniciamos com o grupo de gestantes, e nas próximas semanas faremos palestras e reuniões em escolas, com crianças e adolescentes, em salões da comunidade com idosos e grupos de diabéticos e hipertensos, além da interiorização mensal, visto que há grande população rural adstrita a esta ESF, onde faremos palestras e dinâmicas multiprofissionais avaliando os assuntos mais pertinentes àquela comunidade.

Acredito que com a formação de grupos e a maior abrangência da população do interior, consigamos aprimorar a prática das diretrizes do Sistema Único de Saúde, principalmente considerando a equidade, tratando desigualmente os desiguais para o desfecho em relação a toda a comunidade seja mais igualitário e homogêneo.

A ESF é o lugar adequado para exaltar o princípio da universalidade, visto que o usuário não deve ser visto como uma queixa, mas como um todo, já que não ocorre demanda livre, permitindo a equipe uma atenção maior a saúde do usuário, muitas vezes prevenindo agravos à saúde. O princípio da integralidade é prejudicado pela lentidão do sistema público quando os usuários necessitam de atendimento secundário ou terciário. Quando o usuário, enfim, consegue consulta com o especialista, este não manda a contra-referência, obrigando-me a acreditar e,

por vezes, ter de presumir a orientação feita ao usuário pelo que o mesmo relata na consulta, prejudicando muitas vezes a resolatividade do agravo ao usuário.

Quanto à relação da população adstrita à ESF, ainda é bastante heterogênea no sentido do entendimento de níveis de atenção à saúde. Parte da comunidade comparece à consulta agendada com o fim de prevenção de doenças e promoção da saúde; porém, ainda, outra grande parte persiste acreditando que a unidade deve funcionar sob livre demanda e ofertar consulta apenas para casos de doença. Há outros, ainda, que agendam consultas por prevenção, caso necessitem já tem consulta agendada – o que ocorre também pela forma de agendamento instituída na unidade em que na última segunda-feira de cada mês são agendadas as consultas do mês seguinte, sendo disponibilizadas diariamente apenas uma quantia fixa de fichas livres, para as quais os usuários chegam bem cedo para adquiri-las.

Penso que a comunidade não conheça a Cartilha de Direitos do Usuário e que esse assunto nunca tenha sido tratado com a mesma na unidade. Não sei dizer se alguém da comunidade gostaria de fazer parte de um conselho representativo da comunidade ou se prefeririam permanecer acomodados e, quando acharem necessário, continuarem procurando a Secretaria de Saúde e a Prefeitura Municipal para fazerem suas queixas, algumas delas aplicáveis, mas muitas indevidas; tanto por falta de informação, quanto por prevailecimento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Desde março de 2014, atuo como médica generalista em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Pedro do Sul – Rio Grande do Sul. A cidade possui 16.500 habitantes, abrangidos entre quatro UBSs, todas funcionando como Estratégia de Saúde da Saúde (ESF) e compostas por uma equipe básica cada, não havendo na cidade Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Só há atendimento odontológico de urgência na cidade, por irregularidades detectadas pela Vigilância Sanitária, o local onde era realizado tal atendimento eletivo foi interditado.

Há uma unidade de Pronto Atendimento, que conta com exames complementares como raio-X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e ultrassonografia e um Hospital Municipal, onde há leitos de internação, ambulatórios

de algumas especialidades médicas (Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Cardiologia, Pediatria e Angiologia) e demais áreas da saúde (Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia e Psicologia) e onde ocorrem procedimentos cirúrgicos eletivos.

Há também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município. A cidade de referência de São Pedro do Sul é Santa Maria. As consultas em Atenção Secundária inexistentes na cidade são distribuídas na região através da Quarta Coordenadoria Regional de Saúde, geralmente ocorrendo no Hospital Universitário de Santa Maria. Os exames complementares, da mesma forma, são realizados em Santa Maria e região.

A ESF Olavio Rosa, onde atuo, situa-se na região urbana central de São Pedro do Sul e abrange população urbana e rural. Há uma equipe básica na ESF, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de higienização, uma técnica administrativa e seis agentes comunitárias de saúde. A Prefeitura Municipal tem vínculo com o Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, havendo um estudante de Medicina em fase de Internato Regional, com duração de dois meses cada, em cada uma das unidades básicas da cidade, sendo que o médico da unidade é o preceptor do aluno.

A estrutura em que a UBS está instalada atualmente – há 24 meses – é alugada, desde o início com vistas de mudança para local físico mais adequado às necessidades e requisitos de funcionamento de uma ESF.

A unidade foi adaptada de casa residencial, por isso também inadequada em vários aspectos. A área física total da casa é pequena, o que limita a quantidade de salas existentes na unidade, sendo a maioria utilizada para mais de uma finalidade.

Há sala de recepção e espera, com capacidade para oito pessoas sentadas, dois consultórios médicos, uma sala de vacinação, uma sala de curativos, uma cozinha/copa, um banheiro para funcionários, uma sala de utilidades, em que também são realizadas as reuniões internas da unidade; uma sala de almoxarifado e um banheiro para usuários, todos os ambientes sem acessibilidade a deficientes físicos.

Não há sala para reservatório de lixo contaminado ou não contaminado, não há sala para agentes de saúde, não há gerência/administração na UBS, assim como não haveria sala para tal. A unidade não conta com farmácia; os medicamentos

fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são dispensados à comunidade em farmácia comum às quatro unidades de saúde da cidade, em local anexo à Secretaria Municipal de Saúde.

Também não contamos com serviço odontológico na UBS.

Entre tantas irregularidades na estrutura da unidade que geram dificuldade de acesso e atendimento, faz-se o possível para atender a população da melhor forma.

Sempre se tenta diminuir a necessidade de mobilização de usuários com alguma incapacidade física, através de visitas domiciliares. É difícil à equipe atuar em modificações estruturais em local que não disponha nem de espaço para implantação de novas salas.

Frequentemente a equipe apresenta as limitações estruturais à Secretaria de Saúde e aguarda que modificações sejam realizadas para melhor atendimento à comunidade, melhores condições de trabalho aos profissionais e maior segurança aos usuários e aos funcionários do local.

A ESF tem algumas atribuições desenvolvidas em relação ao mapeamento e territorialização da área de atuação da equipe, como identificação e acompanhamento de grupos de agravo e identificação de grupos e indivíduos expostos a risco, incluindo risco de violência.

Não são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos na unidade, apesar do interesse da equipe, visto a falta de estrutura física e de equipamentos e materiais. Não é feito atendimento de urgência/emergência, visto que não há estrutura física para tal, assim como não há medicações necessárias, nem desfibrilador.

São realizadas reuniões semanais entre os membros da equipe da ESF, onde são expostas ideias de abrangência da população nos grupos, orientado às agentes sobre a identificação de usuários de risco e que necessitem visita domiciliar, entre outros. A equipe poderia envolver mais a comunidade no interesse pelo controle social através da divulgação da possibilidade de envolvimento na própria unidade e nos grupos realizados pela unidade.

A área adstrita à ESF possui 3.900 habitantes. Em relação ao perfil demográfico, há distribuição paritária entre os sexos; a maioria da população é de adultos e de adultos jovens, entre 20 e 59 anos, representando 56% da população

total; a população idosa, acima de 60 anos, compõe 20% dos usuários, sendo a maioria entre os atendimentos clínicos da unidade.

A equipe geralmente tem sobrecarga de trabalho e a estrutura da unidade não comporta adequadamente toda a demanda populacional. A fim de solucionar o problema de excesso de demanda das unidades da cidade, está sendo planejada a construção da quinta unidade básica de saúde também cadastrada como ESF, com nova divisão do território de abrangência de cada unidade.

Na ESF Olavio Rosa, há agendamento mensal de consultas e, ainda, dispensação diária de fichas livres de atendimento médico, em número limitado, divididos entre a população urbana e rural. O acolhimento é realizado na recepção e local no próprio corredor. Há apenas uma equipe na unidade, sendo que a equipe é, portanto, a de referência do usuário e coletiva. Mesmo que os usuários não consigam fichas para consulta médica em determinado dia, sempre tem suas necessidades ouvidas. Caso estas necessidades causem dúvidas em relação ao risco biológico ou vulnerabilidade social do usuário, são discutidas entre a equipe, organizando uma forma de atender o usuário no dia ou orienta-lo adequadamente.

A fim de minimizar o número de usuários sem atendimento às suas queixas, é realizada consulta de enfermagem, onde o caso é triado mais detalhadamente e, se possível, já sanado o problema em questão.

Há oito anos em atividade, nunca houve acompanhamento organizado de puericultura na ESF Olavio Rosa. O atendimento às crianças sempre foi realizado por demanda espontânea. Quando crianças consultam na unidade, mesmo por afecção aguda, é realizado atendimento completo também de puericultura, avaliando e preenchendo todos os aspectos da carteira infantil.

Porém, refletindo sobre a situação, obviamente há carência de atenção à saúde da criança nesta unidade. Muitas crianças ficam sem acompanhamento de saúde por longos períodos, aumentando o risco de morbimortalidade, pela falta de prevenção de doenças, e da não identificação de alterações no desenvolvimento e/ou crescimento na infância.

Com vistas a melhorar a assistência à população infantil adstrita à unidade, implantarei agendamento de puericultura. A limitação inicial de tal modificação no funcionamento da unidade é a diminuição de atendimentos à população em geral. Entretanto, pensando a médio e longo prazo, a necessidade de atendimento às crianças por afecção aguda tem tendência de diminuir, aumentando novamente a

oferta de consultas à população geral. As agentes comunitárias de saúde estão sendo orientadas a divulgar a mudança e captar as crianças de suas subáreas.

Há realização de consultas de pré-natal mensalmente e, conforme necessidade individual, quinzenal ou semanal. Os atendimentos de pré-natal são registrados e as gestantes cadastradas na unidade. Não há médico obstetra na cidade atualmente, sendo que as usuárias com gestação de alto risco fazem acompanhamento em ambulatório específico do Hospital Universitário de Santa Maria. As gestantes em trabalho de parto devem procurar o Hospital Municipal para, então, serem encaminhadas à Casa de Saúde de Santa Maria, referência para partos de baixo risco e a termo.

A maioria das gestantes inicia o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, mas ainda há primeiras consultas já no segundo ou terceiro trimestres, aumentando os riscos de morbimortalidade materno-infantil e prejudicando a qualidade do atendimento. Entendo que isso possa acontecer atualmente por déficit de agentes comunitárias de saúde, deixando duas microáreas descobertas e, também, por descuido e/ou falta de orientação de algumas gestantes.

Sempre na primeira consulta na unidade são solicitados exames laboratoriais conforme protocolo do Ministério da Saúde e ultrassonografia, principalmente para determinação da idade gestacional, além de exame clínico completo. Na maioria dos casos, o número de consultas de pré-natal é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, de seis consultas.

Penso que haja métodos plausíveis a serem realizados a fim de modificar a situação de atenção em pré-natal, desde a contratação de mais profissionais para a equipe, como agentes de saúde, para captação de todas as gestantes residentes da área abrangida pela ESF, até ações que a própria equipe interna da unidade pode desenvolver, como o grupo de gestantes, de forma multiprofissional para orientar e sanar as dúvidas da usuária, inclusive sobre aleitamento, período puerperal e planejamento familiar.

A coleta de material para rastreio citopatológico do câncer de colo de útero é realizada de forma organizada, semanalmente, pela enfermeira da unidade. Também, de forma oportunística, é realizada a coleta em consulta médica, se queixa relacionada ou necessidade de exame especular. A coleta é registrada em prontuário e em formulário específico. Com a forma de registro, é possível avaliar as mulheres em atraso com o exame, mas não informações sobre o resultado do

mesmo. As agentes comunitárias de saúde fazem busca ativa de usuários em atraso com o exame e agendam para as mesmas a coleta caso seja necessário. O exame só é visto alterado quando a usuária vai à unidade solicitar seu resultado. Essa conduta com certeza deve ser modificada e de forma bastante plausível. Detectando o exame alterado, solicitamos à agente de saúde da usuária localizá-la e orientá-la a procurar a UBS.

Quanto à prevenção do câncer de mama, a forma de registro de exames preventivos, clínico e mamográfico, permitiu estimar o número de mulheres em rastreo e em atraso com tais exames, sendo que todas essas mulheres em acompanhamento tem orientações sobre prevenção do câncer de mama e avaliação de risco individual deste câncer. O registro de solicitações de mamografia e/ou outras formas de rastreo de câncer de mama, conforme indicação, é realizado em prontuário clínico.

A fim de melhorar a cobertura de controle do câncer de mama na UBS, penso que a equipe tenha que se mobilizar para a organização de grupo de mulheres, com orientação da patologia, de fatores de risco e rastreo. Também, poderia ser melhor organizada a forma de registro das mamografia e de seus resultados sempre o fazendo em formulário específico, além do prontuário, para facilitar a revisão e a busca de usuárias com exames atrasados ou mesmo as que tiveram os exames alterados.

Entendo as doenças crônico-degenerativas como foco principal de abordagem nas unidades básicas de saúde, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) os grandes representantes desta categoria de doença. Na ESF Olavio Rosa, os atendimentos em hipertensão são registrados apenas em prontuário, sendo que o retorno do usuário é orientado na própria consulta, e o mesmo é responsável pelo agendamento no período estipulado.

Acredito a cobertura em relação à atenção a usuários hipertensos possa melhorar. Há muitos usuários que não frequentam nenhum serviço de saúde e que não são orientados sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, principalmente os residentes das duas subáreas descobertas por agentes comunitárias de saúde. Alguns usuários vão à ESF para aferição de pressão arterial e não consultam, sendo orientados a agendar consulta médica pela equipe de enfermagem quando a tensão arterial encontra-se alterada. Se o usuário está hipertenso e sintomático, é atendido na própria ocasião. Há muitos atendimentos por hipertensão arterial sistêmica ou por

outras afecções em usuários hipertensos, sendo o mesmo abordado integralmente, considerando todas as suas patologias.

Penso que seria importante a UBS recadastrar os já diagnosticados no Programa HIPERDIA, sendo que a unidade deixou de estar cadastrada por falhas técnicas que até hoje não foram sanadas. Uma ficha-espelho poderia ser confeccionada, a fim de também conter a última consulta do usuário e o período em que deveria ser feita a próxima consulta, para organizar e aprimorar a atenção a essa patologia. Pelo grande número de doentes, penso que tal registro dispenda de bastante tempo e trabalho até ser completado, o que não o torna, entretanto, impossível.

Quanto ao Diabetes Mellitus, a cobertura realizada na UBS não é adequada. Há muitos usuários com DM atendidos na unidade, em dia agendado pelo próprio usuário conforme a orientação médica da última consulta. Se o usuário deseja fazer o hemoglicoteste na UBS, é oferecido e, caso alterado, é orientado a agendar atendimento médico para avaliação. Se o usuário estiver sintomático, é atendido na mesma ocasião.

Avalio que os usuários que procuram atendimento médico e fazem acompanhamento do diabetes na unidade sejam bem assistidos, sendo acompanhados regularmente, pela conscientização da patologia em cada consulta, e encaminhados à atenção secundária quando necessário.

Não temos, porém, ficha-espelho de tais doentes, sendo as consultas e o diagnóstico registrados apenas no prontuário médico de cada usuário; o que dificulta a quantificação de usuários em atraso com as consultas clínicas ou com exames complementares.

A fim de melhorar o registro e os indicadores de cobertura e de qualidade pela UBS aos diabéticos, é necessária a confecção de fichas-espelho, para busca ativa de possíveis usuários omissos em relação ao acompanhamento da patologia; contratação de agentes comunitárias de saúde (para não haver mais subáreas descobertas de visitas); além do cadastro no Programa HIPERDIA, assim como para os hipertensos. Há realização pela equipe de grupos de hipertensos e diabéticos, com dinâmicas sobre as patologias e participação de todos os profissionais da unidade.

A população de idosos no Brasil teve crescimento progressivo percentualmente, fato que afeta diretamente todos os setores de saúde e o

funcionamento dos mesmos. A ação das ESFs na assistência à saúde do idoso é essencial, visto que a profilaxia e prevenção de danos e o tratamento das patologias comuns nos idosos são indispensáveis à manutenção da boa qualidade de vida do idoso, através da preservação da sua autonomia e inserção na comunidade. Na ESF Olavio Rosa, 20% da população adstrita tem mais de 60 anos, o que penso que possa ser o motivo de sobrecarga à demanda de consultas clínicas, visto que os idosos geralmente necessitam de acompanhamento mais assíduo, pelas comorbidades apresentadas.

Os atendimentos aos idosos na unidade são registrados apenas em prontuário médico, não havendo ficha-espelho para avaliação de atraso de retorno, entre outros. Avalio que a atenção à saúde do idoso seja integral, mas individualizada, conforme as comorbidades de cada um; não sendo realizada, por exemplo, avaliação multidimensional rápida em todos os usuários.

Todos os usuários tem orientações nutricionais e de prática de atividade física regular. Não posso avaliar indicadores de número de hipertensos ou diabéticos na população idosa por falta de dados e de registros. Na caderneta do idoso, são anotadas as aferições de pressão arterial toda a vez que o usuário procura a unidade; resultado de hemoglicoteste caso tenha sido realizado, as medicações de uso contínuo e as vacinas administradas.

A fim de melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso, penso que possa ser utilizados protocolos de avaliação multidimensional e de risco de comorbidades, tendo maior cuidado com os usuários mais necessitados, conforme princípio da equidade do SUS. Para melhorar os registros visando à obtenção de dados e indicadores, deveria ser utilizada ficha espelho de atendimento de idosos, constando a patologia e o período máximo em que o usuário deve retornar à unidade para atendimento.

Também, apesar de a maioria dos frequentadores do grupo de hipertensos e diabéticos serem idosos, poderia ser organizado grupo específico de idosos, principalmente se pudessemos contar com profissionais além da equipe da unidade, como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e educador físico.

Uma grande questão social presenciada algumas vezes na unidade, é o atendimento de idosos sem acompanhante e sem cognição adequada para o

entendimento da conduta. Em muitos destes casos, é solicitada avaliação da assistência social do município.

Finalizando, considero, dentre os maiores desafios da UBS, promover a educação em saúde da população através da orientação por toda a equipe e conscientização da população sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças. Através dos questionários, percebi como é precária e inadequada a estrutura física da unidade, podendo perceber inadequações que anteriormente desconhecia.

Também, pelo preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, tive o insight de quão carente é a atenção à saúde infantil pela unidade, já promovendo mudanças no funcionamento da UBS. Pelas diversas informações desconhecidas, percebi a importância de serem geradas fichas-espelho de hipertensos, diabéticos, coletas de citopatológico, solicitação de mamografia, entre outros, a fim de ter controle maior sobre a assiduidade de tal população e, caso necessário, a busca ativa da mesma.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional

Em relação ao texto inicial sobre a situação da ESF/APS, percebo que algumas atividades que seriam retomadas, como o grupo de gestantes, ainda não foram; outras que começariam a ser efetuadas, como educação nas escolas, também não foram.

Entretanto, neste período, foram retomadas as visitas domiciliares e aprimoradas as dinâmicas para o grupo de hipertensos e diabéticos. Não há usuários responsabilizados pela representação da comunidade para controle social, mas as orientações pela equipe aos usuários já inseriram o tema. Com a permanência da mesma equipe desde março deste ano, a população está mais satisfeita, como previsto, com a assistência da unidade à sua saúde.

Também, percebo que está aumentando o número de usuários conscientes sobre o funcionamento de uma unidade básica de saúde, principalmente constituída em ESF, e sobre a necessidade de assiduidade no controle à saúde. É claro que, conforme já relatado no texto prévio, muitos usuários estão ainda acostumados à atenção voltada somente à cura da doença. Entretanto, avaliando os dois textos, fico satisfeita com as mudanças práticas que já pude perceber no processo de trabalho.

Através dos questionários e caderno de ações programáticas, pude avaliar de forma mais objetiva a situação de assistência de saúde à comunidade pela UBS, identificando as principais deficiências dessa atenção, alertando para necessidade de melhora. O uso dos questionários evidenciou itens que estavam ao alcance de mudança simples, outros que necessitavam de maior planejamento para melhora e outros que não caberiam à equipe.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O plano de intervenção em Saúde da Criança justifica-se pela sua relevância social. Apesar da transição demográfica nas últimas décadas, com a queda das taxas de fecundidade (2,73 filhos por mulher em 1991 e 1,78 em 2011) e natalidade (23,4 nascidos vivos por 1.000 habitantes em 1991 e 15,6 em 2011) [IDB Brasil, 2012], o Brasil ainda é um dos países de estrutura etária jovem, quando comparado com outros países (SCOCHI, C.G.S., 1998). A utilização de fatores de risco em programas de atenção à saúde pode contribuir para a identificação de determinados grupos e segmentos populacionais, reconhecidamente mais vulneráveis, visando à maior efetividade da atenção oferecida, considerando desigualdades e necessidades diferenciadas em saúde, cumprindo o princípio da equidade. Na saúde da criança, particularmente, o nível socioeconômico, saneamento básico, escolaridade dos pais, peso ao nascer, idade gestacional, intercorrências neonatais, aleitamento materno, acesso aos serviços de saúde, dentre outros fatores, tem sido amplamente estudados, estando bem estabelecida a associação desses fatores com a morbidade e mortalidade infantil (MONTEIRO, C.A., 2009). Analisando o relatado, a assistência à saúde da criança pela unidade básica de saúde é de extrema importância à promoção da saúde infantil, à prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de danos maiores de patologias crônicas, diagnóstico precoce de situações que necessitem acompanhamento complementar, entre outros.

A abrangência da Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde é muito importante na atenção à comunidade. Ao dar assistência às crianças abrangidas pela UBS, avaliando estado de nutrição, crescimento e desenvolvimento corporal e neuropsicomotor pode-se orientar nutrição, higiene geral e oral e hábitos saudáveis adequados, além de identificar usuários com necessidades adicionais de acompanhamento médico especializado ou de outras áreas da saúde, como fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia.

A UBS em que atuo, em São Pedro do Sul-RS, é organizada em Estratégia Saúde da Família, composta por uma equipe básica: uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de administração e uma auxiliar de

higienização. A estrutura física da unidade é simples e inadequada ao funcionamento ideal de uma unidade de saúde, visto o pequeno tamanho da estrutura e o fato de o local ter sido construído para ser uma residência familiar; considerando, porém, os equipamentos e materiais, a unidade conta com balança pediátrica, trena rígida para aferição de comprimento, balança e trena para avaliação das crianças maiores de 24 meses, otoscópio, entre outros instrumentos e materiais que tornam possível a implantação do cuidado à Saúde da Criança na UBS. A população adstrita à ESF é de 3.900 habitantes, sendo quase 7% desta população cadastrada de usuários menores de 72 meses de idade.

A cobertura realizada atualmente pela UBS às crianças menores de 1 ano, conforme o Caderno de Ações Programáticas, é de 52%. Não foi estimada a cobertura às crianças de até 72 meses como será a intervenção. Visto que não era realizada puericultura na unidade previamente, a atenção à saúde desta população estava desqualificada, sendo atendidas apenas as crianças em estado agudo de doença geralmente. Às raras crianças cujas mães agendavam consulta de rotina, o atendimento era feito de forma integral, beneficiando aquele usuário isoladamente, sem ações coletivas.

No mês de junho já iniciei a implementação de consultas de puericultura na unidade, em conformidade e com apoio de toda a equipe da UBS; inclusive a equipe de enfermagem faz a triagem e acolhimento das crianças. As principais dificuldades ao implementar a Saúde da Criança na unidade serão a falta de conhecimento pela ESF de usuários menores de 72 meses residentes de microáreas atualmente descobertas de agentes comunitárias de saúde e a não informação dos pais das crianças sobre a importância das consultas de puericultura. Não é possível estipular metas de melhoria de saúde bucal no projeto, visto a não existência de dentista na unidade; sendo a promoção à higiene bucal efetuada na ESF, por toda a equipe.

A intervenção é viabilizada pela intenção de toda a equipe de organizar tal atendimento na agenda da unidade, inclusive das agentes de saúde, fazendo a busca ativa das crianças. A saúde da comunidade melhorará com a implementação da puericultura, eu penso, por identificar crianças em risco relacionado à saúde, sendo realizadas intervenções de forma mais precoce, a fim de sempre reduzir danos futuros ao crescimento e desenvolvimento do usuário.

De uma perspectiva administrativa, achados epidemiológicos são também de grande importância, pois fornecem informações para planejamento. Dados referentes a uma determinada área geográfica constituem evidência confiável a provedores de saúde sobre a natureza e a magnitude de um problema e as verdadeiras necessidades da população local (BIRD, H.R.; DUARTE, C.S., 2002).

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde da criança na ESF Olavio Rosa, em São Pedro do Sul, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos

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

2.2.3 Metas

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

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

2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

2.4 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

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

2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Referente ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

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

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento de ações

2.3.1.1 Monitoramento e Avaliação

A fim de atingir as metas em relação ao monitoramento e avaliação, propõe-se: monitorar o número de crianças cadastradas no programa, o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, com déficit e excesso de peso, o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, de crianças em atraso ou com atualização vacinal, o percentual de

crianças com suplementação de ferro conforme indicação etária, o percentual que fez teste auditivo neonatal e que teve consulta de puericultura na primeira semana de vida, através de registro em ficha-espelho de cada atendimento, inicialmente a mão, para posterior preenchimento em planilha eletrônica.

Também, propõe-se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do MS, além das buscas a crianças faltosas, através de revisão das fichas-espelho semanalmente. Propõe-se monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, deixando separadas as fichas-espelho das crianças inseridas no programa, a fim de organizar tal monitoramento.

Propõe-se, também, monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso, através de rastreamento e identificação pelas agentes comunitárias de saúde ou pela equipe interna da ESF das crianças em situação de risco e separação de suas fichas-espelho a fim de manter controle rígido de assiduidade e maior frequência de consultas na unidade.

Ainda, em relação à promoção da saúde da criança, propõe-se: monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes, nutrição e higiene oral fornecidas no atendimento em prontuário ou ficha espelho, além de monitorar as atividades de educação em saúde sobre aleitamento materno, o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, através de tópico na ficha-espelho para posterior avaliação dos resultados.

2.3.1.2 Organização e Gestão do Serviço

Quanto à organização e gestão do serviço é proposto cadastro da população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, através de orientação das ACS a cadastrar tais crianças a fim de agendar consulta de puericultura, todas as quintas-feiras em ambos os turnos, e inseri-las no programa; é proposto priorizar o atendimento de crianças, tendo a porta aberta às crianças, sendo estas atendidas no mesmo turno se possível ou agendado retorno se impossível atende-la no mesmo dia.

Também, propõe-se fazer busca ativa, pelas ACS, de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto

ou após a comunicação de parto pelo hospital de referência; monitorar crescimento das crianças, através da garantia de material adequado para realização das medidas antropométricas por solicitação à Secretaria de Saúde da calibragem das balanças da unidade e da manutenção e reposição de antropômetro e fita métrica, além de obtenção de versão atualizada do protocolo de Saúde da Criança do MS impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Monitorar desenvolvimento das crianças entre zero e 72 meses, através de registro e revisão de ficha-espelho, garantindo encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento ao identificar-se alteração nas tabelas de desenvolvimento neuropsicomotor, através de referência pelo médico ao atendimento especializado.

Ainda, é proposto na intervenção garantia, com o gestor, da disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, garantir de atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), realização de controle da cadeia de frio, controle adequado de estoque para evitar falta de vacina e vencimento do estoque, a fim de vacinar 100% das crianças de acordo com a idade. A fim de garantir a dispensação do sulfato ferroso para atingir meta de 100% de profilaxia entre crianças de 6 a 24 meses, conforme proposto pelo MS, é solicitado à farmácia municipal dispensação de sulfato ferroso pela própria UBS, já saindo o paciente com o suplemento da unidade, não necessitando ir até a farmácia central do município. Ainda sobre a qualidade da atenção à criança, é proposta a garantia junto ao gestor municipal da realização de teste auditivo e do teste do pezinho.

A fim de obtenção de maior adesão ao programa se propõe orientação das ACS para buscar crianças faltosas, após reconhecimento por revisão das fichas-espelho semanalmente pela médica e organização da agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. Com vistas à melhoria do registro das informações propõe-se preencher SIAB/folha de acompanhamento, implantar ficha espelho (da caderneta da criança), pactuar com a equipe o registro das informações, sendo realizado através de registro de informações de fácil acesso para melhor controle dos indicadores a serem avaliados nas fichas-espelho, sendo a médica responsável pelo monitoramento dos registros a fim de organizar o processo de avaliação de necessidade de modificação dos registros ou do funcionamento da puericultura.

A fim de avaliação de risco nas crianças, propõe-se priorizar o atendimento das crianças de alto risco e identifica-las na ficha-espelho, sendo isso realizado através da instituição, pela médica, de menor período entre as consultas das crianças em situação de risco e da inserção de tópico na ficha-espelho identificando a presença ou não de situação de risco e a especificação de tal situação, também pela médica.

Visando melhoria da promoção da saúde das crianças, através de orientação nutricional, de saúde bucal, prevenção de acidentes e aleitamento materno propõe-se a promoção de palestras pela médica e equipe de enfermagem sobre nutrição na infância, saúde oral, já que não há profissionais de odontologia na unidade, sobre prevenção de acidentes e aleitamento materno à toda a equipe nas reuniões semanais a fim de capacitar os profissionais a orientar a população conforme sua função na unidade.

2.3.1.3 Engajamento Público

A respeito do engajamento público no detalhamento das ações, sobre a melhoria da cobertura de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita à UBS, propõe-se orientação da comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, sendo possível através de orientação primeiramente da equipe sobre o programa de Saúde da Criança nas reuniões semanais na própria UBS, por período mínimo de 1 hora, para, então, a população ser orientada sobre os benefícios através de visitas domiciliares ou informações da própria unidade básica.

Em relação à melhoria da qualidade da assistência às crianças neste aspecto de engajamento da comunidade, propõe-se informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, a fim de que as crianças sejam levadas à unidade para atendimento na primeira semana de vida, através de orientação na própria unidade por toda a equipe ou em seus domicílios pelas ACS; propõe-se compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, além de informa-los sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, ocorrendo estas ações através de orientação da população dos objetivos das consultas, principalmente de promoção da saúde e detecção precoce de alterações do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor pelas agentes de saúde nos domicílios dos usuários e pela equipe

interna da UBS, na própria unidade e através da Rádio Municipal, a qual conta com programação semanal sobre os serviços de saúde da cidade. Ainda sobre qualidade de atenção, propõe-se orientar os pais e/ou responsáveis sobre a carteira e a situação vacinal da criança, através de explicação sobre as vacinas oferecidas pelo SUS durante atendimento médico e também pela equipe de enfermagem na unidade e através de disponibilização a cada pai/responsável das datas posteriores em que a criança deverá ser vacinada, entre outras informações cabíveis a cada caso. Também, propõe-se orientar os pais e/ou responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro na faixa etária entre 6 e 24 meses, através de explicação, durante o atendimento de puericultura pelo médico, sobre o risco de anemia ferropriva nessa faixa etária caso não ocorra reposição de ferro adequadamente. Propõe-se orientar pais e/ou responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo neonatal e os passos necessários ao agendamento do mesmo e sobre a importância da realização do teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, através de orientação às mães desde a gestação e vínculo com hospitais de referência, comunicando ocorrência de parto à unidade.

Visando melhorar a adesão ao programa, propõe-se informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança na unidade, através de explicação sobre os objetivos de promoção da saúde e prevenção de doenças nas consultas, além de orientação da equipe nas reuniões semanais na UBS sobre a forma de informar a importância do acompanhamento da criança na unidade aos responsáveis.

A fim de melhorar o registro das informações em relação ao engajamento público, propõe-se orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, caso seja relevante para a saúde da criança em algum momento.

Com vistas ao mapeamento das crianças de risco pertencentes à área de abrangência, propõe-se fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, através de proposição pela enfermeira à comunidade a discussão de assuntos em relação à Saúde da Criança nas localidades do interior e nas cedex comunitárias centrais e de identificação, por discussão entre a equipe interna e as agentes comunitárias, as situações que sejam mais frequentes causadoras de risco à criança naquela comunidade.

Em relação ao engajamento da comunidade na promoção da saúde das crianças, propõe-se orientar a mãe/responsável e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças, sobre a prevenção de acidentes, sobre a necessidade de cuidado com os dentes decíduos e sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e bucal, através de ação realizada por toda a equipe, não só em atendimento médico, mas desde visita domiciliar da agente de saúde, após capacitação na unidade.

2.3.1.4 Qualificação da Prática Clínica

Referente ao aumento da cobertura da atenção à saúde da criança na unidade considerando a qualificação da prática clínica, propõe-se capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, além de orientar sobre que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, para isso ministra-se palestras e conversas com toda a equipe nas reuniões semanais na UBS a fim de fornecer orientações sobre a abordagem da criança nas consultas de puericultura e seu objetivo, e ainda sanar as dúvidas da equipe para fortalecer informações verídicas à comunidade.

A fim da obtenção de aumento da qualidade de atenção à criança em relação à qualificação clínica, propõe-se, a fim de monitorar crescimento e desenvolvimento da criança: fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, padronizar a equipe, fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento e tabelas de desenvolvimento neuropsicomotor do cartão da criança, sendo proposto para isso orientação e ensinamento da forma de aferição de peso e estatura conforme faixa etária à equipe; capacitação, nas reuniões de equipe, além de auxílio aos profissionais a preencherem as curvas de crescimento da carteira infantil e avaliarem, de forma grosseira, como triagem, alteração do crescimento e/ou desenvolvimento. Ainda, quanto à suplementação de ferro, propõe-se seguir as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, avaliando a suplementação conforme presença ou não de prematuridade, peso ao nascer e considerando caso de profilaxia ou terapia suplementar, sendo tal avaliação feita pelo médico durante as consultas de puericultura. Também, propõe-se capacitação da médica sobre incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança e qualificação da enfermeira para a realização do teste do pezinho.

Visando melhorar a adesão ao programa, propõe-se fazer treinamento das ACS na identificação das crianças em atraso, através de formulação de planilha para cada ACS pela enfermeira com as crianças de sua área e o retorno de cada uma a fim de fazer busca ativa.

Para melhorar o registro de informações na unidade, em relação à qualificação da prática clínica, propõe-se, após confecção de fichas-espelho e demais registros a serem usados no programa, que a médica e a enfermeira ensinem os demais membros da equipe a preencher e/ou buscar informações referentes às crianças acompanhadas.

Com vistas à avaliação de risco, propõe-se a capacitar dos profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, através da promoção de palestras à equipe, principalmente às agentes comunitárias de saúde, a fim de capacitar à identificação de situações de risco nas próprias casas dos usuários, além de identificar situação de risco em atendimento na unidade pelo restante da equipe de saúde.

Referente à promoção da saúde da criança, considerando a qualificação da prática clínica, propõe-se informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção e capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega", através de discussões e exposição dos assuntos nas reuniões semanais de equipe. Além disso, propõe-se capacitar os profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança e sobre higiene oral, através da promoção de palestras, sendo divididos os assuntos entre toda a equipe para cada um ministrar uma palestra referente ao assunto durante as reuniões de equipe semanais; além de capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche quanto a promoção da saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1: 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.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 1: 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: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2: 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 3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 3: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 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 5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

Meta 6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 6: 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 7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 7: 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 8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

Meta 9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

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

Meta 1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 1: 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.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 1: 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.

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

Meta 1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 1. Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

Meta 2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

Meta 3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 3: 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 4. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 4: 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 da intervenção

A fim de intervir na Saúde da Criança na população adstrita à ESF em que atuo, em São Pedro do Sul, utilizaremos o Protocolo de Saúde da Criança, do Ministério de Saúde, de 2012. Na UBS, não são utilizados prontuários ou registros informatizados comumente.

Junto à enfermeira, elaborarei uma ficha-espelho contendo todas as informações necessárias para coleta de todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção e avaliação das metas propostas. Os formulários específicos serão preenchidos a mão e guardados em local específico, separadamente dos prontuários individuais, aonde também será registrada a consulta da forma que já ocorre. Anexado aos formulários específicos, cada criança terá sua curva de crescimento e tabela de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Também, em forma de planilha eletrônica eu e a enfermeira criaremos um formulário para acesso das agentes comunitárias de saúde contendo a data de retorno de cada usuário, a fim de facilitar a identificação das crianças com necessidade de busca ativa para consulta na unidade. Outra planilha eletrônica que criaremos, será semelhante à ficha-espelho impressa, contendo todos os dados necessários à avaliação das metas propostas.

Visto que não eram previamente realizadas consultas de puericultura na unidade, o primeiro registro na ficha-espelho se dará no primeiro atendimento agendado de puericultura, avaliando então os usuários em atraso com vacinações, sem suplementação de ferro, com atraso de crescimento e/ou desenvolvimento.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Com isso, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, para que toda a equipe forneça a mesma atenção e mesma informação aos pais/responsáveis e à comunidade sobre a Saúde da Criança. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade, acontecendo durante as reuniões de equipe semanais, por no mínimo 1 hora em cada. A médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem estudarão uma parte do protocolo para expor aos demais membros da equipe.

O acolhimento às crianças será feito a princípio pela técnica de enfermagem. Crianças que apresentem afecções agudas serão atendidas no mesmo turno em que procurar a UBS, para ampliar a captação precoce das crianças entre 0 e 72 meses de idade. Crianças que buscarem atendimento de puericultura de rotina sairão com agendamento da consulta conforme disponibilização da agenda, sendo que semanalmente há turno reservado para tais atendimentos. As crianças que vierem a consulta de puericultura, já sairão com retorno agendado, com periodicidade conforme a faixa etária de acordo com o protocolo do MS.

Para esclarecer à comunidade o projeto de intervenção em Saúde da Criança e ressaltar a importância das consultas de puericultura, divulgaremos tais informações na rádio municipal, meio de comunicação bastante utilizado na cidade; além disso, orientaremos o projeto a pessoas representantes da comunidade e engajada com o funcionamento da saúde pública.

Quinzenalmente, a médica examinará as fichas-espelho das crianças, identificando aquelas com atraso vacinal e/ou faltosas. As agentes comunitárias de saúde farão a busca ativa de todas as crianças em atraso, cada agente fazendo a busca na sua área adstrita, sendo difícil estimar quantas crianças serão faltosas e/ou apresentarão algum atraso vacinal.

Na busca, já será realizado agendamento de retorno à criança. As ACS também farão busca ativa de usuários novos, estimando 6 por semana (24 por mês), também já sendo realizado agendamento de consulta na unidade de saúde. Ao fim

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Durante os três meses de intervenção, houve mudanças na agenda da unidade, na estruturação do atendimento às crianças pela equipe, entre muitas outras modificações, que posso dizer melhorias, dentro da ESF Olavio Rosa.

Em relação às ações para aumento da cobertura do programa houve cadastramento da população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita à unidade; monitoramento do número de crianças cadastradas no programa periodicamente; priorizar ao atendimento de crianças; orientação à comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios e capacitação da equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Relativo à melhor qualidade no atendimento à criança, houve monitoramento do crescimento, com obtenção de materiais adequados para tal e após capacitação da equipe para aferição; houve monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor, garantindo encaminhamento a setor especializado quando necessário e tornando os responsáveis cientes do desenvolvimento da criança; além de monitoramento das crianças com indicação de suplementação de ferro por indicação do Ministério da Saúde, garantindo a medicação de graça e orientando os responsáveis sobre a importância de tal profilaxia.

Foi realizada busca ativa a todas as crianças faltosas a consultas no programa, através de orientação às agentes comunitárias de saúde e organização da agenda para acolher as crianças provenientes das buscas, além da orientação dos responsáveis sobre a importância do seguimento de rotina da atenção à saúde da criança. O registro das informações sobre cada usuário inserido no programa teve melhoria pela anexação de curvas de crescimento ao prontuário de cada um, criação de ficha espelho e capacitação da equipe para o preenchimento dos registros necessários.

Houve avaliação de risco às crianças inscritas no programa, através de capacitação da equipe para tal, havendo prioridade de atendimento, identificação na ficha-espelho e busca ativa se atraso na consulta de puericultura a essas crianças. Ainda, foi realizada promoção da saúde da criança, através da orientação, por toda a equipe, sobre nutrição, prevenção de acidentes e higiene oral.

Todas as mudanças ocorreram sob a concordância de toda a equipe, facilitando-as, e sem dificuldades consideráveis. Na própria comunidade, também, houve maior entendimento e valorização da saúde da criança, sendo percebido através da busca das mães às agentes comunitárias de saúde a fim de saberem a data do atendimento de seus filhos. Sou muito grata à toda equipe da ESF 2 de São Pedro do Sul, por todas terem se empenhado ao máximo para que a intervenção fosse bem aceita e entendida na comunidade e que pudesse ser concretizada.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Não foi possível a estipulação de metas e ações em relação à saúde bucal das crianças entre 0 e 72 meses devido a não existência de dentista na ESF Olavio Rosa. As ações referentes à promoção da saúde bucal foram realizadas conforme meta estipulada.

Ainda, não foi possível a avaliação da porcentagem de crianças que realizaram teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, devido a viés de informação por parte dos responsáveis, sendo que tal item não foi preenchido na planilha eletrônica a fim de não gerar dados equivocados.

Da mesma forma, não foi possível a avaliação da porcentagem de crianças que foram submetidas ao teste auditivo neonatal, nem das que tiveram consulta na primeira semana de vida e tampouco da porcentagem de crianças que foram colocadas para mamar na primeira consulta.

Às crianças que nasceram a partir do período de intervenção foram avaliadas quanto aos critérios descritos, mas não foram contabilizadas, para não haver erro de interpretação dos resultados.

Também, enfrentamos duas vezes dificuldades semelhantes. A técnica em enfermagem, uma profissional bem dinâmica, disposta e integrada com a equipe,

estava capacitada e familiarizada com a intervenção, foi transferida para outro serviço de saúde da cidade. A nova técnica foi também capacitada, nunca havia trabalhado em ESF, mas sempre se mostrou disposta a aprender. Porém, faltando aproximadamente 10 dias para o fim da intervenção ela também deixou a unidade por ter sido aprovada em concurso. Devido à sobrecarga de tarefas, principalmente à enfermeira da UBS, não foi desenvolvida, totalmente, abrangência multidisciplinar no período final da intervenção, como proposto anteriormente.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Algumas dificuldades ocorreram ao longo da intervenção, a maioria delas técnicas, em relação à coleta dos dados. Ao início da intervenção percebi a necessidade de aquisição de pastas organizadoras para separar as curvas de crescimento conforme faixa etária e para separar as fichas-espelho dos usuários por ordem alfabética. Com a aquisição das pastas conseguimos tornar mais ágil a separação das folhas a serem anexadas ao prontuário no acolhimento pela enfermeira e técnica de enfermagem. Também foram impressas folhas de desenho oferecidas às crianças na sala de espera, após evidenciar dificuldade de manter as crianças entretidas na unidade.

Outra dificuldade apresentada durante a intervenção foi a falta de duas agentes comunitárias de saúde, deixando duas microáreas descobertas, fazendo com que o cadastramento dessas crianças ocorresse de forma aleatória, não por busca ativa, o que prejudicou a captação de crianças ao projeto, mas não impossibilitou que as metas fossem atingidas. Aliás, esta dificuldade relativa à falta de ACS já era esperada, pois há longo prazo, no mínimo há 9 meses, as áreas já estavam descobertas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Por mais que as ações para avaliação da intervenção na comunidade tenham atingido sua meta em relação ao tempo, na prática manteremos a rotina de puericultura e valorização à Saúde da Criança incorporada no funcionamento da ESF 2 de São Pedro do Sul. Falo isso principalmente após analisar os resultados obtidos através dos

dados referentes às crianças da comunidade e sua situação de saúde ao longo desses últimos 3 meses. Considerando, também, a boa aceitação da comunidade ao inserir a atenção à saúde da criança na unidade, reservando dia da semana para priorizar tal faixa etária, penso que a intervenção que eu e toda equipe viemos fazendo na ESF será incorporada à rotina da unidade, mesmo após troca de toda equipe.

A minha percepção sobre a modificação na rotina da unidade, planejando melhoria permanente na saúde das crianças abrangidas pela ESF é de que já se obteve muito benefício na situação de saúde dessas crianças. Considero isso ao avaliar a quantidade de crianças que não faziam profilaxia de anemia com Sulfato Ferroso entre 6 e 24 meses, que estavam e estão acima do peso, que estavam com vacinas atrasadas, em situação de risco, entre muitas outras situações. A equipe ainda apoiou sempre a intervenção, percebendo como benefício à comunidade.

Ao relatar a intervenção em Saúde da Criança realizada entre os meses de agosto e outubro de 2014 na Estratégia Saúde da Família Olavio Rosa de São Pedro do Sul, tenho muito orgulho de toda a equipe, pelo seu empenho e capacidade e pelos resultados gerados com a modificação no funcionamento da unidade. Todas as ações propostas no projeto foram realizadas conforme cronograma previsto.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses de idade na área adstrita à ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul. Tal área adstrita é composta por 230 crianças na faixa etária referida, sendo que, destas, 162 crianças foram inseridas no projeto de intervenção, alcançando cobertura de 70,4% ao final da intervenção.

Objetivo: Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses na área abrangida pela unidade.

Meta: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde entre o número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Antes do projeto de intervenção objetivando a melhoria da atenção à saúde das crianças residentes na área abrangida pela UBS ser implantado, a cobertura de atenção à saúde em menores de 12 meses era estimada em 52%, sendo impossível a avaliação de indicadores de qualidade em tal estimativa. A porcentagem de cobertura às crianças de 12 a 72 meses não foi estimada.

Ao fim do primeiro mês de intervenção, cadastramos 60 crianças (26,1%) entre 0 e 72 meses no projeto; ao final do segundo mês, já tínhamos cobertura de 112 crianças (48,7%), chegando, enfim, ao terceiro mês com cobertura de 162 crianças (70,4%) e, assim, atingindo a meta de 70% estipulada no projeto.

A principal ação para atingir resultado satisfatório em relação à cobertura, foi o cadastramento da população de crianças entre 0 e 72 meses pelas agentes comunitárias de saúde, a prioridade ao atendimento de crianças e a busca ativa das

crianças faltosas também pelas ACS a fim de reagendar consulta de puericultura, todas as quintas-feiras em ambos os turnos, e inseri-las no programa.

A maior dificuldade na obtenção da meta de cobertura proposta foi a falta de ACS, deixando duas micro-áreas abrangidas pela unidade descobertas, impossibilitando o cadastramento das crianças residentes em tal território, assim como a busca ativa das mesmas em caso de falta.

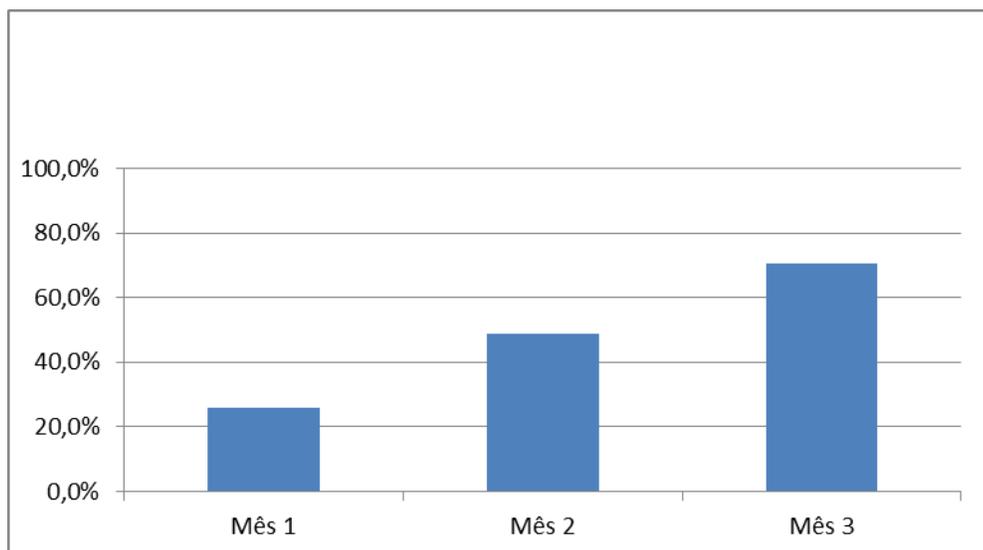


Figura 1 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade. São Pedro do Sul, RS, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança.

Meta: Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Indicador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados entre o total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Antes de o projeto de intervenção visando melhoria na atenção à saúde da criança ser implantado na unidade, as crianças não tinham consultas de rotina, sendo impossível estimar a quantidade de crianças entre 0 e 72 meses que previamente frequentavam a UBS e que tinham seu crescimento avaliado, visto que na maioria das

vezes em que procuravam o serviço de saúde era de forma urgente, por patologia aguda, em que geralmente se foca apenas no estado da doença atual.

A ação que mais contribuiu para a avaliação do crescimento das crianças cadastradas no projeto foi o treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, padronização da equipe e treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança através da orientação e sobre a forma de aferição de peso e estatura conforme faixa etária à equipe.

Ao longo dos 3 meses de intervenção, 100% das crianças tiveram avaliação do crescimento.

Durante a intervenção, foi detectada apenas 1 criança com déficit ponderal, no terceiro mês de intervenção, sendo esta monitorada, representando, então resultado de 100%. Enquanto que, com excesso ponderal, todas as 11 crianças entre 0 e 72 meses que foram detectadas, foram monitoradas, representando índice de 100% nos três meses de intervenção.

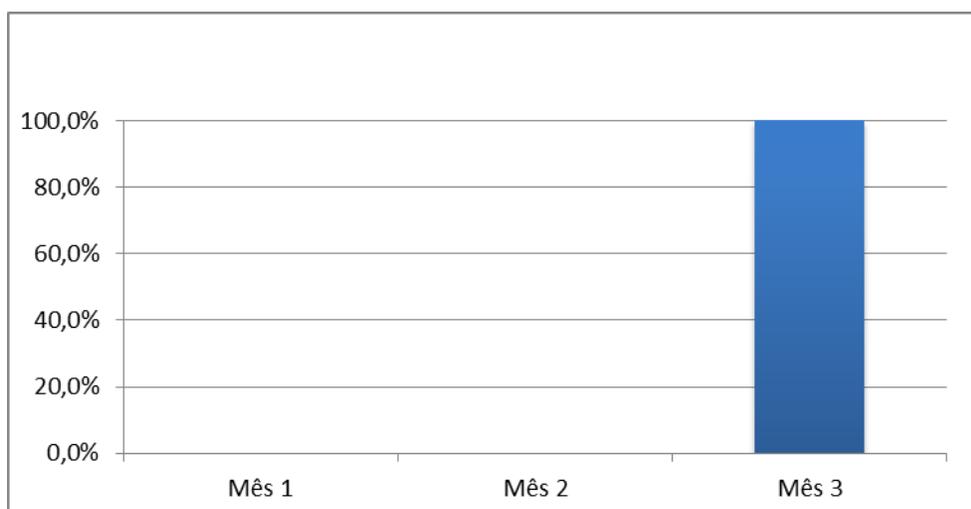


Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso. São Pedro do Sul, RS, 2014.

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

Indicador: Número de crianças entre 0 e 72 meses que tiveram carteira de vacinação completa conforme a idade entre o total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Várias crianças foram detectadas com atraso vacinal ao longo da intervenção durante as consultas de puericultura das crianças entre 0 e 72 meses. Quando possível, a vacina foi realizada na mesma ocasião e, quando não foi possível, já foi orientado o responsável a comparecer com a criança na unidade em dia certo, sendo sujeito à busca ativa caso isso não ocorresse. Ao fim dos 3 meses de intervenção, 100% (162) das crianças cadastradas tiveram carteira vacinal completa: 60 crianças no primeiro mês, 102 no segundo e 162 crianças no terceiro mês de intervenção.

A principal ação em relação a esta meta foi o monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, deixando separadas as fichas-espelho das crianças inseridas no programa, a fim de organizar monitoração das em atraso vacinal.

No início, houve certa dificuldade na organização das fichas-espelho dentro da unidade, de forma que possibilitasse revisão mais fácil das fichas, o que foi solucionado quando adquirimos pastas com divisórias em ordem alfabética e quando foi sistematizada tal revisão.

Meta: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Número de crianças entre 0 e 72 meses que tiveram avaliação do desenvolvimento entre o total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Assim, como na meta de monitoração do crescimento, não havia dados sobre a porcentagem de crianças com desenvolvimento avaliado. Dentre as crianças cadastradas no projeto de intervenção, 100% (162 crianças) tiveram tal avaliação durante toda a intervenção.

Penso que a principal ação para a melhoria dessa avaliação tenha sido o compartilhamento com os pais e/ou responsáveis das condutas e as habilidades

esperadas em cada faixa etária da criança, durante as consultas de puericultura para que pudessem exercer o controle social.

A dificuldade nesta avaliação ocorreu apenas no início da intervenção, quando ainda não havia sido impresso um gráfico para cada criança, a fim de controle do desenvolvimento neuropsicomotor.

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

Indicador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro entre o número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A suplementação de ferro foi um dos aspectos que mais tornou evidente a necessidade de abrangência e melhoria da atenção da saúde das crianças na unidade. A grande maioria das crianças entre 6 e 24 meses que foram inseridas na intervenção não faziam suplementação do mineral, sendo que muitas já estavam perto de completar os 24 meses. As mães e responsáveis não sabiam da necessidade de suplementação e diziam que as crianças eram levadas a algum serviço de saúde apenas quando afecções agudas, nunca para profilaxia de doenças e promoção da saúde.

Por isso, a principal ação promovida em relação a esta meta, além de iniciar a suplementação de ferro, foi a orientação aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro através de explicação, durante o atendimento de puericultura pelo médico, sobre o risco de anemia ferropriva na faixa etária entre 6 e 24 meses caso não houvesse reposição de ferro adequadamente.

A dificuldade encontrada nesta meta foi a necessidade de suplementação de ferro não mais profilática, mas terapêutica para alguns usuários, que já apresentavam anemia ferropriva.

Durante a intervenção, porém, 100% das crianças cadastradas entre 6 e 24 meses (43 crianças), receberam suplementação de ferro conforme indicação do Ministério da Saúde.

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

Indicador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas entre o número de crianças faltosas ao programa.

No total, 11 crianças faltaram à consulta agendada, sendo inseridos na planilha apenas após busca ativa e comparecimento à consulta de puericultura e avaliação na UBS. Foram duas faltosas no primeiro mês, três no segundo e seis no terceiro mês de intervenção. Assim, finalizando os 3 meses de intervenção, para 100% das crianças faltosas (11 crianças) foi realizada busca ativa, havendo comparecimento após esta na unidade.

A principal ação que gerou abrangência de 100% das crianças faltosas (11 crianças) associou-se à orientação das agentes comunitárias de saúde para buscar crianças faltosas e a organização da agenda da unidade para acolher as crianças provenientes das buscas. O reconhecimento das crianças faltosas e suas respectivas ACS foi feito através da revisão das fichas-espelho semanalmente pela médica em seus registros a fim de orientar busca ativa com data de retorno agendada.

A dificuldade quanto a essa meta seria a falta de crianças pertencentes a micro-áreas descobertas por ACS, o que felizmente não ocorreu.

Meta: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança das crianças que consultam no serviço;

Indicador: Número de fichas-espelho com registro atualizado entre o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A principal ação em relação a esta meta foi a confecção de fichas-espelho para cada criança, o armazenamento em pasta organizada e o monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, a fim de identificação de atrasos vacinais ou usuários faltosos.

No início, houve certa dificuldade na organização das fichas espelho dentro da unidade, de forma que possibilitasse revisão mais fácil das fichas, o que foi solucionado

quando adquirimos pastas com divisórias em ordem alfabética e quando foi sistematizada tal revisão.

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

Indicador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco entre o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Na área da abrangência da unidade há algumas crianças em situação de risco, as quais foram monitorizadas mais cuidadosa e frequentemente na unidade. Há crianças adotadas legal e ilegalmente, há crianças que vivem longe dos irmãos mais velhos, visto que eles estão em abrigo por maus tratos, há criança que aparenta ser negligenciada, entro outros casos.

Ao longo da intervenção, todas as crianças sempre tiveram avaliação quanto a situação de risco, mantendo porcentual de 100%, sendo, no primeiro mês 60 crianças (100%), no segundo, 102 (100%) e 162 crianças no terceiro mês (100%).

As principais ações que possibilitaram isso foram: a prioridade no atendimento das crianças de alto risco, identificação na ficha espelho das crianças de alto risco, instituição de menor período entre as consultas às crianças em situação de risco e da geração de tópico na ficha-espelho identificando a presença ou não de situação de risco e a especificação de tal situação, também pela médica. As ACS contribuíram bastante para a identificação destas crianças, principalmente através das visitas domiciliares.

A maior dificuldade na avaliação de risco da criança por muitas vezes é a dissimulação do responsável que leva a criança na unidade, o que pode enganar a equipe na avaliação da criança.

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

Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária entre o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Durante os 3 meses de intervenção orientações nutricionais foram inúmeras vezes repetidas, adequadas conforme cada faixa etária. 100% (162) das crianças cadastradas receberam orientações nutricionais, assim como seus responsáveis, sendo, no primeiro mês 60 crianças (100%), no segundo, 102 (100%) e 162 crianças no terceiro mês (100%).

A principal ação em relação a esta meta foi a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança através da promoção de palestras, sendo divididos os assuntos entre toda a equipe e cada um ministrando uma palestra referente ao assunto durante as reuniões de equipe semanais.

A maior dificuldade em relação a orientações nutricionais às crianças, é que muitas mães preferem dar algum alimento não nutritivo já que relatam ser o único alimento que o usuário aceita. Muitas vezes o comportamento dos pais gera tal comportamento dos filhos, que percebem que não precisam comer comidas nutritivas caso se neguem a comer.

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

Indicador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária entre o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Todas as crianças cadastradas (162) e seus responsáveis receberam orientações sobre higiene e saúde bucal, sendo, no primeiro mês 60 crianças (100%), no segundo, 102 (100%) e 162 crianças no terceiro mês (100%), tanto nas consultas médicas de puericultura, quanto pelas ACS durante as visitas domiciliares e equipe de enfermagem durante as triagens.

Ação importante para tal meta foi o esclarecimento da comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos, realizado por toda a equipe. A maior dificuldade nesta meta foi a ideia extremamente errônea dos responsáveis de que os

dentes decíduos serão mesmo substituídos, não necessitando incômodo com higiene bucal enquanto não houver dentes permanentes.

4.2 Discussão

A intervenção na ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul gerou aumento da cobertura da atenção a saúde das crianças adstritas à unidade entre 0 e 72 meses de idade em relação à estimativa anterior de cobertura, visto que não havia dados sobre atenção integral à saúde da criança. Ainda, a intervenção propiciou qualificação de tal atenção por toda a equipe da unidade, principalmente pela capacitação dos profissionais e pela sistematização do atendimento às crianças, evitando esquecimento de avaliações e orientações necessárias à integralização da saúde da criança.

A equipe necessitou capacitar-se a ao longo da intervenção de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde sobre saúde da criança, sobre nutrição por faixa etária, anormalidades no crescimento e desenvolvimento, suplementação de ferro, entre outros itens. Tal trabalho foi promovido pela médica e enfermeira, que distribuíram assuntos entre a equipe, a fim de haver aprendizado compartilhado dos assuntos.

As ACS foram capacitadas a avaliar situações de risco durante as visitas domiciliares, além de conferência de aprazamento na carteira vacinal das crianças da próxima vacina, caso existisse. A recepcionista foi encarregada de identificar crianças de 0 a 72 meses que comparecessem à unidade por qualquer motivo aleatório, que ainda não fosse cadastrada, a fim de já agendar consulta de puericultura e de inserir no projeto tal criança.

A técnica de enfermagem foi capacitada a aferir peso e comprimento/altura de forma exata, visto a importância das medidas ideais quando se trata de crianças, também foi capacitada a preencher as curvas de crescimento e avaliar adequação ou não do crescimento da criança. A enfermeira identificava crianças que iam à unidade somente para vacinação e já cadastrava e agendava consulta rotineira. Também era papel da enfermeira a organização de assuntos a serem discutidos nas reuniões de equipe a respeito da intervenção. Eu, como médica da unidade, fiquei responsável pelos atendimentos clínicos, avaliação global da saúde, orientações gerais de nutrição,

higiene oral, prevenção de acidentes, além de instituição de tratamento de patologias detectadas, instituição de terapias profiláticas, como suplementação de ferro, entre outras funções.

A intervenção possibilitou ganho de conhecimento de toda a equipe, cada profissional atuando em algum aspecto da promoção da saúde da criança. A agenda da unidade foi modificada com a intervenção, sendo as quintas-feiras reservadas ao atendimento a crianças entre 0 e 72 meses, tanto primeiras consultas e cadastramentos de crianças no projeto, quanto retornos, estabelecidos conforme protocolo do Ministério da Saúde, conforme presença de alteração na avaliação da criança ou situação de risco.

Previamente à intervenção, a atenção à saúde da criança na unidade era exclusivamente curativa, sendo que as crianças, com raras exceções, eram levadas à UBS apenas quando em estado de doença aguda. A grande maioria das crianças não fazia suplementação de ferro entre 6 e 24 meses, muitas estavam em atraso vacinal, com excesso de peso, sem avaliação do desenvolvimento, com alimentação inadequada para a faixa etária, sem receber orientações de higiene bucal e de prevenção de acidentes, entre outros aspectos.

Ao longo da intervenção, além de mais crianças serem cobertas por atenção à saúde, houve mais qualidade no atendimento das mesmas. Sistematizou-se, através da ficha espelho, o atendimento na unidade, de forma a nenhum aspecto da avaliação global da saúde da criança ser esquecido.

A população, especialmente mães, pais, avós, responsáveis pelas crianças, estão satisfeitos com a implementação de tal atenção na unidade, por gerar maior confiança na unidade e por gerar menos episódios de afecções agudas graves, pelas orientações. Muitas vezes os retornos são solicitados mais brevemente do que a orientação pelo Ministério da Saúde, mas cada caso é avaliado isoladamente quanto a necessidade de antecipação do retorno.

Apesar do aumento da cobertura de crianças entre 0 e 72 meses, ainda há quase 30% de crianças residentes na área adstrita à unidade que não estão abrangidas pela intervenção. Essas crianças residem nas 2 micro-áreas sem ACS no momento (e já algum tempo...); algumas destas porém, fazem acompanhamento da saúde por via

particular, com pediatra. Tal cobertura deve melhorar no futuro, ao manter a intervenção, visto que foi aberto concurso para ACS na área do nosso ESF, apesar de haver 2 micro-áreas descobertas e ter aberto edital para apenas 1 ACS.

Se fosse iniciar a intervenção agora, eu teria mais facilidade, pois sistematizaria o agendamento de retornos dos usuários desde o início, o que eu fui fazer apenas no segundo mês. Desde que passei a fornecer data de retorno para o usuário no dia da consulta médica, foi muito mais cômodo para todos, visto que antes eu tinha que revisar as datas de retorno dos usuários e solicitar às ACS a entregarem as datas de retorno nas casas das crianças. Penso que não modificaria muitas coisas na intervenção se iniciasse agora.

Durante toda a intervenção, a equipe esteve integrada, em apoio ao projeto, considerando positiva a modificação da assistência à saúde da criança. Tenho certeza que a intervenção será incorporada no funcionamento da unidade, devido a aceitação da população, solicitação dos responsáveis pelas crianças, detecção de alterações passíveis de correção ao longo da intervenção e mesmo porque os três meses de intervenção acabaram, mas seguimos fornecendo a mesma atenção à saúde da criança entre 0 e 72 meses na unidade, com planos de não cessar.

O próximo passo, quando a nova ACS for finalmente contratada, será cadastrar as crianças residentes da micro-área adstrita à unidade previamente descoberta por ACS.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Entre os meses de junho e agosto de 2014 foi colocado em prática projeto de intervenção em Saúde da Criança na ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul, gerado através da Especialização em Saúde da Família – EaD – UFPEL. O projeto tratou da melhoria da atenção à saúde das crianças entre 0 e 72 meses de idade na área adstrita à unidade, composta por 230 crianças na faixa etária referida, sendo que destas, 162 crianças foram inseridas no projeto de intervenção, alcançando cobertura de 70,4% ao final da mesma.

Antes de o projeto ser implantado, a cobertura de atenção à saúde de crianças entre 0 e 72 meses não podia ser estimada, assim como os indicadores de qualidade

em tal população. Ao fim do primeiro mês de intervenção, cadastramos 60 crianças (26,1%) no projeto; ao final do segundo mês, já tínhamos cobertura de 112 crianças (48,7%), chegando, enfim, ao terceiro mês com cobertura de 162 crianças (70,4%) e, assim, atingindo a meta de 70% estipulada no projeto.

A compreensão e possibilidade de modificação da agenda da unidade, pela gestão da saúde do município, foi essencial para desenvolvermos as atividades de puericultura na unidade e, assim, obtenção de melhoria na atenção da saúde das crianças. A maior dificuldade na obtenção da meta de cobertura proposta foi a falta de agentes comunitárias de saúde, deixando duas micro-áreas abrangidas pela unidade descobertas, impossibilitando o cadastramento das crianças residentes em tal território.

Antes deste projeto de intervenção, as crianças não tinham consultas de rotina, sendo impossível estimar a quantidade de crianças entre 0 e 72 meses que previamente frequentavam a UBS e que tinham seu crescimento avaliado, visto que na maioria das vezes em que procuravam o serviço de saúde era de forma urgente, por patologia aguda, em que geralmente se foca apenas no estado da doença atual.

Ao longo dos 3 meses de intervenção, todas as crianças cadastradas (162) tiveram avaliação de seu crescimento, constatando presença de déficit ponderal em 1 criança e excesso de peso em 11. Todas tiveram avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, sendo diagnosticadas 2 com atraso na linguagem. Todas as crianças com idade entre 6 e 24 meses (43) passaram a receber suplementação profilática de ferro, conforme orientação do Ministério da Saúde, sendo bastante importante a dispensação de tal medicamento pela Farmácia Básica do município. No total, 11 crianças faltaram à consulta agendada, sendo realizada busca ativa pelas ACSs com reagendamento da consulta de puericultura.

Várias crianças foram detectadas com atraso vacinal, sendo a vacina realizada na mesma ocasião quando possível ou orientado o responsável a comparecer com a criança na unidade em dia exato, quando não fosse possível realizar no mesmo dia, sendo sujeito a busca ativa caso isso não ocorresse. Ao fim dos 3 meses de intervenção, 100% (162) das crianças cadastradas tiveram carteira vacinal completa, assim como registro em ficha espelho completo. Todas as crianças (162) tiveram avaliação quanto a situação de risco e, quando identificadas em tal situação, foram

monitorizadas mais cuidadosa e frequentemente na unidade, assim como, receberam orientações nutricionais conforme a faixa etária e orientações de higiene e saúde bucal.

Assim, ao longo dos 3 meses de intervenção objetivando a melhoria da atenção à saúde da criança na ESF Olavio Rosa, obteve-se indicador de cobertura de 70,4% das crianças entre 0 e 72 meses abrangidas pela área da unidade, e indicador de qualidade de 100% em todos os aspectos avaliados, citados anteriormente. Tanto as crianças quanto a comunidade se beneficiaram da intervenção, visto a melhor qualidade de vida desde a infância, desprezando condições patológicas evitáveis a que as crianças estão ou futuramente estariam expostas.

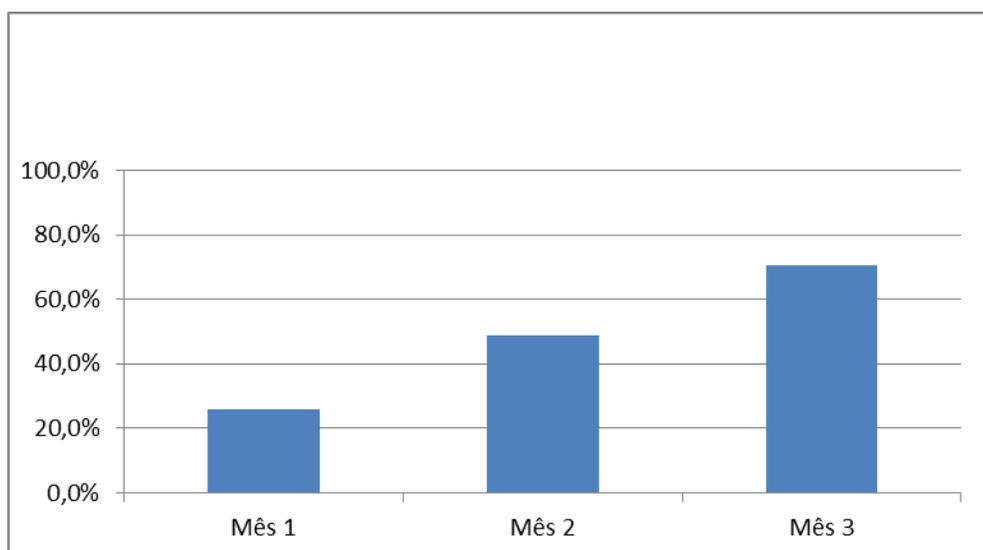


Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade. São Pedro do Sul, RS, 2014.

4.4 Relatório para Comunidade

Entre os meses de junho e agosto de 2014 foi colocado em prática, pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) 2 de São Pedro do Sul, projeto de intervenção em Saúde da Criança nesta unidade, gerado através da Especialização em Saúde da Família – Ensino à Distância – Universidade Federal de Pelotas, sendo aluna a médica da unidade: Natália Bolson Dotto. O projeto tratou da melhoria da atenção à saúde das

crianças entre 0 e 72 meses de idade na área adstrita à unidade, composta por 230 crianças na faixa etária referida, sendo que destas, 162 crianças foram inseridas no projeto de intervenção, alcançando cobertura de 70,4% ao final da mesma.

Antes de o projeto ser implantado, a cobertura de atenção à saúde de crianças entre 0 e 72 meses não era conhecida estimada e as consultas eram geralmente realizadas em situações de doenças, não sendo avaliados os indicadores de qualidade avaliados no projeto: crescimento e desenvolvimento, carteira vacinal, situação de risco, avaliação nutricional e de higiene bucal.

A compreensão da comunidade pela modificação da agenda da unidade, estabelecendo-se atendimento exclusivo de crianças entre 0 e 72 meses às quintas-feiras pelas manhã e atendimento não exclusivo às quintas-feiras à tarde foi essencial para atingirmos 162 crianças dentre as 230 da comunidade e para ter melhoria na saúde dessa população, através dos indicadores de qualidade avaliados.

Antes deste projeto de intervenção, as crianças não tinham consultas de rotina, sendo impossível estimar a quantidade de crianças entre 0 e 72 meses que previamente frequentavam a UBS e que tinham seu crescimento avaliado, visto que na maioria das vezes em que procuravam o serviço de saúde era de forma urgente, por doença aguda, em que geralmente se foca apenas no estado da doença atual.

Ao longo dos 3 meses de intervenção, todas as crianças cadastradas (162) tiveram avaliação de seu crescimento, constatando presença de baixo peso em 1 criança e excesso de peso em 11. Todas tiveram avaliação do desenvolvimento, sendo identificadas 2 com atraso na linguagem. Todas as crianças com idade entre 6 e 24 meses (43) passaram a receber suplementação de ferro, conforme orientação do Ministério da Saúde, para prevenir anemia nessa idade. No total, 11 crianças faltaram à consulta agendada, sendo realizada busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde com reagendamento da consulta de puericultura.

Várias crianças foram detectadas com atraso vacinal; quando possível, a vacina foi realizada na mesma ocasião e, quando não foi possível, foi orientado ao responsável comparecer com a criança na unidade em dia certo, sendo sujeito a busca ativa caso isso não ocorresse. Ao fim dos 3 meses de intervenção, 100% (162) das crianças cadastradas tiveram carteira vacinal completa, assim como registro em ficha espelho

completo. Todas as crianças (162) tiveram avaliação quanto a situação de risco e, quando identificadas em tal situação, foram monitorizadas mais cuidadosa e frequentemente na unidade, assim como receberam orientações nutricionais conforme a faixa etária e orientações de higiene e saúde bucal.

Assim, ao longo dos 3 meses de intervenção objetivando a melhoria da atenção à saúde da criança na ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul, obteve-se indicador de cobertura de 70,4% das crianças entre 0 e 72 meses abrangidas pela área da unidade, e indicador de qualidade de 100% em todos os aspectos avaliados, citados anteriormente. Tanto as crianças quanto a comunidade se beneficiaram da intervenção, visto a melhor qualidade de vida desde a infância, desprezando condições de doença evitáveis a que as crianças estão ou futuramente estariam expostas.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao longo do período de Especialização em Saúde da Família, penso ter adquirido aprendizado em muitos aspectos. Em princípio, tinha expectativa de fazer alguma modificação no sistema de funcionamento da minha unidade, porém achei que não envolveria toda a equipe, como foi orientado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família. Pensava que as intervenções ocorressem principalmente durante o atendimento médico, uma das minhas funções e capacitações. Entretanto, no decorrer do curso, percebi a necessidade de envolver toda a equipe na intervenção a fim de que se obtenha mesmo sucesso em qualquer mudança a ser realizada em uma unidade de saúde.

Ao longo deste processo de aprendizagem, percebi a importância da integração da equipe em qualquer intervenção a ser realizada em prol da comunidade adstrita a uma unidade de saúde. O papel de cada profissional de uma equipe de saúde é essencial para que ocorra adesão das pessoas à unidade e à intervenção, além de qualificação da atenção à saúde desta comunidade. Quando iniciei a especialização, pensei que faria a intervenção sempre sozinha, mas percebi que isto nem seria possível, após as orientações fornecidas e a formulação do projeto de intervenção.

Passei também a considerar ainda mais importante a sistematização de todo o processo de trabalho, tanto ao fazer as tarefas semanais da especialização, que, às vezes sem perceber, gerariam o projeto de intervenção, quanto na intervenção prática na unidade de saúde, aprimorando a atenção à saúde dos usuários.

Ao refletir sobre a clínica em si, toda a equipe se qualificou em relação a saúde da criança, sendo as informações adequadas para cada atuação profissional. Eu tive que estudar sobre aspectos de saúde da criança, quesitos de profilaxia e prevenção, e também sobre aspectos de doença. Sempre tive humildade em pesquisar sobre aspectos clínicos que eu não tinha domínio, estudando o caso, antes de fornecer conduta duvidosa.

Através da intervenção, penso que um dos maiores aprendizados tenha sido a própria relação com a comunidade, durante as consultas. As diversas dúvidas, principalmente questionadas pelas mães das crianças, trouxeram à tona as crenças e a realidade daquela comunidade; evidenciaram o que necessitava urgentemente ser desmistificado e as informações que precisavam ser inclusas na vida daquela comunidade para crescimento saudável das crianças. A aceitação da comunidade em relação à intervenção em saúde da criança também trouxe aprendizado, principalmente porque percebi que as pessoas inicialmente não entendiam o porquê de haver tais consultas de puericultura, adquirindo confiança no trabalho da equipe ao longo da intervenção e cada vez mais adesão e interesse na data de retorno da criança à avaliação na unidade.

Apesar de ser trabalhoso formular um projeto e intervir em uma parcela da comunidade, sem deixar de lado o “restante” da população, a Especialização em Saúde da Família gerou e ainda vem gerando muita melhoria na atenção à saúde da comunidade adstrita à ESF Olavio Rosa de São Pedro do Sul e, principalmente, muito crescimento pessoal e profissional para mim e para toda a equipe com quem trabalho. Confesso que não pensei que o curso fosse interferir tanto, e de forma positiva, na minha maneira de avaliar a unidade, suas deficiências, o que pode ser feito para melhorá-las e como isso pode ser feito.

Referências

- BIRD, H.R.; DUARTE, C.S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, Vol.24 no.4, Outubro 2002.
- BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos**, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Criança. **Caderno de Atenção Básica** nº 33, Brasília, 2012.
- MONTEIRO, C.A. A queda da desnutrição infantil no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol.25 no.5, Maio 2009.
- SCOCHI, C.G.S. Saúde Infantil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.6 no.5, Dezembro 1998.

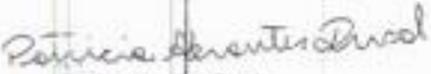
Anexos

Anexo A – Ficha-Espelho

Nome:	
Nome da mãe:	
Data de nascimento:	Local de nascimento:
Peso ao nascer:	Estatura ao nascer:
Perímetro cefálico:	Tipagem sanguínea:
APGAR 1° min:	APGAR 5° min:
Intercorrências:	
TAN:	Teste do coraçãozinho:
Teste do pezinho:	Reflexo vermelho:

Data							
Idade							
Peso							
Estatura							
Perímetro Cefálico							
Crescimento							
DNPM							
S. Ferroso							
Vacinas							
Situação de Risco							
Orientação nutricional							
Orientação higiene bucal							
Data da próxima consulta							

Anexo C – Documento do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Irmã Srª Profª Ana Cláudia Gestal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

Apêndice

