

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Turma VI**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na  
UBS Beira Mar, Luís Correia/PI.**

**Hudson Oliveira Silva**

**Pelotas - 2015**

**Hudson Oliveira Silva**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses, na  
UBS Beira Mar, Luís Correia/PI.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas - 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

S586m Silva, Hudson Oliveira

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Beira Mar, Luís Correia/PI / Hudson Oliveira Silva; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho a Deus e a minha família, pois eles são à base da minha vida.

## **Agradecimentos**

Dedico este trabalho à minha mãe, que sempre foi meu alicerce;

A meu pai, que sempre me deu força e alegria;

À Rosário, minha segunda mãe que sempre me agrada;

À professora Luzane que foi uma excelente orientadora me guiando diante de todo o ano de estudo e trabalho.

A todos os integrantes da minha equipe da unidade de saúde que me acolheram de braços abertos e me ajudaram durante todo o meu trabalho.

## Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	66
Figura 2. Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	67
Figura 3. Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	68
Figura 4. Gráfico da Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	68
Figura 5. Gráfico da Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	69
Figura 6. Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	70
Figura 7. Gráfico da proporção de crianças com triagem auditiva.....	71
Figura 8. Gráfico da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.....	71
Figura 9. Gráfico da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.....	72
Figura 10. Gráfico da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.....	73
Figura 11. Gráfico da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.....	73
Figura 12. Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado.....	74
Figura 13. Gráfico da proporção de crianças com avaliação de risco.....	74
Figura 14. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	75
Figura 15. Gráfico do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	76

Figura 16. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	76
Figura 17. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	77
Figura 18. Gráfico da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.....	78
Figura 19. Gráfico da proporção de crianças com tratamento dentário concluído.....	79
Figura 20. Gráfico da proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.....	80
Figura 21. Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado.....	81
Figura 22. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.....	81
Figura 23. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre dieta.....	82
Figura 24. Gráfico da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.....	82
Figura 25. Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	88
Figura 26. Gráfico da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.....	88
Figura 27. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	89
Figura 28. Gráfico da proporção de crianças com tratamento dentário concluído.....	90
Figura 29. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.....	90

## **Lista de Abreviaturas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CD- Cirurgião- dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DM - Diabetes Mellitus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica

TC - tratamento concluído

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SB- Saúde Bucal

SUS - Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação.....	11
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas.....	27
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	30
2.3.2 Indicadores.....	47
2.3.3 Logística.....	54
2.3.4 Cronograma.....	59
3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO.....	61
3.1 Ações previstas e realizadas.....	61
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço de saúde.....	64
4. AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO.....	66
4.1 Resultados.....	66
4.2 Discussão.....	83
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	86
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	92
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	95
6. BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	99

## Resumo

SILVA, Hudson Oliveira. **Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Beira Mar, Luís Correia/PI.** 2015. 104f. Trabalho acadêmico (Especialização)- Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A atenção básica consiste na porta de entrada da assistência à saúde da família, para tanto presta serviços em diversas áreas, como medicina, enfermagem, odontologia, além contar com o apoio do núcleo de atenção à saúde da família. Durante um ano desenvolvi atividades através da Universidade Federal de Pelotas, na qual foi criado um projeto com duração de um ano que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses na UBS Beira Mar no município de Luís Correia/PI. Na coleta de dados foram utilizadas fichas espelho e planilhas disponibilizadas pela especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. O universo da pesquisa incluiu crianças de 0 a 72 meses que forem pertencentes à área adscrita da unidade básica de saúde Beira Mar. Como cirurgião-dentista desenvolvi o projeto com o auxílio dos demais profissionais da unidade no qual escolheram o tema para aumentar a cobertura da puericultura que era de apenas 30%, em uma população de aproximadamente 145 crianças de 0 a 72 meses estimado de acordo com o número de habitantes da comunidade adscrita a unidade, sendo que antes do projeto não havia uma puericultura sistematizada. As ações da intervenção se estenderam durante três meses para todos os profissionais, tanto na parte da medicina e enfermagem como na de saúde bucal. Tivemos bons resultados onde as principais metas destacadas foram a porcentagem das crianças assistidas durante os três meses de intervenção do projeto obteve mais de 60%. Quanto ao resultado de crianças vacinadas em dia alcançou uma porcentagem de 95,6%. As mães que receberam orientações nutricionais obtiveram 97,1%. Quanto aos resultados de saúde bucal as crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programada foi de 100%. Destes pacientes chegou-se a 91,2 % de tratamento concluído. A proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal foi de 97,1%. Nota-se o ganho significativo de qualidade na unidade depois do projeto de intervenção. Uma dificuldade que obtivemos durante a mesma foi a busca dos pacientes faltosos, pois apesar de também conseguirmos um bom índice, mas infelizmente não contávamos com a presença diária dos agentes comunitários, sendo que a busca se realizava somente na visitas domiciliares. O desenvolvimento do projeto além das metas alcançadas e uma maior procura para o atendimento infantil, culminou no elo de uma maior integração da equipe. A unidade deve continuar com a ideia do projeto, pois tanto os profissionais como os usuários ganharam com o trabalho em equipe e organizado voltado para a atenção à saúde da criança. Ao longo do ano de trabalho e estudo, posso agora dizer que me sinto muito mais seguro e confiante para prosseguir minha vida profissional e levarei boas recordações da atividades vivenciadas na unidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

## **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 das crianças de 0 a 72 meses da Unidade de Saúde Beira-Mar do município de Luís Correia (PI) desenvolvido pelo cirurgião-dentista Hudson Oliveira Silva. O volume está organizado em cinco capítulos 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 março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro 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**

A equipe de saúde da família onde estou trabalhando como cirurgião-dentista (CD) funciona em uma casa localizada no central da cidade, por isso a demanda da área é muito intensa. A unidade conta com uma sala para o médico, uma para a enfermeira e a técnica de enfermagem, onde na mesma funciona a sala de vacina, o consultório odontológico, a sala de recepção e o banheiro. A unidade em questão consegue suprir a demanda local, mas confesso que poderia ser melhor estruturada, com relação ao consultório odontológico que trabalho, apresenta grande parte dos instrumentais necessários, agora em se tratando de materiais de consumo, deixa a desejar, porém estou aos poucos conseguindo estes materiais, assim espero que este ano na unidade, eu consiga estruturar o meu setor com todos os aparatos necessários.

Estou aos poucos me engajando com os demais profissionais, as atividades desta semana estão proporcionando isto, pois tive que fazer a entrevista para poder responder ao questionário. Passado um mês de trabalho, estou me tornando conhecido na comunidade, fiquei muito feliz, outro dia quando uma usuária foi com sua tia, a mesma tinha atendido no dia anterior, quando estava fazendo a anamnese a usuária respondeu que tinha vindo por indicação de sua tia que tinha gostado do serviço prestado, naquele momento me senti motivado com meu trabalho no serviço público.

A equipe da unidade básica de saúde (UBS) parece ser muito competente e unida, pude comprovar quando precisei me informar com a enfermeira sobre as gestantes, pois a UBS aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ), tenho que cumprir algumas determinações que o programa exige então a enfermeira foi muito acolhedora em me fornecer às informações e me ajudou a agendar um dia específico de atendimento as gestantes.

Outro tópico que facilitou minha vida na unidade de saúde da família (USF) foi o fato do auxiliar do consultório odontológico que trabalho ser experiente,

conhecendo todos os direitos e deveres que o dentista da atenção primária deve cumprir, desta forma me ajuda a elaborar o cronograma mensal e a me adequar mais facilmente a realidade de um cirurgião-dentista.

Resumindo a situação da USF onde trabalho, com relação à equipe de profissionais, é unida e consegue atender a demanda da comunidade, porém a estrutura e os materiais de consumo da unidade ainda precisarão ser ampliados para que se possa melhorar a qualidade e a quantidade dos atendimentos da equipe de saúde da família onde atuo.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Luís Correia está localizado no Norte do Estado do Piauí, banhado pelo oceano Atlântico, uma cidade com grande potencial turístico, com uma população local de 29.252 habitantes segundo o censo do IBGE de 2013 e área de abrangência de 1077,3 Km.

O município possui 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) com 15 Equipes de Saúde da Família (ESF) funcionando em cada UBS. Possui uma equipe do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) que presta atendimento em cada unidade uma vez por semana com a assistência dos profissionais: fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, educador físico e psicólogo.

A unidade que trabalhei é composta de uma equipe, esta é chamada Beira-Mar, devido o fato de ser a UBS mais próxima ao mar.

O município possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), contando com as especialidades de cirurgia, endodontia, pacientes especiais, periodontia e prótese, com isto a parte de odontologia consegue propor um serviço de qualidade a população. Há também um Centro de Especialidades Médicas, onde os problemas que não foram sanados pela atenção básica são encaminhados à atenção secundária, e esta ou mesmo a atenção primária disponibiliza muitos exames complementares de saúde, como exames de sangue, biópsias, ultrassonografias, radiografias, ressonâncias, tomografias computadorizadas. Alguns destes exames não são feitos na cidade, há uma parceria com laboratórios e clínicas na cidade vizinha que é Parnaíba, mas eles possuem a cobertura do SUS com assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Luís Correia. Na cidade também há um hospital municipal para o atendimento das urgências ou casos mais graves que

precisam remanejar para a capital do estado, para isto também ocorre à disponibilidade de ambulâncias para estes pacientes com risco de vida.

A UBS funciona no centro da cidade, possui uma excessiva demanda de usuários, mas que apesar da demanda, essa equipe consegue suprir a necessidade local. O modelo de atenção é o de Equipe de Saúde da Família, e conta com os profissionais: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de consultório odontológico, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais, além da presente assistência da equipe do NASF. A unidade não está vinculada a nenhuma instituição de ensino.

A unidade está alocada em uma casa que foi adaptada para se transformar em uma UBS, desta forma a localização para a população é bastante estratégica, pois além de ser em uma região central, fica próximo à rua principal da cidade com isto há a facilidade de locomoção dos usuários que dependem de transportes públicos.

O fato de ser uma unidade adaptada, e não construída para ser uma unidade, deixa a desejar em alguns aspectos como a falta de corrimões, uma rampa de acesso, pisos antiderrapantes e laváveis, paredes dos consultórios não laváveis e não possuem dentro dos mesmos banheiros, existir somente um banheiro em toda unidade, tanto para o uso dos profissionais como dos usuários, não possuir banheiro adaptado para deficientes, não apresentar uma sala de expurgo, a sala de curativo ficar na mesma sala de vacina e não haver uma sala de acolhimento do usuário.

Para compensar o aspecto da infraestrutura do local, utilizamos como estratégia de ao usuário chegar à recepção com algum problema agudo, a recepcionista tem o livre acesso para entrar de maneira imediata no consultório seja médico ou odontológico e falar sobre o problema, com isso o profissional o acolhe, e caso seja algo mais grave já o encaminha para a atenção secundária ou o pronto socorro municipal.

A marcação de consultas fica por conta da recepcionista, os usuários vão até a recepção e dão o nome para a mesma. A médica faz vinte consultas por dia, já eu dentista atendo dez. Das vinte vagas da médica 12 são para a livre demanda e 6 para o retorno e duas urgências. Dos dez atendidos na saúde bucal, quatro são para a livre demanda, quatro para o retorno e duas para urgência. Quanto a marcação para a enfermeira são marcados 15 usuários por dia, 8 demanda livre, 5 retornos e 2 urgências. Caso no dia tenha extrapolado as vagas, a recepcionista marca nas

vagas de retorno para o dia seguinte ou dependendo do caso os profissionais atendem ao usuário.

Sobre o consultório odontológico que trabalho, a sala é pequena e não possui paredes laváveis como deveria haver, apresenta a cadeira odontológica, dois armários, duas mesas pequenas e uma pia de lavar as mãos, deixando com pouco espaço para a movimentação do auxiliar de saúde bucal se movimentar na hora do trabalho.

Em relação às atribuições da equipe, os profissionais trabalham dentro dos padrões de uma equipe de saúde família, ou seja, presta assistência a todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos, gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos. A unidade trabalha com todos os itens avaliados durante a semana de análise situacional, com o acesso ao atendimento especializado e retaguarda hospitalar, atenção à demanda espontânea e acolhimento, puericultura, pré-natal, prevenção do câncer do colo de útero e de mama, hipertensão e diabetes, saúde do idoso e saúde bucal.

As atribuições que a equipe não consegue resolver estão limitadas a falta de medicamentos ou o atraso de exames complementares, isto voltado para área da medicina e enfermagem, e a falta de alguns materiais de consumo para o atendimento odontológico. Para isso ser resolvido há a constante e insistente presença dos profissionais cobrando a secretaria municipal ou em primeira instância aos coordenadores, com isto já percebi uma melhora em se tratando deste ponto no setor odontológico que comande.

O Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade é eficiente, pois apesar das limitações, consegue suprir a demanda da população local. Os profissionais são humanizados, muitas vezes quando chegam com problemas agudos ou urgências, estes usuários não saem da unidade sem o atendimento mesmo tendo preenchido as vagas diárias, estes são atendidos.

Quanto a realidade dos fármacos, como sou odontólogo da unidade, trabalhei mais com analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos. Estes tinham a grande maioria, como a amoxicilina, metronidazol, dipirona, paracetamol, ibuprofeno. Pude acompanhar por alguns pacientes cardíacos e diabéticos que atendia que a unidade fornecia remédio controlado das respectivas enfermidades. Atendendo a demanda da população.

A população adscrita da unidade é de 3500 habitantes, sendo 1950 mulheres e 1550 homens. Com relação à faixa etária, a população da área onde a unidade se situa, é bastante homogênea, tendo ainda maior frequência de habitantes na faixa etária menores de 12 anos. Ao se tratar do tamanho do serviço com relação à estrutura e a equipe, assim que cheguei à unidade, achava o fluxo de usuários enorme, pois nunca tinha trabalhado na atenção primária e não conhecia a realidade, hoje vejo que apesar da demanda ser grande, uma equipe é suficiente para atender a população local, pois todos os dias que chego a unidade há usuários para atender, e com o passar do tempo estou conseguindo realizar tratamentos concluídos.

A demanda espontânea é algo que sempre existirá, e na unidade não é uma situação diferente, trabalho com cinco demandas espontâneas por turno, além das vagas de urgências. O ponto positivo é todo dia existir uma facilidade da entrada da atenção primária, pois o usuário pode comparecer na unidade no dia que puder, pois muitos trabalham e vão somente ao dia de suas folgas, então isto dá a liberdade do usuário, pois se todas as vagas fossem por agendamento, seria no dia que existisse vaga, ocorrendo de muitos faltarem e a produtividade ser baixa por falta de usuários mesmo existindo uma demanda grande e necessitada. Isto ocorria antes de entrar na unidade, onde as vagas eram agendadas, havendo a falta dos mesmos. Ainda trabalho com o agendamento com um número mais reduzido, até porque uma de minhas metas é o tratamento concluído do maior número de usuários ao mês.

A principal dificuldade que ocorre com a demanda livre é que muitos usuários procuram a unidade só com um problema agudo específico, quando são acolhidos e resolvem seu problema, não retornam a unidade, isto prejudica o atendimento integral, pois o mesmo só retorna à unidade quando a doença se agrava e em alguns casos é necessário o encaminhamento à atenção secundária.

Uma ação realizada na unidade para minimizar esse problema é ao fazer o prontuário do usuário, além do cartão do SUS é exigido o endereço, com ele temos o contato direto dos agentes comunitários que vão saber o porquê do não retorno do paciente na UBS, assim viabiliza novamente o contato do usuário com a unidade. O manejo com o excesso da demanda está aos poucos sendo controlado, pois como trabalho com tratamento concluído, alguns dos que sempre compareciam à unidade, já estão sem nenhuma cárie ativa, sendo assim não comparecem mais a unidade, isto viabiliza a vaga de novos usuários.



Com relação à puericultura, a unidade realiza atendimento todos os dias tanto a parte de medicina e enfermagem como a odontologia, porém as crianças que são atendidas nestes dias enfrentam a fila da livre demanda, mas depois da intervenção há um dia específico ao grupo. No dia específico do atendimento a estes usuários, são marcadas através da recepcionista, dez crianças para o dentista, que no caso sou eu, vinte para a médica e quinze para a enfermeira.

A unidade fornece assistência tanto as crianças da área como as de fora de área, sendo que após a primeira consulta, a criança já sai da UBS com a próxima agendada. Esse agendamento permitia a busca ativa, pois no dia da consulta a recepcionista analisava qual das crianças que estavam agendadas e faltaram, este é o momento de ela anotar no livro específico dos usuários faltosos.

As ações oferecidas à saúde da criança na UBS são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia e violência, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança estão medianos, pois o que percebo às vezes uma falta de interesse das próprias mães em levarem seus filhos para consultas de rotina.

Um fato que acontece com muita frequência na área, é a criança nunca ter ido ao dentista e vai à primeira vez com sintomatologia dolorosa, isto torna uma situação traumática para a criança e dificulta o trabalho do cirurgião-dentista. Este fato não seria desta forma, se as mães tivessem o cuidado de levar seus filhos desde os primeiros meses apenas como prevenção, desta forma estou tentando educar a população local que o atendimento a criança é preventivo e não apenas curativo.

A unidade adotava um protocolo de atendimento de acordo com o Ministério da Saúde (MS), confesso que antes de ler o caderno de atenção a saúde da criança as atendia da mesma forma do adulto. Elaborei um protocolo de saúde bucal baseado no caderno de saúde da criança do ano de 2012 para maximizar meu atendimento odontológico e ajudar na saúde bucal da criança, como forma de registro específico, além do prontuário que criei para o paciente infantil, requisito a caderneta da criança em todo atendimento para que possa analisar algum problema sistêmico da criança que fora anteriormente relatado na caderneta.

As atividades de educação que realizei como CD se dão ao longo das consultas, pois conseguia analisar se estava havendo uma melhora na higiene bucal da criança, se não estava acontecendo, chamava a atenção do responsável dizendo que a unidade era para ações curativas, porém era também preventiva e demonstrava novamente no macro modelo como deveria ser a escovação dental. Na parte de medicina e enfermagem há a balança pediátrica, antropômetro, ficha métrica e cartão de vacina para ajudar no trabalho de acompanhamento e desenvolvimento das crianças.

Minha percepção era que a princípio a população “estranha” o profissional que se preocupava em dedicar parte do tempo da consulta para conversar com a criança e “chamar a atenção” do responsável para essa situação, mas pela melhora no serviço prestado a este grupo, penso que eles gostam da atitude e se mostram acolhedores a algumas “reclamações” do profissional quanto à conduta na mudança de tratamento da criança.

Esta forma de trabalho, eu desenvolvi baseado nas vivências de meus colegas de equipe nas reuniões onde expõem suas formas de trabalho, então a realidade que citei com a parte voltada a odontologia é feito pelo demais profissionais, sendo a médica e a enfermeira são as responsáveis pelos problemas sistêmicos que ocorrem com estas crianças, e acompanham o crescimento e desenvolvimento das mesmas.

Como a equipe é integrada, caso haja algum problema agudo que eu perceba durante meu atendimento odontológico, tenho a liberdade de encaminhar com certa urgência ao médico e o sentido inverso também ocorre. A dificuldade que tenho na unidade é a mesma da livre demanda, pois quando há o atendimento do problema agudo, alguns não retornam a unidade. Infelizmente não há um monitoramento regular das ações ofertadas na UBS, sendo que as ações ocorrem ou pela livre demanda ou pelos retornos que são marcados após a primeira consulta.

A unidade básica realiza o atendimento pré-natal quatro vezes por semana, sendo que nestes dias é feito em todos os turnos. O serviço é ofertado tanto para as gestantes da área como as fora de cobertura, na qual a mesma sai da unidade com a próxima consulta já agendada. As ações de atenção às gestantes ofertadas na UBS são: diagnósticos e tratamentos de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, controle do câncer do colo de útero e de mama, imunizações, planejamento

familiar, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal.

O fato de a unidade se localizar no centro da cidade faz com que a demanda de gestantes seja acentuada, com elas surgem diversos problemas agudos, estes são resolvidos com o encaixe diário em consultas extras por todos os profissionais, por se tratar de um grupo que merece atenção especial. Há um protocolo de atendimento do pré-natal que é seguido pelos profissionais da unidade. Depois do questionário, tomei a liberdade de separar um arquivo específico para o grupo especial, sendo que uma vez por mês monitoro minhas ações ao grupo, e dependendo do estado gestacional e do caso, marco visitas ao consultório até o tratamento concluído.

No setor odontológico que eu comando, há um dia específico para o atendimento exclusivo das gestantes, este é combinado com a enfermeira e os agentes comunitários para que possam dar o aviso as gestantes sobre o dia específico do atendimento. Um ponto negativo no processo de trabalho é a que a assistência do nutricionista do NASF não há uma ficha de atendimento nutricional, desta forma somente uma nutricionista na minha unidade para dar uma assistência de qualidade na alimentação das gestantes, fica comprometido, pois a profissional só presta serviço uma vez por semana e ainda tem que dar atenção aos demais grupos como aos dos diabéticos e hipertensos, sendo que o controle nutricional em grande parte fica por conta da enfermeira.

O ponto positivo que a unidade apresenta que depois de responder o questionário, debati na reunião de criar um arquivo específico ao grupo, isto ajuda em um atendimento de qualidade, sendo possível programar e agendar tanto ações curativas como preventivas das gestantes em um dia específico da semana voltado a sua assistência.

As prevenções do câncer de colo de útero e o controle do câncer de mama eram baseados na prevenção primária, na qual as pacientes que chegam à unidade com um problema agudo e a enfermeira ao analisar a usuária antes da consulta médica, orienta que assim que o problema agudo for resolvido à mesma retorne a unidade para realizar o exame citopatológico. Este atendimento é oferecido tanto às mulheres da área como as fora da área de cobertura seguindo um protocolo do Ministério da Saúde. As mulheres que comparecem à unidade para consultas de rotina são orientadas quanto à importância desses exames e a enfermeira com o

auxílio da técnica de enfermagem além de aproveitar o contato das pacientes com o médico, oferece orientações sobre o uso de preservativos e os malefícios do tabagismo.

Sobre o controle do câncer de mama, quando a mulher chegava à unidade com alguma queixa, o médico solicita a mamografia, onde é encaminhada a uma clínica conveniada da prefeitura para realização do exame, sendo que o rastreamento do câncer de mama é feito em quatro dias na unidade em todos os turnos. Esta detecção é realizada tanto em mulheres da área como as de fora de cobertura da unidade seguindo protocolo do MS.

Ao se explicar sobre os dois tópicos tanto o controle do câncer do colo de útero e de mama infelizmente a unidade ainda não apresenta um registro específico para os casos a não ser nos prontuários de modo geral a todos os demais pacientes da unidade.

Considero um ponto negativo o modo de monitoramento realizado de forma conturbada pela enfermeira que procura dentre as demais usuárias qual apresentou algum exame alterado e procura marcar o retorno da usuária, sendo que o principal controle é ao notar alguma alteração, é explicada a usuária que seu acompanhamento médico deve ser mais intensificado e neste momento já marca a consulta de retorno. Porém o fato de a unidade não apresentar muitos casos de alterações, restringindo um número pequeno de mulheres, permite um atendimento de qualidade, fato positivo para a mulher que é atendida na unidade. As ações de saúde na unidade são combinadas com a médica, a enfermeira, o odontólogo e os agentes comunitários que possam marcar um dia para dar uma palestra educativa sobre saúde a estas mulheres.

A unidade presta atendimento tanto aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto aos pacientes com Diabetes Mellitus (DM). Na UBS o atendimento aos adultos portadores das duas doenças crônicas ocorre quatro vezes por semana em todos os turnos, sendo que este serviço é ofertado tanto aos usuários da área como os de fora de área de cobertura da unidade. Todos saem da unidade com a próxima consulta já agendada.

Existe também a oferta do atendimento para os adultos com problemas agudos devido a HAS e DM quando ocorre um excesso da demanda diária são atendidos mesmo excedendo a capacidade. Há um protocolo de atendimento para ambos instituídos pelo Ministério da Saúde. O usuário que já está inserido no

acompanhamento do tratamento de HAS e DM, a toda consulta é aferida a pressão arterial, peso e circunferência abdominal.

Na unidade são realizadas orientações sobre os hábitos alimentares saudáveis, o controle do peso corporal, a prática regular de exercícios físicos e os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Estas orientações são fornecidas tanto aos usuários com hipertensão arterial sistêmica quanto ao diabetes mellitus. Na qual são desenvolvidas ações de imunizações, diagnósticos de problemas clínicos em geral e problemas de saúde bucal. Há também o diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo.

Um ponto positivo é o desenvolvimento do programa HIPERDIA, deste modo à unidade consegue um maior controle com prontuários específicos para os usuários destas doenças crônicas, pois aos usuários são fornecidas as orientações segundo o protocolo e explanadas as possíveis consequências se não seguirem as instruções recomendadas, além de haver uma assistência de forma programada. Apesar das advertências e a falta de condições financeiras torna difícil o acompanhamento de forma padrão ao atendimento destes usuários.

Outra questão negativa que ocorre é o fato destas doenças serem silenciosas, o usuário muitas vezes possui a enfermidade e não sabe que a tem desta forma só descobre em estados mais graves, e infelizmente devido à falta de orientações vão ao pronto-socorro recebem o atendimento de urgência e não tratam da causa.

Os usuários que são assistidos na UBS recebem remédios controlados e possuem consultas agendadas, sendo que ao começarem o cronograma de tratamento possuem uma boa adesão aos retornos. Um fato que ocorre também na unidade é o trabalho em equipe, um exemplo que posso explicar é o atendimento aos diabéticos e hipertensos, não faço nenhum procedimento odontológico invasivo, se os mesmos não me apresentarem os exames de glicemia em jejum e aferição da pressão arterial, respectivamente, caso haja alguma mudança, tomo a liberdade de encaminhar a médica e a mesma faz a contra referência quando possível o atendimento, desta forma viabiliza meu trabalho e a saúde do usuário.

Com relação à saúde do idoso, a unidade presta atendimento ao grupo de acordo com o protocolo instituído pelo Ministério da Saúde, para um maior controle sobre os mesmos, há a caderneta do idoso e a cada consulta os profissionais solicitam para anotarem cada procedimento realizado. Este atendimento ocorre

quatro dias da semana em todos os turnos tanto aos idosos da área como os de fora da UBS. Após a primeira consulta, o idoso já sai da unidade com a próxima consulta agendada. A demanda para o atendimento de problemas de saúde agudos é feita mesmo quando há um excesso desta demanda, a equipe atende mesmo com o excesso da capacidade diária.

As ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos são: imunizações, promoção de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, há também a promoção de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. As visitas domiciliares ocorrem em conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS), onde os agentes separam quais os idosos mais necessitados, este momento é em que conhecemos a realidade de como alguns vivem em situações precárias e o motivo de terem desencadeado determinadas enfermidades.

A falta de um arquivo específico para o registro do atendimento ao grupo ocasiona uma dificuldade no acompanhamento, caso isto existisse poderia haver um melhor controle dos idosos na unidade. Uma dificuldade com relação à cobertura da atenção a saúde dos idosos é o fato de muitos procurarem a unidade quando estão com algum problema agudo, logo após o desaparecimento do sintoma da doença, novamente perdem o contato com a unidade.

Outro ponto que favoreceria na atenção ao idoso é haver um profissional que se dedicasse na avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. Apesar de não haver um arquivo específico, a caderneta da pessoa idosa auxilia muito a intercomunicação com os demais profissionais.

Para tanto há uma comunicação direta dos profissionais na troca de informações dos idosos principalmente aqueles que sofrem de problemas sistêmicos como hipertensão e diabetes. A população idosa aceita a forma de trabalho e reconhece como a equipe os trata, para tanto são prioridades nas filas dos atendimentos e quando há atividades em grupo é um dos grupos que mais comparecem e se mostram dispostos a seguirem as atividades educativas.

O maior desafio que enfrento é tentar mudar a concepção da população que saúde deve ser cultivada todos os dias e não somente quando comparecem à unidade, tomam medicamentos, ou buscam o dentista para fazer uma restauração. Como cirurgião-dentista, eu atendo pacientes diabéticos e hipertensos, converso com eles sobre sua doença, seus hábitos de alimentação e sobre práticas de

atividades físicas. A todos os usuários oriento sobre a prática diária de higiene bucal, desta forma estou tentando conscientizar a população que a UBS fornece a assistência curativa (restauração, extração, tratamento endodôntico, raspagem e profilaxia), e também preventiva (educação em higiene bucal, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor e acompanhamento odontológico).

Considero um ponto positivo relacionado ao meu trabalho, o fato do município ser pequeno, dessa forma é possível ter contato diário com minha coordenadora, com liberdade para falar corriqueiramente sobre as dificuldades da unidade e solicitar apoio para melhor estruturação do serviço. Outro ponto positivo é a equipe da unidade ser bastante unida, isto torna o trabalho mais fluente, desta forma ficando um ambiente mais harmônico. Um dos aspectos que estão sendo aos poucos transformados na unidade que deu a ideia nas reuniões mensais foi à separação de arquivos específicos a cada grupo especial, sendo desta forma já consegui uma melhor organização no atendimento as gestantes.

Outro fato que percebi foi que ao toda semana levava os questionários para responder com os demais profissionais, algumas pequenas situações diante dos usuários que não eram cumpridas, fizeram uma mudança, pois agora os demais profissionais sabem da realidade correta e podem exigir, como o fato da infraestrutura da unidade, pelo fato de ser uma casa adaptada para ser uma unidade.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.**

Realizando uma análise comparativa entre o texto inicial sobre a situação da ESF em meu serviço e este relatório, percebo que não me enganei quanto à minha primeira impressão, pois elogiei muito a equipe, que se mostrou, desde o início, bastante acolhedora e eficiente, e até hoje possuo a mesma impressão, sendo hoje amigo dos demais profissionais, havendo uma relação direta de companheirismo, pois quando preciso de algo, sempre sou bem recepcionado e procuro fazer da mesma forma com a equipe.

Considero um fator positivo para a população, por exemplo, no setor odontológico eu atendo diabéticos e hipertensos, quando percebo alguma alteração ou o problema, recorro ao médico e o mesmo presta o pronto atendimento, com isto consigo atender o usuário de forma mais segura. Um fato que me ajudou muito no

começo foi o auxiliar em que trabalho já ser experiente no serviço público me passando algumas noções que um recém-formado só adquire ao longo dos anos. A unidade presta todos os atendimentos aos grupos e ações que foram abordados durante as semanas de análise situacional, logo acredito que apesar dos problemas diários, a UBS onde trabalho é um exemplo de estratégia de saúde da família.

Percebo que passado esses meses de trabalho estou bem mais experiente e seguro do profissional que me tornei, pois quando sai da faculdade tinha muito conhecimento teórico, mas a prática me faltava. Com o dia a dia do trabalho pude crescer na Odontologia, e a especialização está me dando suporte teórico e prático de como agir na atenção básica para a saúde da família.

Os conhecimentos adquiridos na especialização estão servindo para que possa prestar assistência de modo mais integral ao usuário que busca meu serviço odontológico, pois analiso o usuário de modo mais geral, não se restringindo somente a saúde bucal.

Reestruturei o setor odontológico, conseguindo alguns materiais e instrumentais que não possuíam, desenvolvendo assim uma odontologia mais integral para a saúde bucal do usuário. Desta forma, espero ao longo do ano aprender ainda mais e quando finalizar o programa, olhar minhas atividades, com orgulho e certeza de ter desenvolvido um bom trabalho para a equipe e a comunidade local.



## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

A atenção à saúde bucal tem sido postulada como uma das dimensões da Atenção Primária à Saúde, e a cobertura da ação mencionada tem sido um indicador entre outros assumidos no pacto da atenção básica. A maioria dos programas dirige os seus esforços para as primeiras séries do ensino fundamental, período em que ocorre o irrompimento dos primeiros dentes permanentes, entre os quais, o primeiro molar que concentra a maior carga do ataque de cárie (ISMAIL, 2003).

O estudo de Peres sugere que o enfoque na melhoria das condições de vida da população, com a conseqüente diminuição das desigualdades, aumento da renda familiar, escolaridade das mães, garantia do ingresso precoce da criança na escola e políticas de redução do consumo de açúcares seriam as principais estratégias para a prevenção da cárie dentária.

O enfoque dirigido às causas comuns de doenças como a dieta, a higiene e a educação devem ser enfatizados. Esta estratégia preventiva populacional deve ser complementada por serviços de saúde voltados para o alívio da dor e sofrimento e conseqüente melhoria da qualidade de vida (PERES, 2003).

Desta forma, a odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. A atenção odontológica em idades precoces torna-se uma importante estratégia na redução das sequelas das doenças bucais mais prevalentes e no custo do tratamento destas (ISMAIL, 2003).

A ação programática sobre a qual foi realizada a intervenção foi à saúde das crianças de 0 a 72 meses. Essa escolha se justificou pela demanda da unidade de atenção a saúde das crianças era apenas 30% de uma população de 145 crianças estimadas numa população de 3500 habitantes. Notava também que não havia uma organização no atendimento das mesmas, sendo a medicina, enfermagem e odontologia atendiam esses usuários com a livre demanda, não havendo um dia ou turno específico somente para a atenção às crianças de zero a setenta e dois

meses. Com o projeto quis maximizar o atendimento para uma melhora da organização de atendimentos e buscar uma forma de acolher de forma mais humana esses usuários, se preocupando tanto com a parte curativa como a preventiva.

Ao discorrer sobre a realidade de saúde bucal, onde trabalhei como dentista da área, as crianças buscam a UBS junto com seus pais, na maioria das vezes, quando há dor instalada, nesse momento há um atendimento de urgência, com posterior perda de contato entre a equipe e o usuário. Desse modo, com a intervenção espero promover uma continuidade do tratamento destes usuários. Outro fato que levou a intervir no grupo é o déficit de orientação das mães sobre a necessidade de cuidarem da saúde bucal das crianças. Desta forma a demanda deste grupo na atenção primária, apesar de ser necessária e possuir, acabava sendo abaixo do que seria a realidade da população.

Na UBS Beira Mar, havia necessidade de melhorias na qualidade da atenção à saúde das crianças na área médica e de enfermagem. Percebi que assim como na saúde bucal, as mães também só procuravam a Unidade de Saúde quando a criança já se encontrava em estado debilitado. A comunidade não tinha o hábito de realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e muitas vezes a preocupação tinha como foco principal o calendário vacinal.

Dessa forma, com a implantação da ficha espelho, os demais profissionais tiveram um instrumento para nortear a realização das atividades necessárias ao acompanhamento da saúde das crianças de 0 a 72 meses, além de que foi uma ótima oportunidade para sensibilizar a população e ampliava a procura pela unidade de saúde como meio de prevenção e acompanhamento, melhorando, desta forma, a cobertura das crianças atendidas e acompanhadas na unidade.

A UBS Beira Mar funcionava em uma casa adaptada para ser uma UBS, não possuindo todos os parâmetros de infraestrutura que são recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). Apesar dos problemas, notei que há um atendimento de qualidade para os habitantes da área de abrangência no total de 3500 pessoas. Os profissionais alocados na UBS são uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

O atendimento à saúde da criança ocorria todos dias da semana, esta se estende para os grupos de crianças da faixa etária de 0 a 72 meses. Segundo dados coletados nos prontuários de primeira consulta odontológica programática, a

população-alvo atendida na UBS se restringe somente a 30% do total de crianças da população adscrita.. Apesar do grupo possui atendimento preferencial nas consultas, uma das intenções ao desenvolver o projeto de intervenção era deixar um turno específico para o atendimento às crianças de até 72 meses.

As ações de promoção de saúde oferecidas eram orientações de higiene bucal, de hábitos alimentares e de hábitos deletérios que causam má oclusão, além de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor. Essas ações foram realizadas por mim, o dentista da unidade com a ajuda do auxiliar de saúde bucal. Desenvolvendo-as por meio de palestras ainda de forma desordenada, quando possui uma grande demanda na unidade, pois com experiências passadas por colegas, infelizmente se formos marcar somente um dia para a palestra sem o atendimento, a população não procurar a unidade ou o número fica reduzido. Estas palestras ocorriam cerca de duas por mês.

A intervenção ao grupo foi importante para nivelar o grau de cobertura das crianças da unidade. Sobre o grau de implementação da ação programática não foi difícil, pois como estava bastante envolvido com a equipe, solicitava que a partir do início da intervenção que todas as crianças que passarem pelo o atendimento na UBS, sejam encaminhadas, também, ao tratamento odontológico, e da mesma forma será o caminho inverso: as crianças que não compareceram às consultas médica e de enfermagem também fossem encaminhadas por mim, odontólogo.

## **2.2. Objetivos e metas**

### **Saúde das crianças de 0 a 72 meses**

#### **Objetivo geral:**

Melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses na UBS Beira Mar no município de Luís Correia/PI.

#### **Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses.
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança de zero a setenta e dois meses.

3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses.
4. Melhorar o registro das informações das crianças de zero a setenta e dois meses.
5. Mapear as crianças de zero a setenta e dois meses com risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças de zero a setenta e dois meses.

### **Metas**

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.
2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
3. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
4. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
5. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
6. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
7. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
8. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
9. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
10. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
11. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.
12. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.
13. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
14. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.
15. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.
16. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
17. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

### **Metas da saúde bucal**

1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.
2. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.
3. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.
4. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
5. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.
6. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas.
7. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
8. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
9. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
10. Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis das crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

## **2.3. Metodologia**

O trabalho foi realizado incluindo as crianças de zero a setenta e dois meses da unidade pertencentes a área adscrita da unidade básica de saúde Beira-mar, onde desenvolvi um projeto de intervenção na qual esta durou três meses, onde foram estabelecidas objetivos e metas sempre visando a melhora na qualidade de atenção a saúde da criança. Dentro das ações que foram traçadas para a intervenção podemos incluir tanto na área da medicina e enfermagem como na área da odontologia, onde fui o responsável.

Cada ação foi desenvolvida de acordo com 4 eixo temáticos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Estes serão discorridos com detalhe no próximo item.

A revisão bibliográfica para confecção da parte teórica do trabalho de conclusão de curso foi restrita à saúde coletiva de crianças de 0 a 72 meses de idade. Palavras-chaves como saúde na infância, saúde de crianças e saúde do pré-escolar foram usadas no momento da pesquisa para coletar o maior número de artigos para a revisão bibliográfica inicial.

Foram utilizadas fichas espelho e planilhas de coleta de dados disponibilizadas pela especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Os riscos da pesquisa foram nulos, pois o projeto visou o melhoramento da qualidade da atenção ao grupo. Quanto aos benefícios da pesquisa foram vantajosos, pois como o projeto tem uma base para dar suporte através de um cronograma onde as atividades foram traçadas para o melhor atendimento às crianças incluídas na pesquisa.

Para tanto o cronograma foi traçado com base nas ações planejadas de acordo com os objetivos. Para estes objetivos foram traçadas metas, com intuito de alcançar 60% do indicador de cobertura relativo à saúde da criança de 0 a 72 meses de idade.

### **2.3.1 Ações**

- **Saúde da Criança**

## **Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança**

### **Metas**

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

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** a enfermeira monitorava o número de crianças cadastradas no programa através do livro ata de quantas crianças eram atendidas por dia.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** cadastrei a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, durante o atendimento fiz as fichas espelho e os prontuários

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** orientei a comunidade através de duas palestras mensais sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei a equipe no acolhimento da criança, nas reuniões mensais discutíamos a melhor forma de acolher a criança com dias específicos para todos os profissionais.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança**

### **Metas**

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

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Toda semana a enfermeira monitorava no livro de marcação de consultas o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** A enfermeira analisava qual das gestantes tinha realizado o pré-natal e não tinha feito a primeira consulta, dessa forma fazia a busca ativa com ajuda do agente comunitário de saúde.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** A enfermeira informava às mães através das palestras mensais sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei 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, capacitei a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

## **2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.**

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** a enfermeira monitorava depois da consulta com a médica o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** garanti material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Essa medida era tomada junto com a enfermeira fazíamos um pedido coletivo para a Secretaria todo fim de mês

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** a enfermeira compartilhou com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, a enfermeira aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** a enfermeira nas reuniões mensais fez treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

## **2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.**

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** a médica monitorava as crianças com déficit de peso.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** garanti material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), tive a



versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** a enfermeira compartilhou com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, a enfermeira informou aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** a enfermeira fez o treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

#### **2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.**

##### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** a médica monitorava as crianças com excesso de peso.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** garanti material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), junto com a enfermeira uma vez por mês solicitávamos os materiais necessários a unidade.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** a enfermeira compartilhava com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social, a enfermeira informava aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** a enfermeira fez o treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, a enfermeira fez o treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

#### **2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.**

##### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** monitorei o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** garanti encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** compartilhei com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, informei aos pais e responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, capacitei para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

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

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** a técnica de enfermagem monitorou o percentual de crianças com vacinas atrasadas, monitorou o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** a técnica de enfermagem garantiu atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, realizava controle da cadeia de frio, fazia adequado controle de estoque para evitar falta de vacina, realizava controle da data de vencimento do estoque.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** a técnica de enfermagem orientava os pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** a técnica de enfermagem capacitou a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

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

**Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: garanti a dispensação do medicamento (suplemento).

ENGAJAMENTO PÚBLICO: orientei aos pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: capacitei a médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

**2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.****Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: garanti junto ao gestor a realização de teste auditivo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: orientei pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: orientei o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: garanti junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: orientei a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: verifiquei se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho.

#### **2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.**

##### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: organizei o acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, cadastrei na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, ofereci o atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, organizei agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: informei a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: capacitei a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

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

##### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** organizei acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** informei a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, capacitei a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, capacitei os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança**

#### **Metas**

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

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** monitorei o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), monitorei número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorei as buscas a crianças faltosas. As crianças faltosas era parte do trabalho da recepcionista, onde a mesma analisava anotava as crianças de primeira consulta e as de retorno, caso ela percebesse que a de primeira consulta faltaram, ela anotava de azul em uma lista específica para os faltosos, caso a criança faltosa fosse de consultas subsequentes, ela anotava de vermelho nesta lista de usuários faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: organizei as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, organizei a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: informei à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: fiz treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

##### **Metas**

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

##### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: preenchi o SIAB/folha de acompanhamento, implantei ficha espelho (da caderneta da criança), pactuei com a equipe o registro das informações, defini o responsável pelo monitoramento registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: orientei a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: treinei a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

#### **Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência**

##### **Metas**

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

##### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei o número de crianças de alto risco existentes na comunidade, monitorei o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: dei prioridade no atendimento das crianças de alto risco, identifiquei na ficha espelho as crianças de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: forneci orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: capacitei os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

### **Objetivo 6. Promover a saúde das crianças**

#### **Metas**

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

#### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: monitorei o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: defini o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: orientei a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: informei os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

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

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** monitorei as atividades de educação em saúde sobre o assunto, monitorei o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta, monitorei a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** defini o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** orientei a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

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

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** monitorei o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** defini o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** orientei a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** fiz a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

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

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** monitorei as atividades educativas coletivas.



**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** organizei agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identifiquei e organizei os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, organizei todo material necessário para essas atividades, organizei listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** divulguei as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, esclareci a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, capacitei os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

- **Saúde bucal**

### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança**

#### **Meta**

- 1.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.**

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** criei um arquivo específico de atendimento das crianças. Este arquivo foi uma pasta com separações de acordo com a letra do primeiro nome da criança, sendo que este arquivo foi separado somente para as crianças de zero a setenta e dois meses.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** organizei um dia específico para visita domiciliar das crianças inscritas no programa de Saúde, fiz reuniões com toda a equipe pra debater os problemas de atendimento ao grupo e saber como está a avaliação do serviço prestado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: fiz palestras sobre a importância das consultas odontológicas programadas durante o expediente de trabalho para os pacientes que procuram a UBS para o atendimento de outro profissional, informei a comunidade sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS, realizei reuniões com a equipe para estabelecer qual melhor meio de a comunidade saber de como o serviço é ofertado.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: nas reuniões de equipe capacitei toda a equipe da importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos 6 meses de idade, fiz reunião mensal capacitando os ACS sobre o atendimento das crianças a partir de 6 meses.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares**

### **Metas**

**2.1. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.**

### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: avaliei ao final de cada semana as crianças inscritas no Programa de Saúde da Criança da unidade, quais crianças tem a necessidade do tratamento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: ofereci um turno de trabalho para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre as crianças, fiz a lista dos pacientes que precisam de cuidados odontológicos segundo a revisão semanal do arquivo, marquei no mesmo dia a consulta odontológica com a consulta de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: inclui nas palestras da unidade a diferença da consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: nas reuniões de equipe, orientei qual a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, criei um protocolo de atendimento as crianças, estudei qual a melhor forma de atender o paciente infantil.

**2.2. Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico**

**Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: avaliei no arquivo específico do grupo quais crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: dei prioridade a este grupo durante os atendimentos diários; logo após a primeira consulta, agendei o retorno da criança que necessite continuar o tratamento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: conscientizei a comunidade de após a primeira consulta, deveria retornar a unidade até o tratamento concluído.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: capacitei os ACS para explicar a comunidade que os orientem a retornar a UBS sempre que forem agendados, após a consulta inicial.

**2.3. Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.**

**Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: separei um local dentro do arquivo específico para colocar os prontuários dos tratamentos concluídos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: marquei os retornos necessários até a conclusão do tratamento de saúde bucal da criança, planejei com antecedência

quais os materiais odontológicos que serão necessários durante o atendimento infantil.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** conscientizei a comunidade que independente da espera dos atendimentos o objetivo final é devolver uma saúde bucal por completo.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** capacitei à equipe para que em casos de traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária, sejam encaminhadas com prioridade ao serviço odontológico, dar instruções como proceder o primeiro atendimento caso o dentista não esteja na unidade no primeiro momento.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal**

#### **Metas**

**3.1. Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.**

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** logo após a primeira consulta marquei a próxima, e caso o paciente faltasse, sublinhava de vermelho na planilha.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** organizei no final do mês todos os pacientes faltosos através da marcação diária dos faltosos, fiz visitas domiciliares aos faltosos, separando turnos de atendimento específicos para inserir novamente a demanda dos faltosos das buscas.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** a toda consulta discorri ao responsável pela criança sobre o acompanhamento regular da saúde bucal da criança.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Realizei uma lista e forneci para todos os profissionais da equipe dos pacientes faltosos.

**3.2. Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.**

#### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorei a planilha, fazendo uma lista com os nomes dos pacientes que estão circulados de vermelho, ou seja, dos faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: organizei no cronograma do mês um dia específico para a visita domiciliar dos faltosos, e tive o cuidado de separar também uma data no cronograma para inseri-los novamente no atendimento clínico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: tive o devido cuidado com estes usuários e saber o motivo de sua falta, sendo maleável com seus horários de atendimento para que os usuários faltosos também podem ser atendidos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Aos usuários faltosos destinei um tempo da prática clínica para frisar a importância do atendimento odontológico.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

##### **Meta**

**4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.**

##### **Ações**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Registrei em prontuários todos os dados de saúde bucal realizados nas crianças atendidas de 6 a 72 meses.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Criei um registro específico para acompanhar a evolução de saúde bucal da criança. Fui o responsável por este monitoramento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientei a comunidade que caso tenham dúvida do atendimento realizado em suas crianças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitei o auxiliar de saúde bucal a preencher o registro específico no esquecimento do cirurgião-dentista.

#### **Objetivo 5. Promover a saúde das crianças**

##### **Metas**

**5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.**

##### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** registrei se houve a orientação sobre higiene bucal das crianças aos responsáveis.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Fui o orientador sobre a higiene bucal das crianças, com o auxílio do auxiliar de saúde bucal.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Realizei palestras na UBS para a comunidade sobre a importância da higiene bucal das crianças.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitei os membros da equipe com as informações básicas sobre higiene bucal conforme a idade da criança.

## **5.2. Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.**

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Registrei se houve orientação sobre dieta das crianças aos responsáveis.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Fui o orientador sobre a dieta das crianças, com o auxílio do auxiliar de saúde bucal.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Realizei palestras na UBS para a comunidade sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitei os membros da equipe com as informações básicas sobre dieta conforme a idade da criança.

## **5.3 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.**

### **Ações**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Registrei se houve a orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias das crianças aos responsáveis.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Fui o orientador sobre a sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias das crianças, com o auxílio do auxiliar de saúde bucal.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Realizei palestras na UBS para a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitei os membros da equipe com as informações básicas sobre os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias da criança.

### **2.3.2 Indicadores**

- **Saúde das crianças de 0 a 72 meses**

1. **Relativo ao objetivo 1- Cobertura**

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

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

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

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

2. **Relativo ao objetivo 2- Qualidade**

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

**2.1.** Indicador: 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: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

**2.2.** Indicador: 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

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

**2.3.** Indicador: 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: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

**2.4.** Indicador: 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: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**2.5.** Indicador: Crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

**2.6.** Indicador: Crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dias para a idade.

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

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



**2.7.** Indicador: 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**2.8.** Indicador: 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: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

**2.9.** Indicador: Crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

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

**2.10.** Indicador: Crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

**2.11.** Indicador: Crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

### **3. Objetivo 3: Adesão**

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

**3.1.** Indicador: Adesão das 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.

### **4. Objetivo 4: Registro**

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

**4.1.** Indicador: Registro atualizado das crianças.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

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

### **5. Objetivo 5: Avaliação de risco**

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

**5.1.** Indicador: Avaliação de risco das crianças.

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.

### **6. Objetivo 6: Promoção da saúde**

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

**6.1.** Indicador: Promoção das 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.

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

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

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

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

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

**6.3.** Indicador: Promoção das 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.

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

**6.4.** Indicador: Promoção das 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.

## **Saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses**

### **1. Objetivo 1. Cobertura**

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de

abrangência da unidade de saúde e cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade.

**1.1. Indicador:** Cobertura das crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Numerador:** Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

**Denominador:** Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

## **2. Objetivo 2: Qualidade**

**Meta:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.

**2.1. Indicador:** Crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

**Meta:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

**2.2. Indicador:** Crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

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

**Denominador:** Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

Meta: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática.

**2.3. Indicador:** Crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

### **3. Objetivo 3: Adesão**

Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

**3.1. Indicador:** Adesão da busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram.

**3.2. Indicador:** Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

### **4. Objetivo 4: Registro**

Meta: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta.

**4.1. Indicador:** Registro atualizado das crianças.

Numerador: número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: número total de crianças com primeira consulta odontológica.

## **5. Objetivo 5: Promoção da saúde**

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

**5.1.** Indicador: Promoção das crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta: Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

**5.2.** Indicador: Promoção das crianças com orientações nutricionais.

Numerador: número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica.

**5.3** Indicador: Promoção das crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: número de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

### **2.3.3 Logística**

O protocolo adotado foi o caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde/ 2012. Com relação a este protocolo posso, explanar que adotamos alguma medidas que seriam tomadas frente às consultas das crianças que procurassem a unidade, como por exemplo na odontologia que comandava como dentista da unidade, fazia a primeira consulta juntamente a esta que seria mais uma forma de adaptar a criança ao ambiente odontológico, eu aproveitava o momento e fazia a parte preventiva de orientação de higiene bucal, dieta e hábitos

de sucção. Já a médica adotava a parte preventiva na terceira consulta, pois na primeira era o momento de colocar para mamar, conferia o teste do pezinho e a triagem auditiva.

Com base nestes dados fizemos um registro específico das ações com objetivo de ampliar a cobertura da atenção à saúde, referente às áreas médica, de enfermagem e da primeira consulta odontológica programática, para 60% das crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde. Para isso houve mobilização dos demais profissionais de saúde assim como o cirurgião-dentista da unidade.

A partir de um trabalho em conjunto solicitarei o apoio de toda a equipe, onde os profissionais durante suas consultas de rotina informavam sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança em todas as áreas e que a equipe possuía todos os profissionais para o tratamento de saúde integral. Esta informação foi repassada a todos os responsáveis pelas crianças ressaltando que mesmo elas não possuindo nenhum problema de saúde aparente, deviam procurar as demais áreas do serviço da UBS. Solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde, banners ou cartazes de cartolina contendo informações de saúde para o grupo específico e pedi que a médica e a enfermeira da equipe fizessem cartazes ou banners que me responsabilizar de imprimi-los com recursos fornecidos da Secretária de Saúde do Município.

Outra ação desenvolvida foi o encaminhamento entre os profissionais de saúde. Enquanto dentista, quando atendia um usuário, perguntava se o mesmo já foi examinado pelo médico ou enfermeira nos últimos 6 meses, caso o mesmo não tivesse, encaminhei-o para o devido profissional, da mesma forma pedi que a médica e a enfermeira trabalhasse da mesma forma. O monitoramento desta meta foi ao longo do fluxo da demanda, ou seja, a cada usuário que for encaminhado a outro profissional, anotaríamos em uma ficha específica. Ao final do mês estas fichas foram coletadas e avaliadas se realmente tinha o fluxo de troca de usuários entre os profissionais da equipe.

A logística das metas de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, por sua vez realizar a primeira consulta odontológica programática para 60% das crianças e ao final concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, estavam todas

vinculadas, e ao mesmo tempo interligadas com o projeto anterior, pois ao cativar a comunidade com banes expostos na unidade e pedindo encaminhamentos aos demais profissionais para estas crianças de 6 a 72 meses, ocorreu naturalmente ao longo destes meses um aumento gradativo de consultas.

Quando este fluxo aumentou, coube a mim, odontólogo, separar turnos de trabalho somente para o atendimento destes usuários. O monitoramento foi a partir das fichas de prontuário que foram arquivadas em arquivo específico para estas crianças de 6 a 72 meses, que ao final de cada mês analisava se está ocorrendo o aumento gradativo da população-alvo e se estava conseguindo o tratamento concluído com um turno específico para atendimento ao grupo.

Para as metas de realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram; fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes e as crianças faltosas às consultas no programa de saúde da família seja primeira consulta ou consultas subsequentes, a logística destas ações foi a mesma, agendamos os pacientes tanto no livro ata da Medicina e Enfermagem como da Odontologia, como pedíamos que a recepcionista colocasse em uma tabela todos os pacientes do dia que estiverem marcados no livro ata, ao final de cada turno destacava de azul os pacientes faltosos de primeira consulta, e destacava de vermelho os pacientes faltosos de consultas subsequentes, isto foi repassado para a recepcionista que fez o mesmo na tabela, ao final de cada mês separávamos em duas listas específicas quais crianças de 6 a 72 meses eram faltosas de primeira consulta e quais crianças eram faltosas de consultas subsequentes, este foi o modo como traçamos um mapa de faltosos, logo estes pacientes foram o alvo das visitas domiciliares do mês seguinte, sendo neste dia solicitávamos a presença da agente comunitária de saúde e do auxiliar de saúde bucal ou da médica e da enfermeira para a visita com a principal função de reaver a criança. O monitoramento era conferido através da própria lista feita com os pacientes faltosos, que ao final do mês seguinte, conseguíamos visualizar quantos dos faltosos, reiniciaram o tratamento.

A logística de manter o registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática foi uma atividade que contei com a ajuda do auxiliar de saúde bucal e da recepcionista. Solicitei que ao final dos atendimentos revisem os procedimentos realizados por



mim, onde a cada atendimento anotei e atualizei qual o procedimento diário do dia na criança.. O monitoramento foi realizado por mim ao final de cada semana onde recorria às fichas e conferir se de fato está ocorrendo à troca de informações diárias no prontuário.

Para as ações de orientações sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva, prevenção de oclusopatias, como prevenir acidentes na infância, colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta e fornecer orientações nutricionais, todas estas ações me programei juntamente a equipe e em conjunto pactuei um dia por semana para cada profissional falar a respeito de um tópico em sua área de abrangência.

Para tanto as palestras foram agendadas durante o turno de atendimento normal da unidade, em trabalho conjunto com a médica e a enfermeira, ou seja, pactuei com as mesmas qual seria o dia em que a enfermeira faria prevenção das gestantes e qual o dia de atendimento específico da médica e do odontólogo, representado por mim, onde atenderemos as crianças de 6 a 72 meses. Enquanto os pacientes aguardavam os demais profissionais fazíamos uma palestra sobre os temas citados acima, frisando a importância da prevenção.

O monitoramento desta ação foi nas reuniões mensais da equipe, onde ouvia relatos dos demais profissionais, se realmente os pacientes estavam se conscientizando dos hábitos de saúde que estavam sendo repassados pelos profissionais, além de solicitar aos agentes que em suas visitas domiciliares perguntassem o que aprenderam na unidade durante as palestras, instigando a comunidade a se informar mais durante os atendimentos.

Sobre o monitoramento da meta de ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde, já foi explanado junto à logística da meta de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças, basta retornar ao segundo parágrafo do texto.

A logística de melhorar a qualidade de atenção à criança na área da medicina e da enfermagem incluiu diversos temas como: realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, monitorar o crescimento em 100% das crianças, monitorar 100% das crianças com déficit de peso, monitorar 100% das crianças com excesso de peso, monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, vacinar 100% das crianças de acordo com

a idade, realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses, realizar triagem auditiva em 100% das crianças e realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, estas foram as tarefas destinadas a médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem, onde cada uma conferiu se havia todos os aparatos necessários para realizar todas as atividades acima citadas na unidade, e caso não houvesse, entraríamos em contrapartida na solicitação de tudo o que fosse necessário a realizar as atividades, iríamos recorrer junto a secretaria.

A recomendação que foi dado pela enfermeira e técnica de enfermagem que em casos de crianças acima ou baixo do peso, foram encaminhadas para a médica. A enfermeira se comprometia a não deixaria faltasse o medicamento da suplementação de ferro e técnica de enfermagem disse que quanto à vacinação seria algo que não me preocupasse, pois esta atividade já estava em dia com as crianças que estavam cadastradas na unidade. Para o monitoramento destas atividades contei diretamente com a ajuda da médica, da enfermeira e da técnica de enfermagem, em que cada uma se comprometei a realizar essas atividades.

Para a logística de fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas da médica e da enfermeira, foi realizado com o apoio das mesmas, pedi que adotem mesma metodologia que estava utilizando, com o auxílio da recepcionista destacavam os usuários faltosos, e ao final do mês faziam uma lista destes usuários. Com a lista em mãos pedi que estes fossem alvo de suas visitas domiciliares, e caso estas crianças estivessem também em minha lista de faltosos, ao fazer a visita domiciliar e ressaltar a importância de retornar a unidade para o tratamento de saúde bucal, também expus as vantagens de ter o acompanhamento das crianças pela médica e pela enfermeira, para tanto pedi um treinamento prévio de informações mais técnicas para suas áreas onde possa explicar aos responsáveis pelas crianças de 6 a 72 meses o acompanhamento da unidade por estes profissionais. O monitoramento da meta foi feita pelos profissionais em que pedi ajuda e também foi acompanhado de perto por mim, dentista da unidade. Pois ao solicitar a ficha dos faltosos a médica e a enfermeira, tive a noção se eles estão realmente me ajudando em meu foco de intervenção.

A logística de manter o registro de vacinação de 100% das crianças que consultavam no serviço, foi uma tarefa que encarreguei à técnica de enfermagem, pois a mesma era responsável pela vacinação, pedi que a mesma a cada vacina realizada, anotasse na caderneta da criança, onde tive atualizado o nome da criança,

endereço, nome dos pais, idade e quais vacinas foram aplicadas. O monitoramento desta ação foi na reunião entre a enfermeira e a técnica de enfermagem ao final de cada mês, e juntas conferiam se as crianças cadastradas estavam em dias com o calendário de vacinação.

A meta de se realizar uma avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa foi o tema de uma outra reunião de equipe onde solicitei que a médica e a enfermeira forneçam orientações a todos os profissionais da unidade sobre como identificar uma criança com risco, esta ação criou um protocolo padrão para toda a equipe incluindo a recepcionista, os agentes comunitários de saúde, o auxiliar de saúde bucal, assim como eu, cirurgião-dentista, para que também fossemos protagonistas na identificação destas crianças de 6 a 72 meses com risco de saúde.

Esta orientação contribuiu muito para a médica e a enfermeira na procura destes pacientes, pois nos meus atendimentos, quando percebia que a criança possui algum sinal de risco encaminhava com urgência à médica da unidade, e pedia a mesma que atenda mesmo excedendo a demanda ou caso precisasse marcação ocorresse para no máximo uma semana. O monitoramento desta ação foi realizado pela médica e a enfermeira, onde as mesmas tinham uma lista somente para os casos encaminhados pelos demais profissionais da UBS, caso esta fosse muito intensa, seria criado um turno somente para o atendimento destes pacientes.

### 2.3.4 Cronograma

<b>Atividades do projeto de intervenção as crianças de 6 a 72 meses</b>	<b>Semanas</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>Reunião de equipe para descrever o projeto na integra</b>	X											
<b>Capacitação dos profissionais da UBS</b>	X											
<b>Estabelecimento do papel de cada profissional</b>	X											
<b>Cadastramento das crianças de 6 a 72 meses</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Agendamento das crianças de 6 a 72 meses</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Atendimento clínico as crianças</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Monitoramento dos tratamentos concluídos</b>				X				X				X
<b>Lista de faltosos</b>				X				X				X
<b>Busca dos faltosos com a ACS através das visitas domiciliares</b>					X				X			

<b>Primeira consulta na primeira semana de vida</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Monitorar o déficit e o excesso de peso</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Realizar triagem auditiva</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Realizar o texto do pezinho</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Vacinação das crianças de 6 a 72 meses</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Monitoramento do serviço de vacinação</b>				X				X				X
<b>Avaliação de risco das crianças por todos os profissionais</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Reunião entre os profissionais para o desenvolvimento do projeto</b>				X				X				X
<b>Monitoramento das atividades da área Médica, Enfermagem e Odontológica</b>				X				X				X
<b>Solicitação dos recursos referentes as palestras na Secretaria Municipal</b>	X	X										
<b>Palestras na unidade sobre os temas de prevenção tanto da área Médica, Enfermagem e Odontologia</b>				X		X			X		X	
<b>Reunião de equipe para ver os resultados da intervenção do projeto</b>				X				X				X
<b>Coleta de dados final</b>												X

### 3 Relatório da Intervenção

#### 3.1 Ações previstas e realizadas.

A intervenção ocorreu durante as doze semanas passadas, foi algo que enriqueceu muito minha vida profissional como cirurgião dentista, pois como não tinha muito vivência com crianças na faculdade, tive que aprender alguns conhecimentos teóricos, principalmente quando se trata de medicação para as crianças, me modelei para atendê-las de modo mais ágil e agradável possível, pois além do manejo clínico que tinha que possuir diante cada usuário, na criança tinha que abordar o lado psicológico para que a mesma cooperasse do começo ao fim do tratamento. Tive muitas dificuldades para atender algumas crianças, mas também guardo muitas alegrias ao ver um sorriso que ajudei a fazer sem que a criança tivesse vergonha de demonstrar, pois agora podiam sorrir, guardei também, os agradecimentos dos pais ao se despedirem após a última consulta, isto que tornava meu trabalho gratificante.

Dentre as ações da intervenção já explanadas anteriormente que foram desenvolvidas durante o projeto estavam o monitoramento dos prontuários para saber quantas crianças estavam cadastradas no programa, o monitoramento da quantidade de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, o monitoramento da curva de crescimento das crianças, do déficit e do excesso de peso, monitoramento da avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, o acompanhamento das crianças com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao final da puericultura, além das crianças que receberam suplementação de ferro, a realização da triagem auditiva e do teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos das crianças na unidade, avaliação do risco em 100% das crianças cadastradas no programa, orientação da comunidade local sobre as formas de acidentes nas crianças de 0 a 72 meses, a inserção das crianças para mamar durante a primeira consulta, o fornecimento de orientações nutricionais para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

O monitoramento dos prontuários foi realizado na parte da medicina e enfermagem pela enfermeira em conjunto com a recepcionista, e na parte de saúde bucal por mim, o dentista da unidade, juntamente também com a recepcionista. Este monitoramento era da seguinte forma, como a recepcionista era responsável pelo agendamento das consultas e fazer as informações essenciais do prontuário, em seguida ela repassava para os demais profissionais, no meu caso repassava para o dentista, eu anotava as informações de saúde da paciente como uma alergia a

algum medicamento e inseria também o procedimento realizado no dia, depois novamente repassava a recepcionista para que a mesma anexasse no prontuário específico das crianças, ao final de cada mês conferíamos como estavam os tratamentos das crianças e pegávamos as fichas dos pacientes faltosos, para pudesse fazer a visita domiciliar. Da mesma forma ocorria com a parte da medicina e enfermagem, sendo que era a enfermeira que assumia essa tarefa.

Sobre as ações de saúde bucal estavam à avaliação da necessidade do tratamento odontológico em 100% das crianças, monitoramento da saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, e quais dessas estão com as consultas em dia, avaliação das crianças que não foram atendidas pelo setor odontológico, planejando vagas de retorno para as crianças de 6 a 72 meses que foram atendidas na unidade até o tratamento concluído, realização da busca ativa durante as visitas domiciliares e consultas na unidade para aquelas crianças que faltaram a primeira consulta odontológica programática, orientações sobre higiene bucal, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Sobre as orientações, estas foram repassadas a comunidade em forma de palestra de modo informal com uma conversa e mostrava o manequim da cavidade oral para demonstrar a realização da higiene bucal. Quem realizava estas palestras era eu, dentista da unidade, aproveitava o dia específico de atendimento das crianças e antes de fazer a consulta, repassava as orientações para as crianças e seus responsáveis. Estas eram realizadas duas vezes em cada mês e contava com a ajuda do auxiliar de saúde bucal.

Quanto a participação da gestora, pude contar com ela, quando foi necessário, como o apoio da impressão das fichas espelho, quando faltou o cartão de vacina e a caderneta da criança, foi providenciado em poucos dias, e a presença do carro para realizar as atividades de buscas dos faltosos nas visitas domiciliares.

Ao finalizar estas doze semanas de intervenção, eu vi com bons olhos o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da minha unidade, desenvolvemos todas as ações propostas, ressaltando que no começo tivemos algumas dificuldades de comunicação, por exemplo, como a enfermeira me ajudaria na planilha de medicina e enfermagem, estas foram dúvidas que persistiram antes do início do projeto, mas que quando começou tudo se enquadrou em seu devido lugar, pois ao final do turno de quinta-feira, me reunia com a mesma para coletar as informações, desta forma consegui completar todas as informações exigidas.

As facilidades que obtive foi o fato de eu estar bastante integrado com os demais profissionais, isto permitiu um contato direto e rápido, outro fato importante é a cidade em que fui alocado ser pequena, noto que tanto a distância que o paciente possui do profissional, como o profissional possui do gestor é muito pequena se comparada a da minha cidade natal, por exemplo, caso haja algum problema na unidade podia me retratar no mesmo dia ou a coordenadora ou a secretaria de saúde, e caso tivesse faltado no dia na unidade, o usuário podia procurar a secretaria para saber o que tinha acontecido, desta forma a exigência era maior, mas em compensação possuíamos melhores condições de trabalho. Conseguimos alcançar mais de 60% de cobertura com relação ao atendimento as crianças do projeto, mas não os 100% de qualidade se os reportarmos aos que foram cobertos, apesar desse índice não alcançar a porcentagem total, chegamos próximo em muitos dos indicadores.

### **3.2 Ações previstas e não realizadas.**

A ação que não cumpri foi à palestra da médica, pois como comentei em relatórios anteriores, a mesma não entrou diretamente em ação no projeto de intervenção, expresso que diretamente não ajudou, mas de modo indireto foi muito importante, pois quem marcava as consultas era a enfermeira, esta por sua vez agendava as crianças da intervenção, então da mesma forma a médica acabava atendendo todas as crianças da intervenção.

A mesma também aceitou atender um turno específico para as crianças, quando expresso que ela não participou diretamente do projeto, porque não ajudava a preencher a planilha. Sendo essa parte contava com a ajuda da enfermeira.

Quanto à busca ativa das crianças, apesar de ter conseguido alcançar boas metas, tive um pouco de dificuldade nesta tarefa, pois como o ACS não era presença diária na unidade, quando a criança faltasse no dia agendado, infelizmente esperava até a próxima visita domiciliar para conseguisse reaver esta criança, sendo que se o agente estivesse no dia da falta, seria mais fácil o elo de comunicação entre os profissionais e a comunidade a partir do agente.

Outra dificuldade que tive na intervenção foi à falta dos líderes comunitários, na área correspondente a unidade, seria uma ajuda a mais caso tivesse um líder para auxiliar e conscientizar a importância do desenvolvimento do projeto.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.**

Quanto à coleta de dados, não tivemos dificuldades, pois a parte de odontologia, eu era o responsável direto, já na parte da medicina e enfermagem, obtive uma grande ajuda da enfermeira da minha unidade, onde a mesma sentava comigo toda quinta para me ajudar a preencher os dados da coleta. Com relação à sistematização de dados tivemos uma grande dificuldade no primeiro mês, pois anexava alguns dados, e quando conferíamos os indicadores estavam com porcentagens acima de 100%, ao longo deste mês fomos nos moldando e aprendendo alguns dados importantes que fariam a diferença, por exemplo, na suplementação de ferro estávamos colocando positivo para todas as crianças que receberam suplementação na unidade, depois que literalmente vasculhando a planilha, descobrimos que só era para colocar o sim para as crianças de até 24 meses, com a nova informação, a sistematização da planilha se enquadrava na porcentagem correta. Quanto ao fechamento das planilhas de coletas de dados e o cálculo dos indicadores foi de acordo com o traçado nas semanas anteriores, não havendo grandes surpresas, pois já havia se acostumado ao preenchimento correto da planilha.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço de saúde.**

Acreditamos que o projeto deixou raízes positivas na unidade, pois continuaremos atender as crianças e separamos um turno para o atendimento desses usuários. Notamos que na equipe quando chega um usuário de até 72 meses, tem uma forma de acolhida mais espontânea e trata de forma prazerosa se comparamos a três meses atrás, onde éramos menos experientes na receptividade a estes usuários. Um aspecto que precisa ser melhorado é a concepção da população da importância de saúde bucal e a mudança na concepção dos dentes decíduos que segundo os mesmos “são para extrair que nascem outros”, acho que durante a intervenção conseguimos mudar a cabeça de alguns pais sobre para que servem os dentes de leite, e noto já a mudança de pensamentos dos mesmos frente a saúde bucal de suas crianças. Para melhorar o atendimento a estes usuários falta alguns materiais que poderiam agilizar minha vida como dentista, por exemplo, o cimento de ionômero de vidro



fotopolimerizável, este diminuiria um tempo considerável com o paciente infantil na cadeira odontológica, ganhando ainda mais a confiança da criança.

Adorei realizar este projeto intervenção, houve problemas e dificuldades, mas isto é a vida, o que tornou ainda mais agradável é saber que consegui contorná-los junto com minha equipe, e assim finalizei mais uma etapa de meu projeto.

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1. Resultados**

Quanto aos resultados, o primeiro indicador a ser analisado é a proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde, este

indicador foi o mais buscado quando ao percentual de cobertura das crianças, onde a meta que tracei almejar fora 60%. No primeiro mês alcancei uma porcentagem de 28,3% representadas por 41 crianças, no segundo mês houve um aumento para 47,6% com a cobertura de 69 crianças e no terceiro mês chegou-se a porcentagem de 62,1% com um total de 90 crianças coletadas durante o projeto de intervenção do universo de 145 que são registrados na área de abrangência da unidade.

Este aumento foi consequência do andamento do projeto e o bom desempenho de ter alcançado a meta traçada foi graças ao trabalho de equipe que ao longo da intervenção ficou mais unida e cooperativa com o trabalho multidisciplinar.

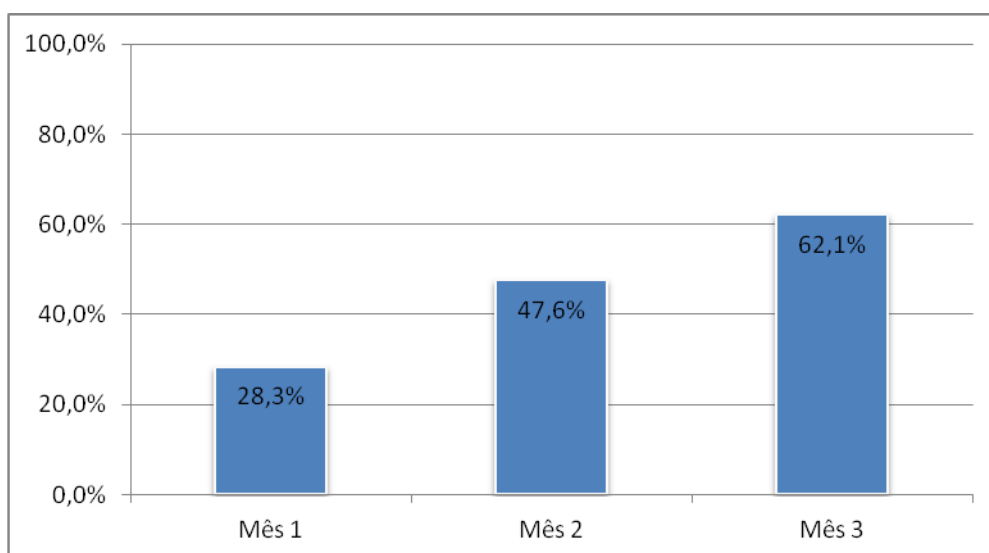


FIGURA 1. Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O segundo gráfico expressa a proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, com 38 crianças coletadas no primeiro mês representando uma porcentagem de 92,7%, no segundo mês este número subiu para 64 crianças com 92,8%, e no terceiro mês chegou-se a 94,4% com 85 crianças coletadas.

Este gráfico apresentou o resultado em ordem crescente graças ao bom trabalho da enfermeira que encaminha todas as gestantes para que as mesmas possam fazer a primeira consulta com a médica, reservando deste modo uma vaga para a gestante, e pelo que foi relatado pela enfermeira, mesmo que ultrapassem as vagas, a criança recém-nascida juntamente com sua mãe são atendidas nas vagas

de urgência, mas não saem da unidade sem o atendimento. Só não alcançamos os 100% devido algumas mães ainda serem relapsas quanto à saúde da criança e só retornando a unidade na época da vacina.

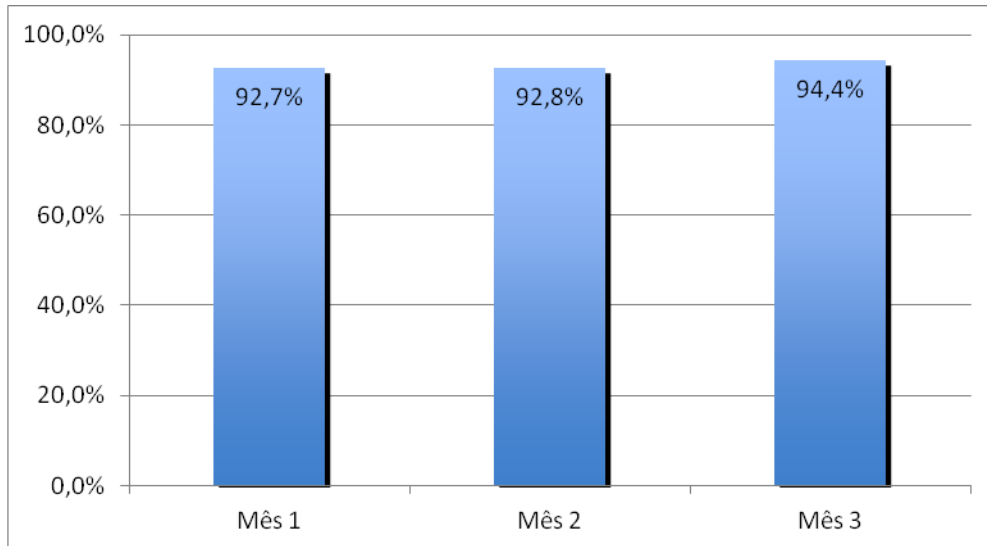


FIGURA 2. Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças coletadas com o monitoramento do crescimento foi de 90,2%, coletando 38 crianças, no segundo mês o porcentual aumentou para 92,8% com 64 crianças. No último mês este número aumentou para um total de 85 crianças representando 94,4%. Este é outro indicador com saldo positivo, pois acompanha a curva da demanda de crianças atendidas na unidade, a responsável por este bom trabalho foi à enfermeira. Não chegando a 100%, devido a própria falta das crianças no tempo correto para esse acompanhamento na unidade.

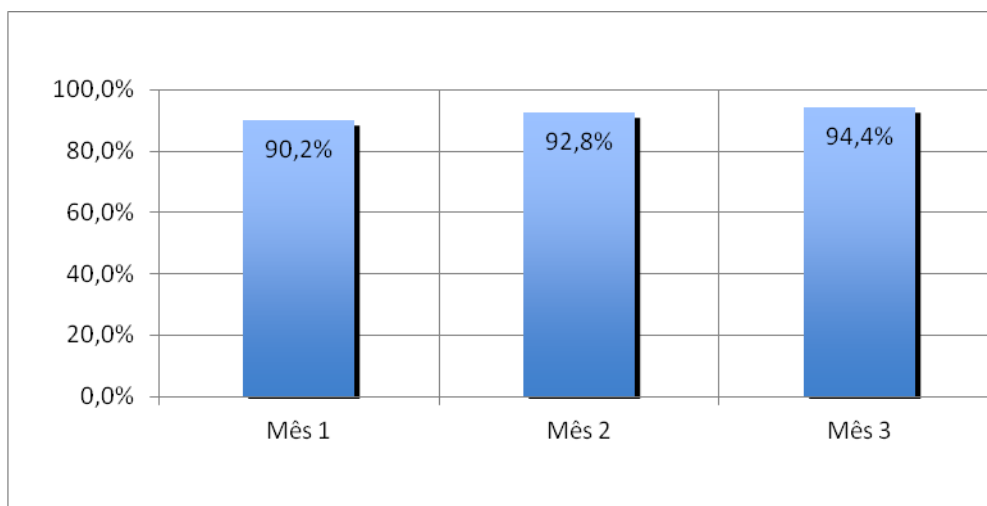


FIGURA 3. Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Já a proporção de crianças com déficit de peso foi de 3 crianças no primeiro mês, representando 75%, no segundo mês aumentou mais uma criança, chegando a 4 o número de crianças monitoradas com o percentual de 80%, e finalizando com 6 crianças no último mês, e estas representando 100% do total.

Este resultado foi um trabalho de equipe onde a enfermeira ou técnica de enfermagem ao perceber o peso abaixo do normal, encaminhava a médica, esta fazia a consulta e tinha o auxílio da nutricionista do NASF, depois a criança era acompanhada pela enfermeira, com este trabalho de equipe, no final dos três meses todas as crianças estavam assistidas quanto ao seu déficit de peso.

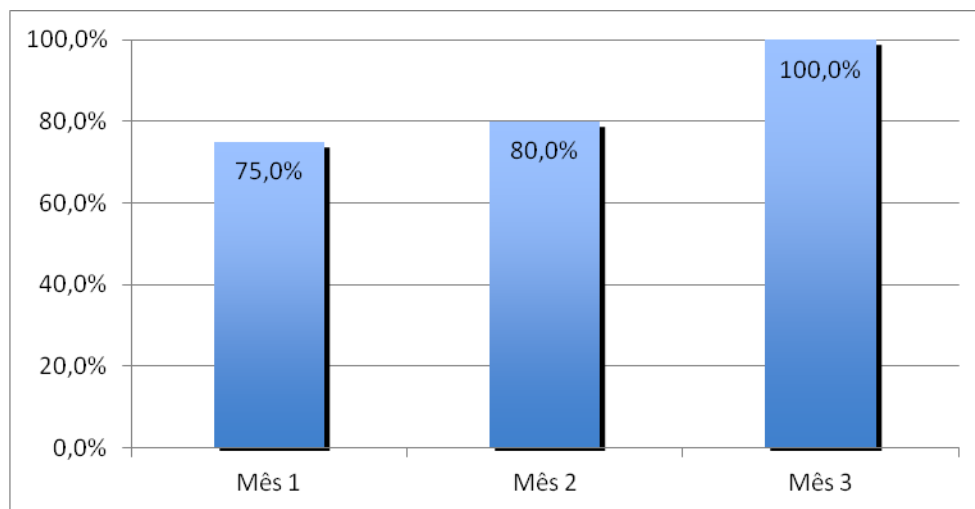


FIGURA 4. Gráfico da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Assim como no gráfico anterior, o número de crianças monitoradas com relação ao excesso de peso foram poucas, porque a unidade não apresentava muitas crianças com déficit ou excesso de peso. A proporção de crianças com o excesso de peso monitoradas, foi positiva desde o primeiro mês, com apenas 3, no segundo com 5 e no último mês com as mesmas 5 crianças, estas correspondentes a 100% em todos os meses, significando que assim que descobertas com excesso de peso já eram acompanhadas.

Assim como no gráfico anterior, a assistência à criança era da mesma forma com a rede de profissionais interligados com o objetivo em comum que era neste caso o excesso de peso da criança.

No monitoramento do desenvolvimento foram coletadas 37 crianças representando 90,2%, no segundo mês foram 63 crianças com 91,3% e no terceiro mês foram 84 crianças com 93,3%. Este gráfico é muito semelhante ao do crescimento, pois a criança quando comparecia a unidade era analisada tanto a curva de crescimento quanto de desenvolvimento, este é um trabalho em conjunto da técnica de enfermagem e da enfermeira. Note que o crescimento acompanha a demanda de crianças da unidade, não chegando a porcentagem máxima pelo mesmo motivo expresso na curva de crescimento.

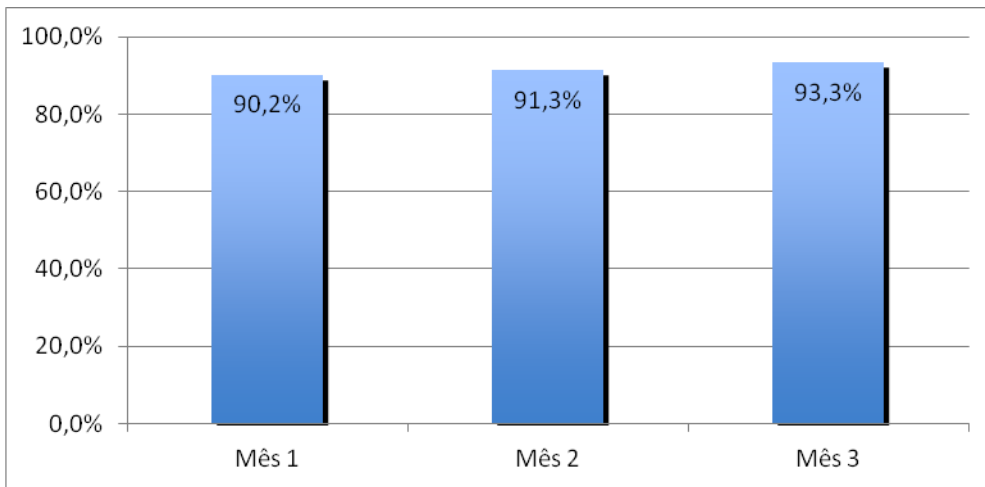


FIGURA 5. Gráfico da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças com vacinação em dia para a idade foi um indicador bastante positivo, pois logo no primeiro mês chegou a 92,7% com 38 crianças, no segundo mês alcançou 94,2% com 65 crianças e finalizando com uma excelente porcentagem no terceiro mês de 95,6% com 86 crianças. Este gráfico mostra um dos melhores trabalhos que a unidade realiza, a técnica de enfermagem vacina as crianças com a supervisão da enfermeira.

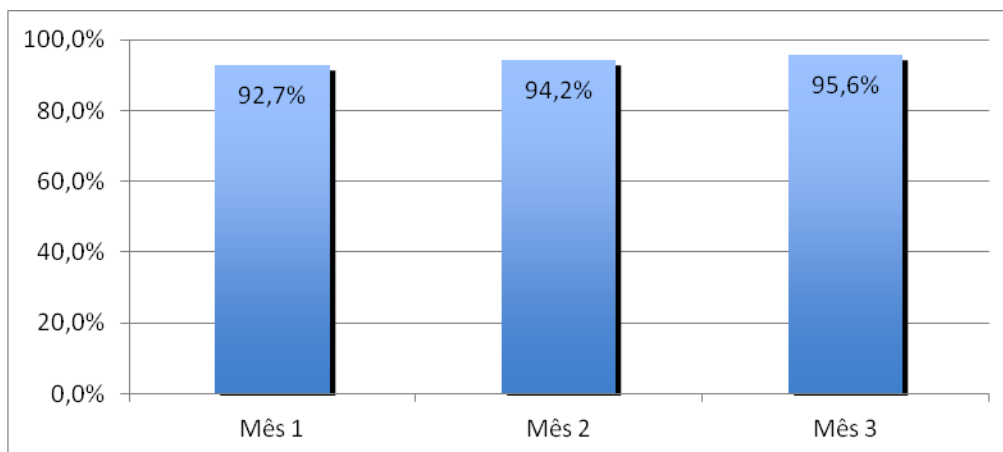


FIGURA 6. Gráfico da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O gráfico da proporção de crianças de 6 a 72 meses com suplementação de ferro, foi muito surpreendente e agradável de analisar, pois nos três meses foram coletados 100%, apenas variam o número de crianças acompanhadas onde no primeiro mês com 9, no segundo foram 11 e no terceiro foram 16. A suplementação é um trabalho realizado por indicação da médica e quem é a responsável pelo o acompanhamento se realmente a mãe está de fato cumprindo é a enfermeira.

O gráfico da proporção de crianças com triagem auditiva foi ascendente e positivo com 37 crianças coletadas no primeiro mês representando 90,2%, 63 no segundo mês representando 91,3%, e no último mês esse número chegou a um total de 83 crianças representando 92,2%. A triagem auditiva feita pela fonodíloga do NASF, que quando junta um número relativo de crianças recém-nascidas, a enfermeira entra em contato com a profissional responsável e realiza os testes com todas as crianças no mesmo dia. Não alcançamos 100% devido algumas mães se recusarem a esperar a fonodíloga no dia do teste.

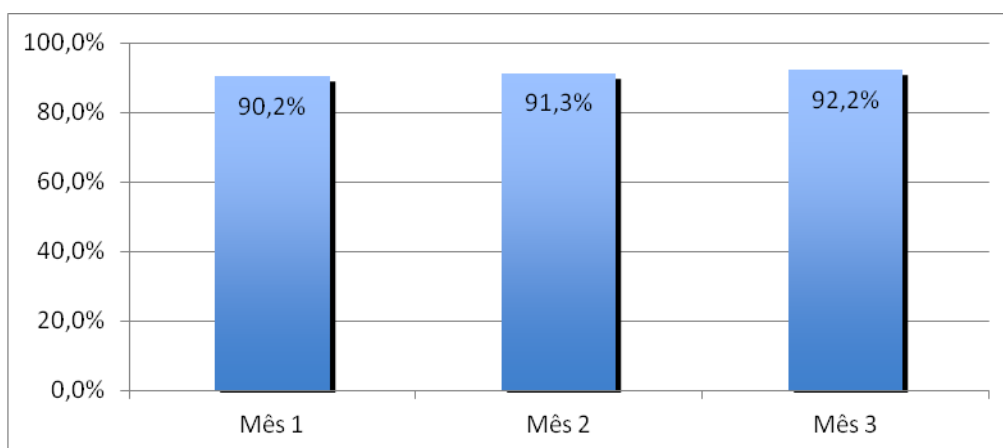


FIGURA 7. Gráfico da proporção de crianças com triagem auditiva. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O primeiro mês do teste do pezinho coletou 37 crianças (90,2%), já o segundo mês aumentou o número de crianças para 65 (94,2%), e no último mês esse número subiu para 84 crianças representando 93,3%. O gráfico do teste do pezinho foi muito bom, pois a enfermeira ou a médica logo após o nascimento da criança, quando a mãe comparece a unidade na primeira semana, e caso a mesma não tenha feito no próprio hospital onde a criança nasceu, uma das responsáveis entram em contato com o enfermeiro do hospital local e já encaminham no mesmo dia para realizarem o teste no hospital. A porcentagem ainda poderia ser melhor, se todas as crianças que fossem encaminhadas realmente comparecessem ao hospital para realização do teste.

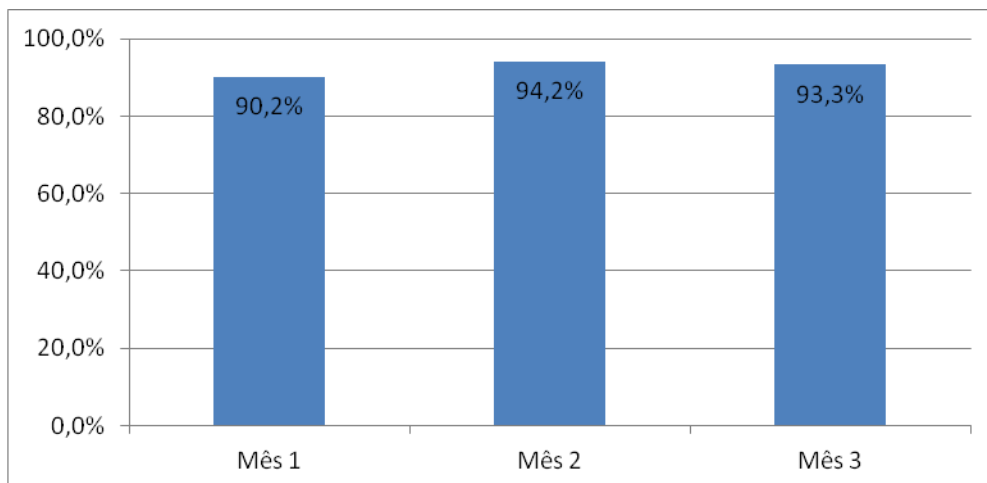


FIGURA 8. Gráfico da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Quanto a proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, o primeiro e o segundo mês fecharam com uma porcentagem de 100%, sendo 41 e 59 crianças coletadas respectivamente, e no último mês somente uma das 78 crianças analisadas não tiveram essa avaliação, com uma porcentagem de 98,7% das 77 crianças coletadas.

Este gráfico mostra a reunião que tive com os demais profissionais da unidade para que os mesmos dessem atenção à saúde bucal da criança e os mesmos tivessem a consciência de avaliação nem que seja de modo leigo a cavidade oral da criança. Tive também o mérito, pois na reunião de equipe, levei o

computador e apresentei é cárie e quando seria necessário encaminhar a criança ao setor odontológico.

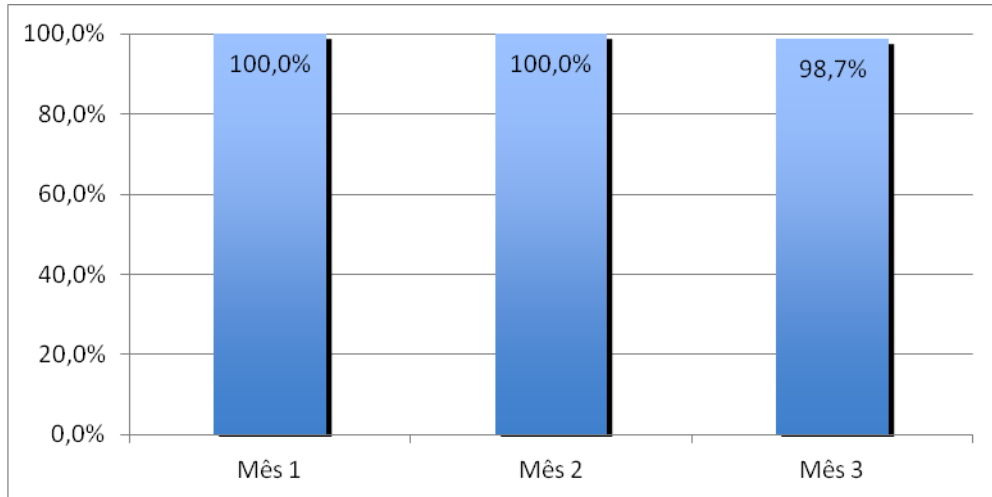


FIGURA 9. Gráfico da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica foi de 97,6% no primeiro mês (40 crianças), no segundo com a porcentagem de 96,6% (57 crianças) e no terceiro mês com 97,4% (76 crianças). Este gráfico é a expressão do meu atendimento frente às crianças da unidade, onde os demais profissionais encaminhavam para o cirurgião-dentista, outro profissional que levou o mérito desta boa porcentagem foi a recepcionista onde ficava responsável pela marcação das consultas odontológicas.

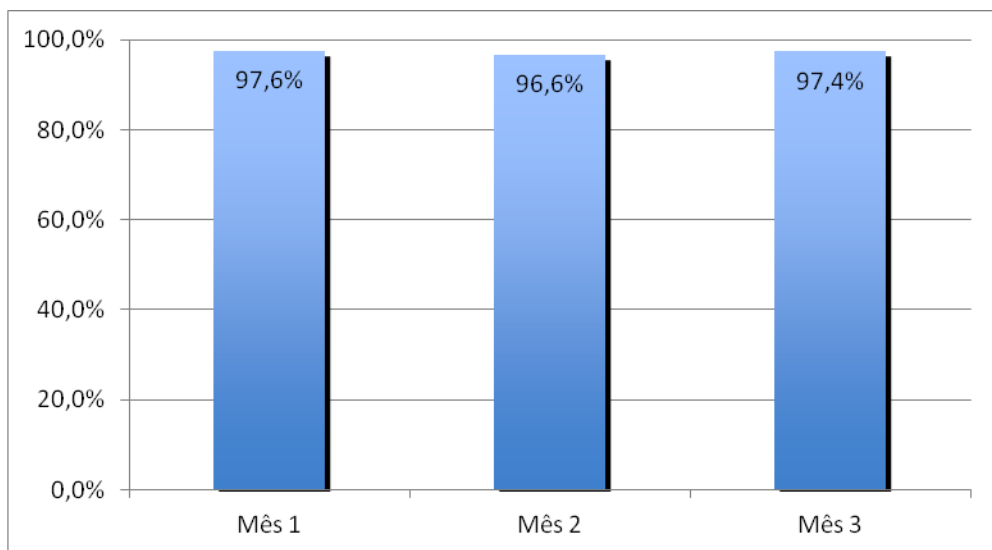


FIGURA 10. Gráfico da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.



O número de crianças faltosas foi de 7 no primeiro mês (87,5%), aumentando esse número para 9 (81,8%) no segundo mês, e finalizando com 13 crianças no último mês (92,9%). As crianças faltosas registradas eram buscadas nas visitas domiciliares com a ajuda das agentes comunitárias tanto eu (cirurgião-dentista) como a enfermeira, conseguindo reaver uma boa porcentagem. Somente uma não retornou a unidade, devido ter viajado no período da intervenção.

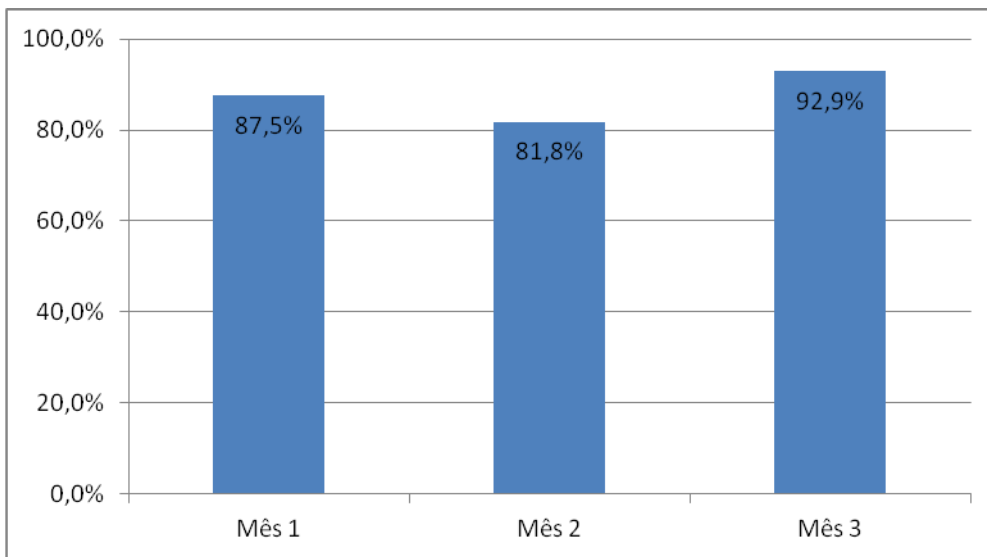


FIGURA 11. Gráfico da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Com relação às crianças com o registro atualizado foram 36 crianças no primeiro mês (87,8%), aumentou esse número para 61 crianças no segundo mês (88,4%) e no terceiro mês chegou a 82 crianças representando 91,1%. A boa porcentagem alcançada é em consequência do trabalho em conjunto da médica, enfermeira e do dentista, que os três trabalhando juntos conseguimos atualizar grande parte das crianças assistidas na unidade.

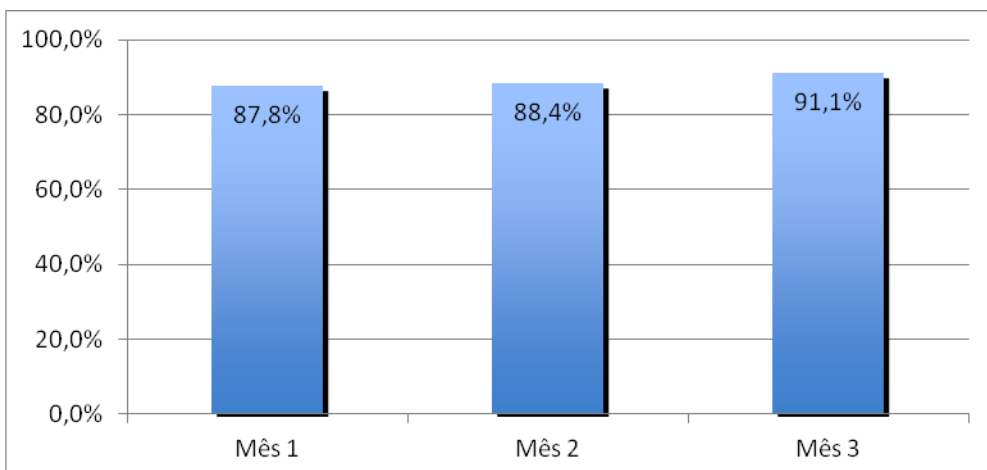


FIGURA 12. Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Com relação às crianças e a avaliação de risco a porcentagem ficou um pouco abaixo das demais que sempre se mantiveram acima de 90%, nesse índice avaliado foi de 85% para o primeiro mês (35 crianças), 85,5% para o segundo mês (59 crianças), e 85,6% para o terceiro mês (77 crianças). Esse índice não foi melhor porque não houve um devido preparo de toda a equipe para reconhecimento quando a criança estava em fator de risco.

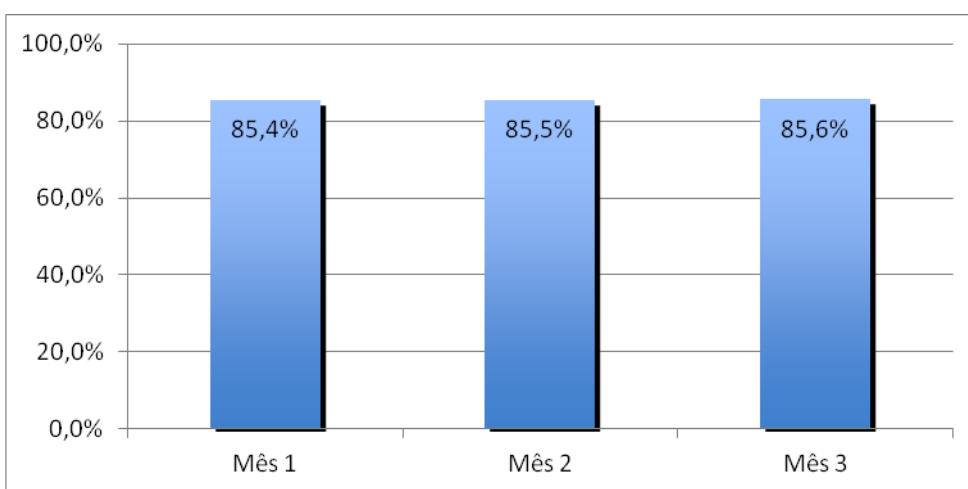


FIGURA 13. Gráfico da proporção de crianças com avaliação de risco. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância foi uma ordem progressiva com 87,8% no primeiro mês (36 crianças), 88,4% no segundo mês (61 crianças) e ultrapassando a porcentagem dos 90% como os demais índices, com 91,1% para o terceiro mês coletando um total de 82 crianças.

Este gráfico é proporcional às consultas subsequentes da criança logo após a primeira semana de vida, pois a médica da unidade costuma fornecer essas orientações sobre prevenção de acidentes na infância, na terceira ou quarta consulta da criança, desta forma ela consegue obter um bom resultado neste índice, porém não alcançou 100%, devido em alguns casos, na consulta de acompanhamento da puericultura algumas crianças virem com alguma enfermidade, e na consulta que seria de rotina para as instruções de por exemplo a prevenção de acidentes na infância, a médica se preocupava em primeiro lugar em sanar o problema, por mais

que fosse uma diarreia ou uma febre, deste modo acabava esquecendo em passar essas orientações.

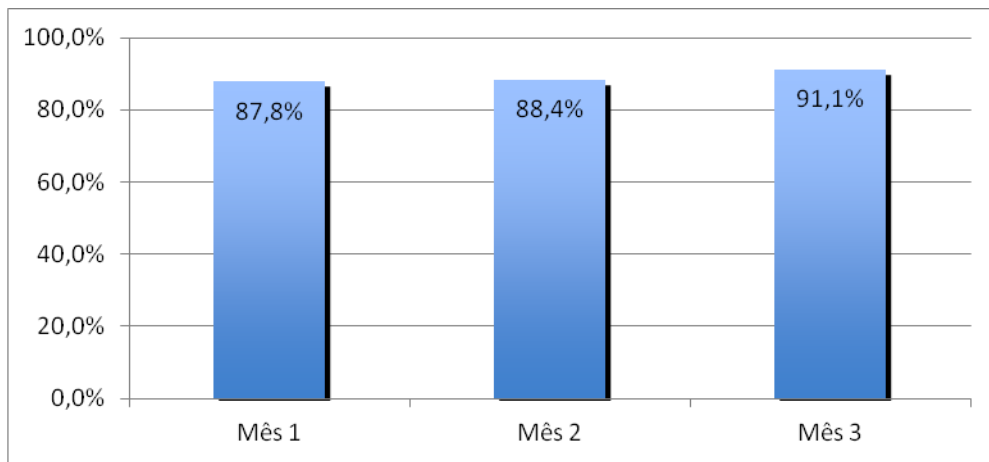


FIGURA 14. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Quanto ao número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta no primeiro mês foram 36 representando 87,8%, no segundo mês foram 63 representando 91,3% e no terceiro mês foram 83 crianças finalizando com 92,2%. Este gráfico repercute as primeiras consultas, pois é um costume a médica colocar para mamar logo na primeira consulta. Só não atingimos os 100% devido a alguns recém-nascidos que fazem o acompanhamento na unidade serem de outras áreas e depois do segundo ou terceiro mês da criança procuram a UBS.

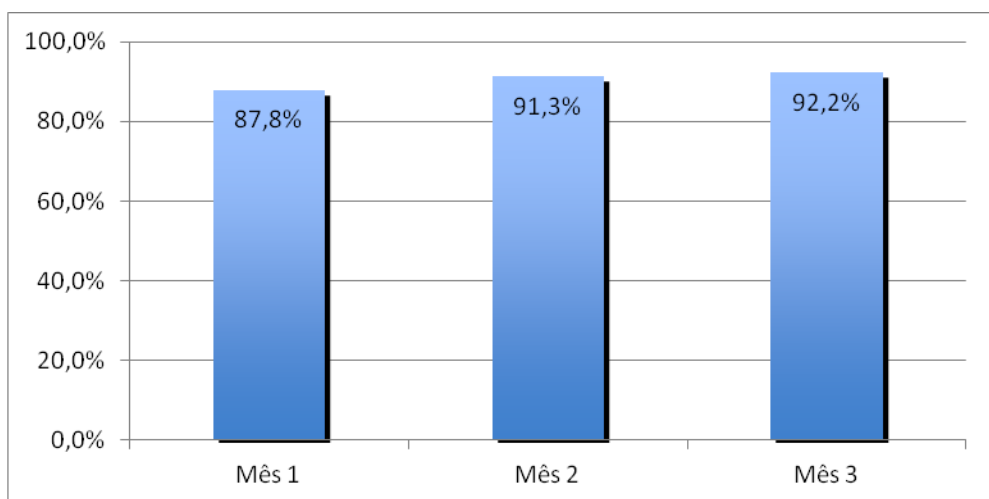


FIGURA 15. Gráfico do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária foi de 87,8% com 36 crianças no primeiro mês, com 91,3%

para o segundo mês com 63 crianças, e 92,2% para o terceiro mês com 83 crianças coletadas.

O gráfico é positivo e mostra o resultado de acordo com o acompanhamento da criança na unidade, pois se a mesma é levada com frequência de acordo com as consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS), a médica costuma fornecer essa orientação nas primeiras consultas e logo em seguida a enfermeira reforça novamente essa orientação, mas em alguns casos quando a criança comparecia a unidade com algum problema, a médica dava a atenção para sanar a enfermidade e acabava esquecendo de dar as orientações nutricionais, por isso não termos alcançado a porcentagem máxima.

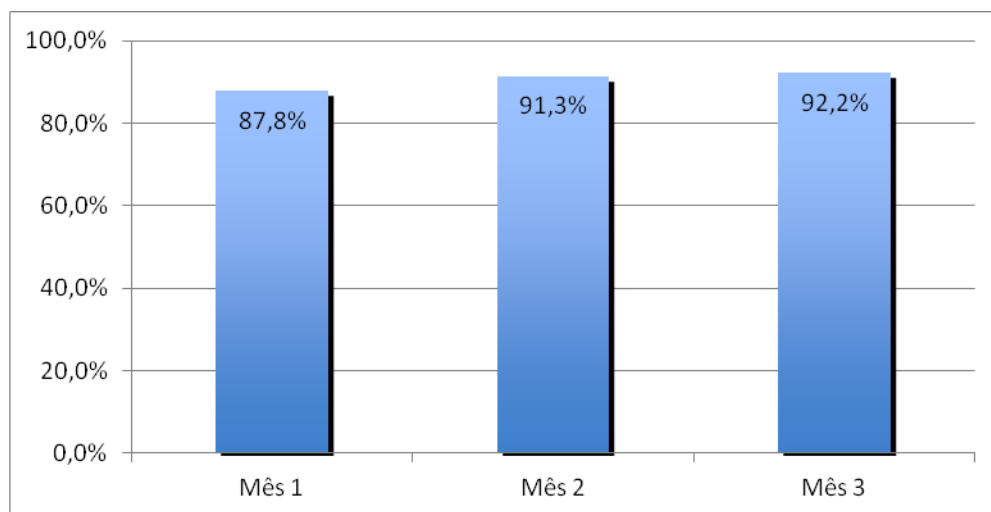


FIGURA 16. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie é de 87,8% no primeiro mês (36 crianças), 91,3% no segundo mês (63 crianças), no terceiro mês 92,2% (83 crianças). Esta é a proporção da medicina e enfermagem segundo suas orientações, pois eu orientei a enfermeira a repassar uma ideia inicial de higiene bucal, porém em alguns casos mais severos ela fica com receio de orientar errado e repassa direto para o dentista, notar que este gráfico na saúde bucal alcançou a totalidade, pois logo na primeira consulta dava todas as orientações de saúde bucal, para poder condicionar a criança ao tratamento odontológico.

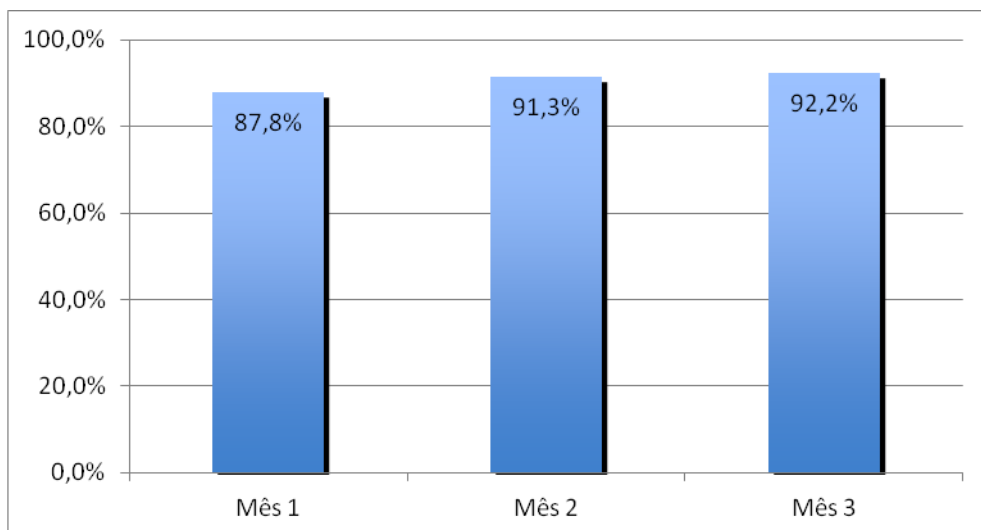


FIGURA 17. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

### **Saúde bucal**

A saúde bucal foi positiva em todos os aspectos, me esforcei bastante para alcançar todas as metas estabelecidas.

Quanto a proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica atingi a porcentagem total no primeiro mês (100%) com 41 crianças, no segundo mês essa porcentagem caiu para 91,5% (54 crianças) e no terceiro ficou em 87,2% (68 crianças).

Essa porcentagem teve uma queda, devido ter registrado algumas crianças que foram encaminhadas pela enfermagem e não as ter atendido devido à falta dos próprios pacientes no dia da consulta marcada.

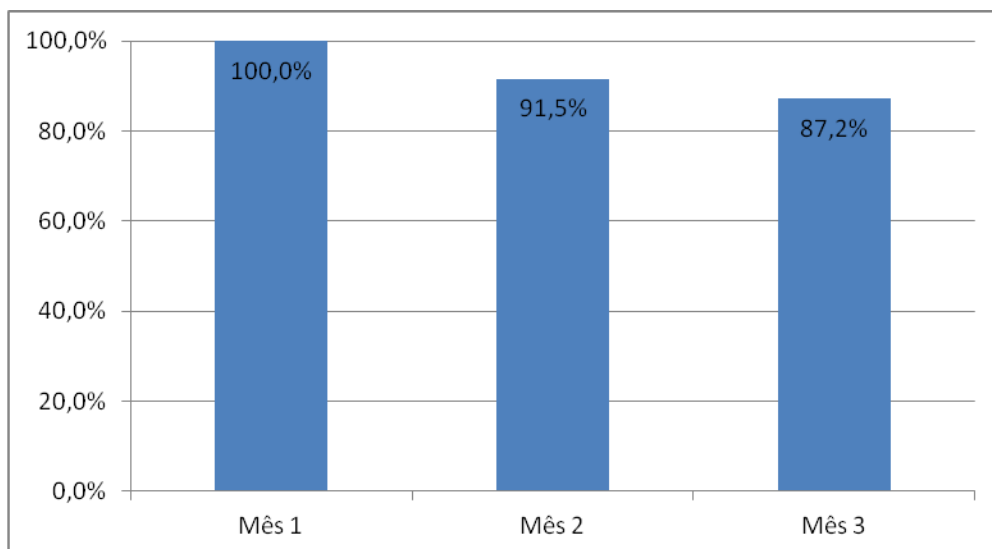


FIGURA 18. Gráfico da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/PI, 2014.

Sobre a proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento odontológico, todas que foram atendidas foram consideradas com necessidade, mesmo as que estavam com todos os elementos hígidos, mesmo assim foram consideradas com necessidade do atendimento, pois para saber se esta em dias com a manutenção da saúde oral foi necessária um exame, no mesmo dia aproveitava e dava orientações de higiene bucal, dieta, nutrição nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Sendo que neste item todos os três meses ficaram com uma porcentagem de 100%, no primeiro mês com 41 crianças, no segundo com 54 crianças e no terceiro com 68 crianças.

Na proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática todos os três meses também atingiram a porcentagem máxima de 100% com respectivamente 41,54 e 68 crianças. Este é gráfico que mostra o bom trabalho da Odontologia na unidade, pois todas as crianças com necessidade de atendimento foram atendidas, mesmo as que faltavam as primeiras consultas foram recuperadas através das buscas nas visitas domiciliares.

O tratamento concluído (TC) foi um indicador que muito me preocupou desde o início da intervenção, pois procurava ao máximo dar TC para as crianças, porém não é nada fácil quando uma criança aparece com dez elementos cariados na cavidade oral, mesmo assim acho que consegui uma boa porcentagem com 61% no

primeiro mês (25 crianças), 72,2% no segundo mês (39 crianças) e no último mês alcancei uma boa meta, finalizando a intervenção com 91,2% representando 62 crianças.

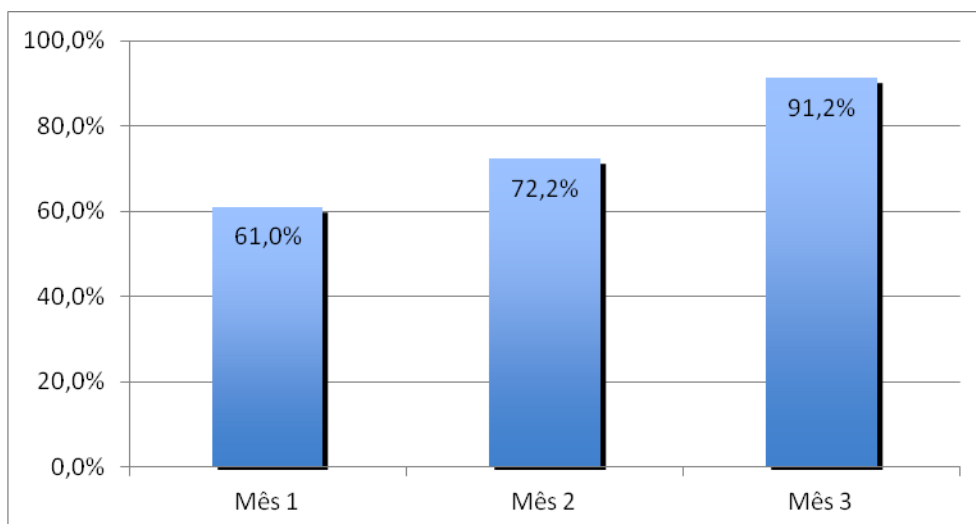


FIGURA 19. Gráfico da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Com relação à proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram foi de 50% no primeiro mês, com a visita domiciliar consegui reaver 2 de 4 faltosos, no segundo mês foi 71,4% com 5 de 7 crianças faltosas, e no último mês só não consegui reaver um dos 11 pacientes, pois a mãe tinha viajado com o mesmo na época da visita, finalizando com 90,9%.

Este gráfico mostra o mérito e a integração que consegui com as agentes comunitárias de saúde da minha unidade, pois ao final de cada mês revisava quem eram as crianças faltosas, para que no início do mês seguinte, no dia das visitas pudessem ir à casa da criança para dar motivação ao responsável pela criança sobre a importância da saúde bucal.

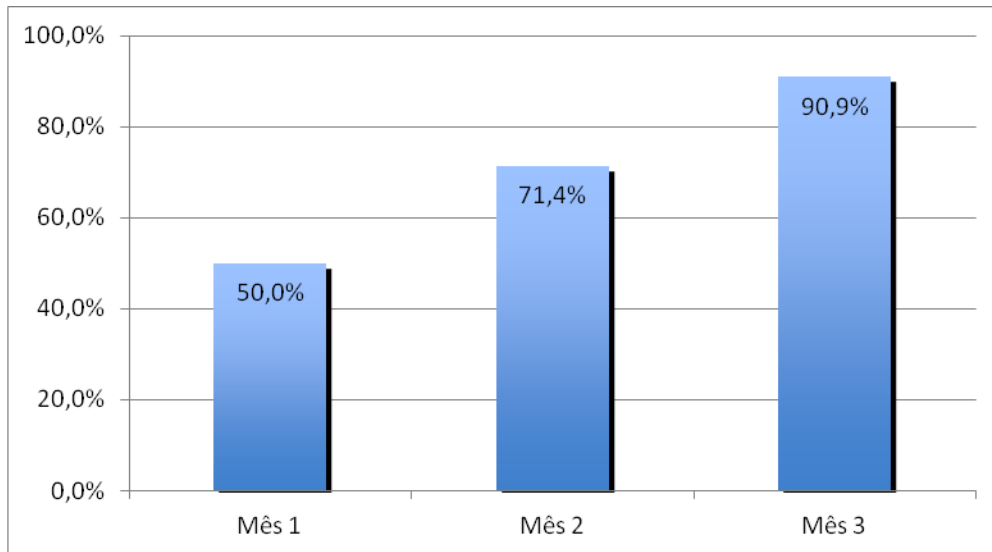


FIGURA 20. Gráfico da proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde e que faltaram as consultas subsequentes, esta foi positiva alcançando 100% em todos os meses, com 2, 4 e 5 crianças respectivamente. Todas as crianças que tinham se consultado a primeira vez, e faltaram à consulta subsequente foram buscadas durante a visita domiciliar, mérito novamente de minha interação com as agentes comunitárias de saúde.

As crianças com registro atualizado foi um gráfico que mostra parte do meu trabalho, onde ao longo dos meses consegui abranger grande parte da população cadastrada, no primeiro mês representou 85,4% (35 crianças), no segundo já houve um avanço considerável com 96,3% (52 crianças) e no último mês foi de 97,1% alcançando 66 de 68 crianças cadastradas, só não finalizando com os 100% devido às crianças faltosas.



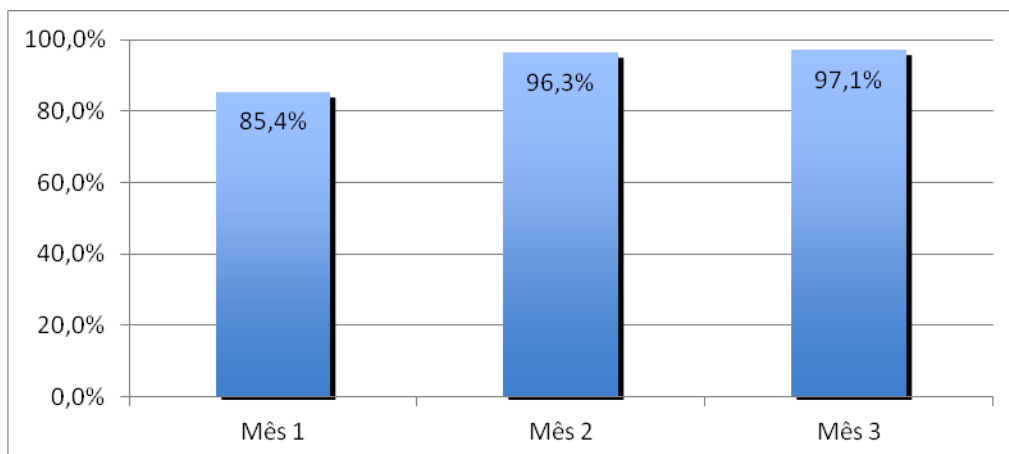


FIGURA 21. Gráfico da proporção de crianças com registro atualizado. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Sobre o gráfico de higiene bucal, este é proporcional ao número de crianças com registro atualizado, pois na primeira consulta sempre procurava realizar a orientação de higiene oral, dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e oclusopatias.

Os três gráficos seguintes serão iguais em relação em número e porcentagem ao gráfico de registros atualizados. No primeiro mês foi de 35% (35 crianças) no segundo mês alcançou 96,3% (52 crianças) e no terceiro mês finalizou com 97,1% (66 crianças).

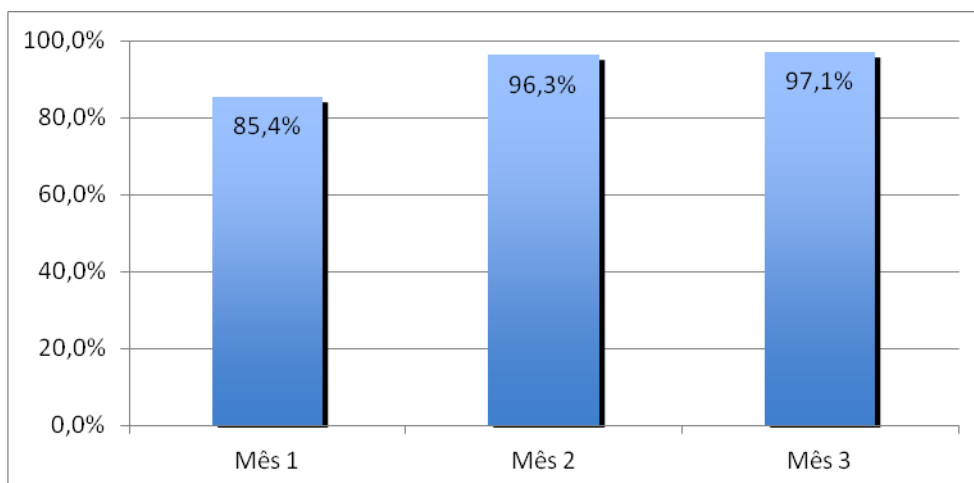


FIGURA 22. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Como explanei anteriormente o gráfico de orientação sobre dieta é proporcional ao de registro atualizado, logo ficará também no primeiro mês com 85,4% (35 crianças), no segundo com 96,3% (52 crianças) e no último com 97,1% (66 crianças). Este gráfico explica meu trabalho de primeira consulta, pois em toda

primeira consulta tento condicionar a criança e aos pais forneço o que é indicado a alimentação saudável em cada fase de vida da criança.

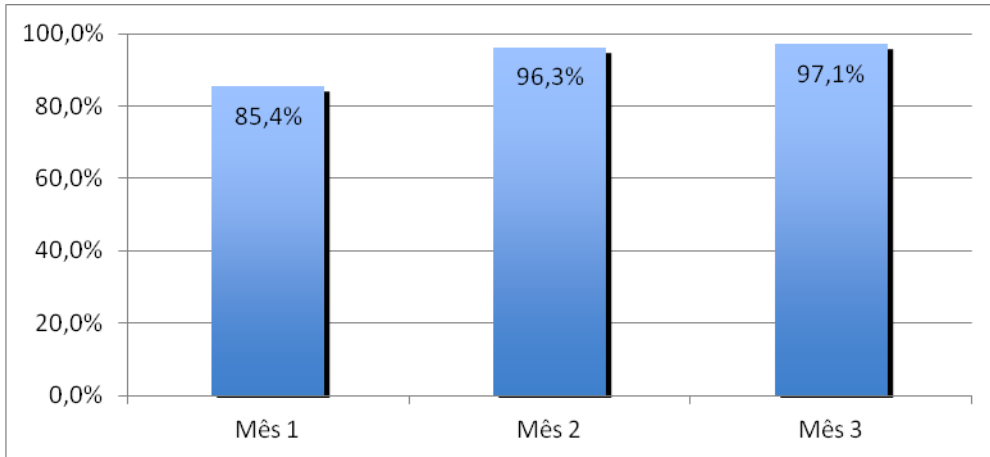


FIGURA 23. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre dieta. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

A proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias é proporcional aos gráficos anteriores pela mesma explicação fornecida, onde quando a criança comparecia a primeira consulta já era orientada quanto aos hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, sendo que a porcentagem ficou com 85,4% no primeiro mês, 96,3% no segundo mês e finalizando com 97,1% no terceiro mês.

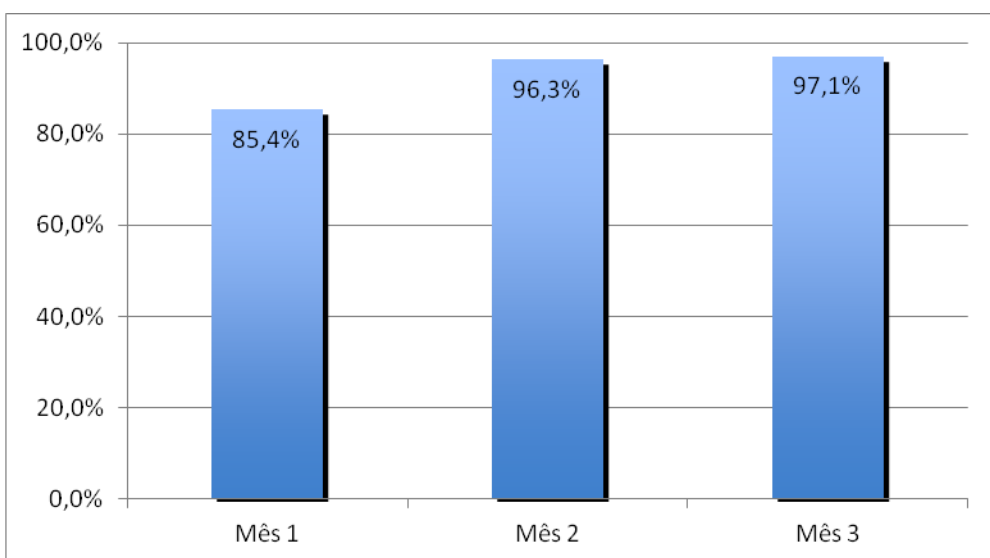


FIGURA 24. Gráfico da proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

## 4.2. Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque ao teste do pezinho, a atualização da vacinação e a suplementação de ferro. Foram um total de 90 crianças atendidas na saúde da medicina e enfermagem e 78 crianças na parte de saúde bucal.

A exigência que a intervenção causou foi que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das crianças de até 72 meses. Esta atividade promoveu uma integração de toda a equipe, pois estávamos durante esses três meses com um elo, este era a maximização do atendimento a essas crianças.

Dentro dessa aliança cada um tinha uma função específica, onde eu como cirurgião-dentista cuidava de toda a parte de saúde bucal, incluindo sua prevenção, e encaminhamento para a médica ou enfermeira. A técnica de enfermagem ficou responsável pela suplementação de ferro e a atualização do calendário de vacina das crianças. A enfermeira cuidava do acompanhamento de quase todos os índices, como a curva de crescimento e desenvolvimento, o teste de triagem auditiva e do pezinho, o encaminhamento para o atendimento odontológico, as orientações sobre a prevenção na infância, orientação nutricional e registro da ficha espelho.

A médica como informei nos diários de intervenção participou do projeto de modo indireto, pois a mesma acabava atendendo as crianças que eram encaminhadas pela a enfermeira, não se preocupando em cumprir nenhuma meta, mas como a mesma atendia as que eram encaminhadas acabava contribuindo com o projeto. A recepcionista foi uma chave de união para a equipe, pois a mesma que era a responsável pelo o agendamento das consultas, fazendo desse modo à união da equipe multidisciplinar para as crianças. As agentes comunitárias de saúde foram importantes na busca das crianças faltosas tanto na parte de saúde da medicina e enfermagem como na de saúde bucal.

Quanto às reuniões educativas realizadas com os pais e responsáveis, a princípio foram traçados em semanas pré-determinadas, porém após a primeira marcação de um dia específico somente para a palestra, percebi que os pais não viriam à unidade somente para escutar. O primeiro a marcar palestra fui eu , como odontólogo, me senti desmotivado, pois poucos pais apareceram, então na reunião

de equipe que tivemos combinamos que as palestras educativas seriam de modo mais informal, no dia que tivesse uma demanda espontânea elevada, e assim foi realizada, realizei mais duas palestras de saúde bucal com a ajuda do auxiliar de saúde bucal. A enfermeira também fez mais duas palestras envolvendo as ações de saúde da medicina e enfermagem, esta contou com o apoio da técnica de enfermagem.

Essa integração teve impacto não somente na prestação dos serviços ofertados a saúde da criança como aos demais atendimentos da unidade, pois a equipe ficou mais unida, deste modo facilitou quando, por exemplo, quando ia fazer um extração ou algum procedimento mais invasivo na odontologia a um cardiopata, costumava aferir a pressão arterial, quando notava mais elevada, ao invés de atendê-lo, o mesmo era encaminhado na mesma hora para falar primeiramente com a enfermeira, e depois a recepcionista agendava para a médica. Este sistema ocorria antes da intervenção, mas depois que a mesma começou e com a intimidade que adquirimos ao longo destes três meses, tínhamos maior liberdade de invadir a sala do colega e puder falar pessoalmente o problema que estava ocorrendo com o paciente.

Sobre a importância da intervenção para o serviço, posso expressar que antes da mesma ocorrer, não era dada à devida a atenção a saúde da criança, pois não tinha um protocolo para envolver a mãe e a criança a equipe de saúde da família, sendo que a mãe ou responsável só procurava a unidade quando a criança precisava tomar as vacinas ou estava doente, com o desenvolvimento do projeto e o início da intervenção, fomos gradativamente criando um espaço mais cativante de acolhimento desta criança que procurava a unidade, com isso conquistando mais crianças para o acompanhamento na unidade. Outro ponto que maximizou o atendimento ao grupo foi à melhoria do registro e o agendamento em dias específicos pré-determinados, ações que culminaram na otimização da atenção à demanda espontânea.

A importância da intervenção para a comunidade foi à criação de um espaço mais acolhedor para receber essas crianças que procuram a unidade. Pude perceber que houve até um aumento da procura de crianças fora de área da unidade, acho que pela propagação da comunidade local em falar que havia turnos de atendimentos específicos para a demanda deste grupo, porém mesmo com essa melhora e procura, infelizmente ainda há crianças sem cobertura.

Apesar do fato, conseguimos com turnos específicos também trabalhar com o agendamento das crianças que faziam a primeira consulta, sendo que após a mesma, o usuário já saía da unidade com a próxima consulta já agendada. Houve uma mudança significativa na marcação desse agendamento, quando criamos dois turnos de atendimentos específicos a estas crianças, sendo que um turno era para atender as primeiras consultas e agendadas no caso de não completasse essas vagas e o outro turno somente para atender os usuários que já tinha realizado a primeira consulta e forma agendados.

As ações da intervenção poderiam ter sido facilitadas se tivesse procurado discutir desde o começo da especialização o projeto que estava desenvolvendo com a equipe, apesar de sempre ter falado por alto em nossas reuniões de equipe como era a especialização do PROVAB, não entrava a fundo no assunto, talvez se tivesse explanado com maior riqueza de detalhes desde o começo do projeto, a integração multidisciplinar poderia ser feita antes, porém aprendemos com nossos erros, e a vantagem que mesmo assim, consegui através do projeto a união da equipe. Faltou também um pouco mais da opinião da comunidade, pois instituímos turnos de atendimentos específicos para o atendimento às crianças, no início era à tarde, mas logo que percebemos que durante a manhã era melhor para as mães trazerem suas crianças, já mudamos na semana seguinte ao fato analisado.

As ações desenvolvidas na intervenção serão incorporadas a rotina de serviço. Para isto, vamos conversar novamente com a comunidade, separar um turno específico para o atendimento a essas crianças, para que tanto a procura do grupo seja remanejada para este dia, como a comunidade geral entenda o motivo deste turno, sem que haja conflitos.

Notamos que a falta do agente comunitário na unidade diariamente prejudicou a busca de forma mais rápida a essas crianças faltosas, vamos procurar estabelecer uma frequência e uma maior proximidade principalmente da parte de saúde bucal com o ACS, para que possamos reaver estas crianças faltosas de modo mais rápido ao atendimento na unidade.

Os próximos passos serão a implantação do programa de pré-natal na unidade, tomando como exemplo o projeto desenvolvido com as crianças, pensamos nessa ação pelo fato de ser até mais fácil e de maior experiência, pois durante o projeto tivemos muito contato com as gestantes, muitas das que nos procuravam

com seus filhos, também estavam grávidas no momento da consulta, estas por sua vez, acabavam sendo atendidas através da livre demanda.

### **4.3. Relatório da Intervenção para Gestores**

O projeto foi desenvolvido na unidade Beira-Mar no município de Luís Correia, durante três meses apliquei o projeto que criei ao longo deste ano, nesse intervalo de tempo, consegui junto com os demais profissionais da unidade, criar um ambiente propício e receptivo para o atendimento das crianças de 0 a 72 meses.

Conduzimos uma mudança na unidade para que pudéssemos atender essas crianças da melhor forma possível, além de ter consequências na sobre o serviço prestado na UBS, repercutiu em minha carreira profissional, pois a cada nova criança, a cada novo caso, buscava o tratamento adequado para a criança, isto me fez crescer profissionalmente.

As facilidades que obtive foi o fato de eu estar bastante integrado com os demais profissionais, isto permitiu um contato direto e rápido, outro fato importante é a cidade em que fui alocado ser pequena, noto que tanto a distância que o paciente possui do profissional, como o profissional possui do gestor é muito pequena se comparada a da minha cidade natal, por exemplo, caso haja algum problema na unidade posso me retratar no mesmo dia ou a coordenadora ou a secretaria de saúde, e caso tenha faltado no dia na unidade, o usuário pode procurar a secretaria para saber o que houve, desta forma a exigência é maior, mas em compensação temos melhores condições de trabalho.

Com relação à participação da gestora, foi positiva pois pude contar com a mesma durante toda a intervenção, com o subsídios para a impressão das fichas espelho e o carro quando necessário nas visitas domiciliares com o objetivo de reaver as crianças faltosas ao atendimento. Outro ponto que pude contar com a ajuda da gestora foi quando na unidade faltou a caderneta de saúde da criança e o cartão de vacina, em poucos dias foi providenciado para a unidade.

Quanto aos líderes de comunidade, em todo este tempo de trabalho na UBS, não soube da existência de nenhum líder. Se houvesse, eu teria me aliado ao mesmo, pois seria mais uma ajuda extra na unidade, principalmente mais um elo entre os profissionais e a comunidade.

Conseguimos alcançar mais de 60% de cobertura com relação ao atendimento as crianças do projeto, mas não os 100% de qualidade se os reportarmos aos que foram cobertos, apesar desse índice não alcançar a porcentagem total, chegamos próximo em muitos destes indicadores.

Durante a intervenção fizemos tanto a parte curativa quanto a preventiva. Na ação curativa com relação à saúde da criança nos preocupamos com todos os itens abordados na especialização dentre eles: a primeira consulta na primeira semana de vida, o monitoramento do crescimento, o monitoramento do desenvolvimento, o calendário de vacina atualizado, a suplementação de ferro, a triagem auditiva, o teste do pezinho, a busca ativa das crianças faltosas, a avaliação de risco, e dentre os itens de saúde bucal se encontram: a primeira consulta odontológica programada, a preocupação no tratamento concluído, a busca ativa das crianças faltosas tanto na primeira consulta odontológica programática como nas subseqüentes.

Na preventiva foram separados turnos para que pudéssemos explanar assuntos como: orientações de acidentes na infância, orientação de nutrição de acordo com a faixa etária, orientação de higiene bucal, orientação de sucção nutritiva e não nutritiva e de oclusopatias.

Todos os temas foram abordados durante esses três meses de intervenção na unidade, e o que proporcionou os bons resultados para a intervenção tivesse sucesso foi à organização que fomos moldando ao longo deste tempo, além de termos um objetivo em comum que era a saúde das crianças de 0 a 72 meses.

Com turnos específicos de atendimento as crianças, um destinado somente às primeiras consultas e outro destinado às consultas subseqüentes, para tanto a criança que realizava a primeira consulta já saía da unidade com a consulta já marcada.

Antes das ações realizadas na intervenção a cobertura de crianças atendidas na UBS era de apenas 30%, de um universo estimado de 145 crianças para uma população de 3500 pessoas que pertencem a área adscrita a unidade.

Explanado quais ações foram realizadas durante esses três meses de intervenção, gostaria de demonstra uma forma mais concreta através de gráficos algumas metas alcançadas com o desenvolver do projeto.

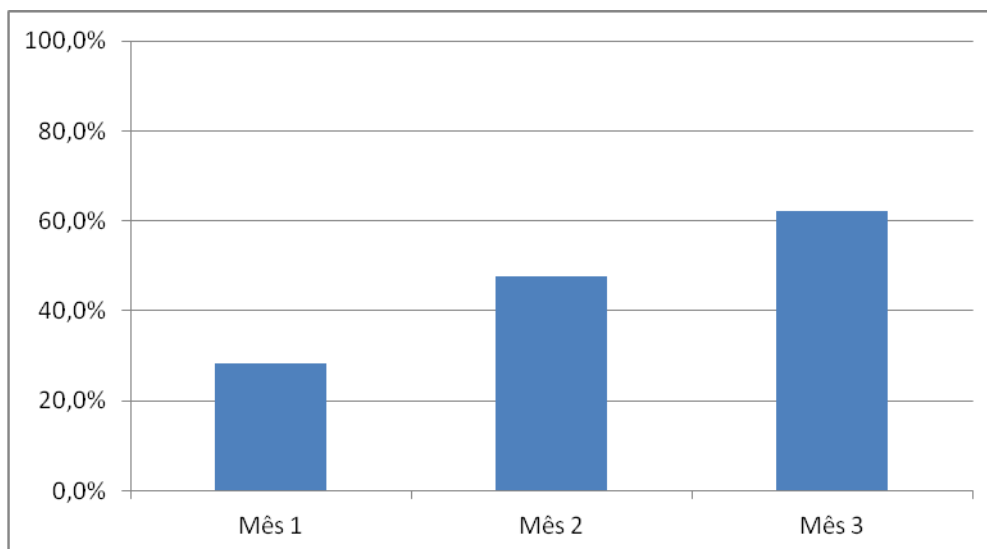


FIGURA 25. Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O gráfico acima mostra a porcentagem das crianças de minha área assistidas durante os três meses consecutivos, note que alcançamos a proporção de mais de 60%, fato significativo se formos analisar que atendemos durante esse curto intervalo de tempo, mais da metade de todas as crianças assistidas que a unidade engloba em sua região de abrangência.

Outro gráfico que vale a ser ressaltado é o de crianças com vacinação em dia.

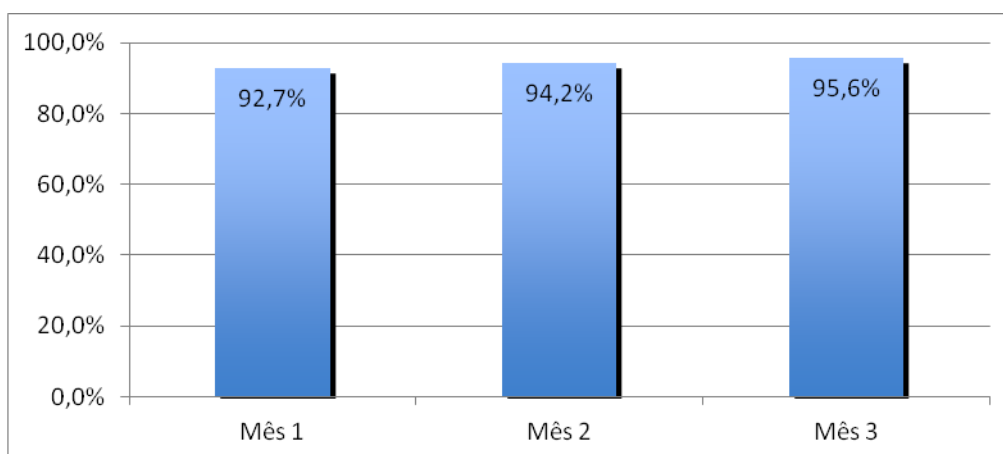


FIGURA 26. Gráfico da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Este gráfico mostra a realidade do serviço de vacinação que é prestado na unidade, onde quase todas as crianças estão vacinadas, e os que ainda não se enquadram no grupo são devidos os próprios responsáveis não procurarem a unidade para vacinarem no tempo adequado. Neste alcançamos no terceiro mês uma porcentagem de 95,6%.



O gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária mostra a parte preventiva desenvolvida na UBS.

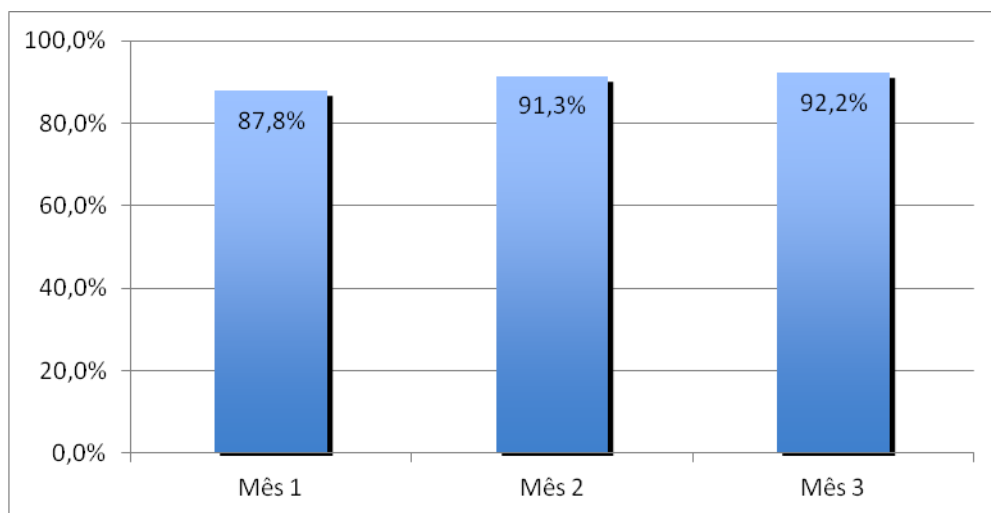


FIGURA 27. Gráfico da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

Ele demonstra uma porcentagem crescente de crianças cujo foram repassadas orientações de como deve ser a alimentação da criança de acordo com sua idade, finalizando com uma porcentagem de 97,1%.

Para demonstrar o trabalho da Odontologia na UBS, o gráfico da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática é um dos melhores a ser explanados. Analisando-o, mostra que de todas as crianças que foram atendidas pela enfermeira ou médica na unidade e foram encaminhadas ao cirurgião-dentista, 100% foram atendidas pelo dentista, iniciando e finalizando com a porcentagem máxima.

Outro gráfico que mostra o bom trabalho da saúde bucal é o da proporção de tratamento concluído.

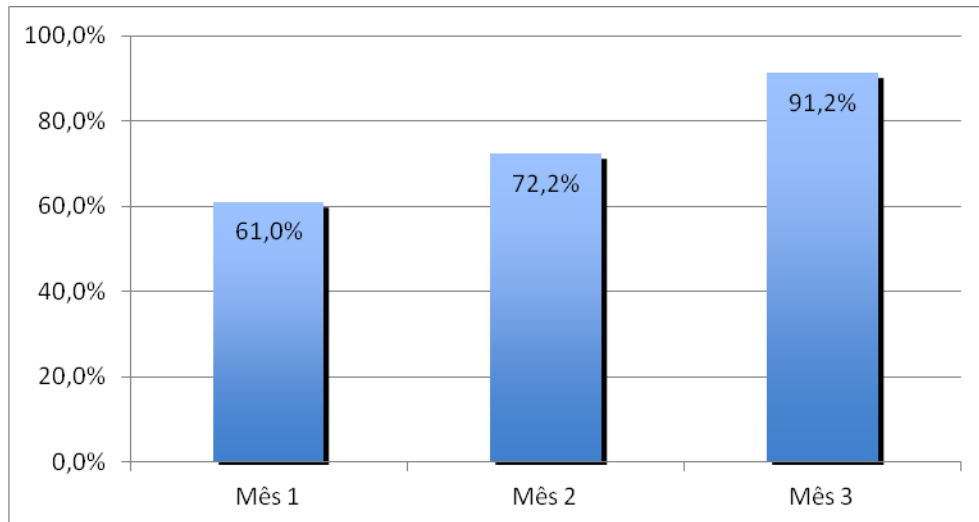


FIGURA 28. Gráfico da proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O gráfico mostra que das crianças que atendi nesses três meses, uma porcentagem de 91,2% representou as crianças que comecei e acabei o tratamento, significando que devolvi a saúde oral dessas crianças.

Na parte curativa de saúde bucal, posso anexar o gráfico da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

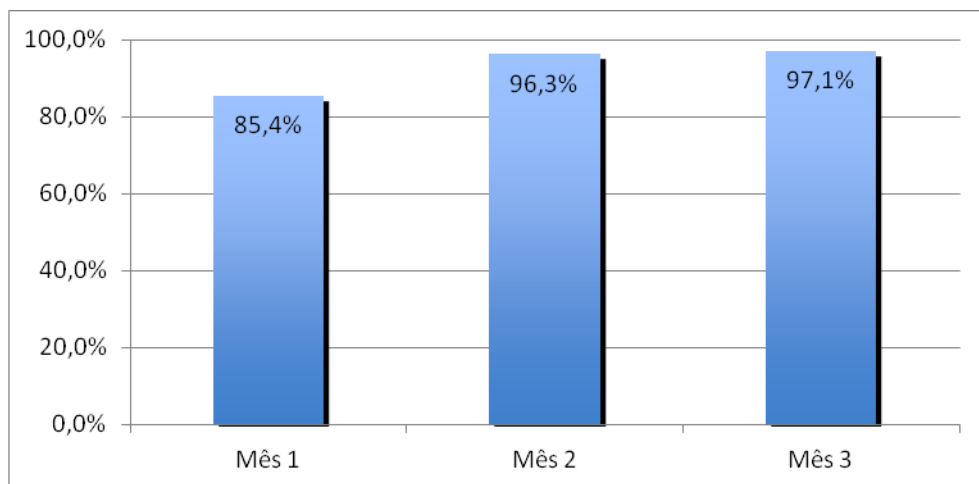


FIGURA 29. Gráfico da proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal. Planilha de coleta de dados, Luís Correia/ PI, 2014.

O gráfico acima mostra em uma escala crescente, o trabalho que realizei quanto à parte preventiva, onde de todas as crianças que atendi, além de fornecer a parte curativa, também condicionava o usuário para ter uma consciência de saúde bucal, finalizando com 97,1%.

Explanado alguns dos indicadores que representaram meu trabalho juntamente com a equipe da unidade durante esses três meses de intervenção, gostaria de ressaltar os pontos negativos que em alguns momentos dificultaram o andamento do projeto.

Um fato que atrapalhou no desenvolvimento do projeto foi à falta de alguns medicamentos, pois trabalho com alguns procedimentos invasivos que precisam de um antiinflamatório, e infelizmente algumas vezes não possuía na unidade e o paciente não tinha condição de comprar, desta forma inviabilizava meu trabalho naquele dia, pois não podia fazer determinado procedimento, sendo que seria necessário o medicamento para o pós-operatório.

Outro ponto que prejudicou o trabalho foi à falta de alguns materiais como o cimento de ionômero de vidro, onde esse é um excelente material para que possamos trabalhar com mais segurança nas restaurações, servindo como agente forrador de cavidades profundas.

Gostaria também de explanar que na unidade não há uma caixa d'água, então já houve dias que não atendi, pois não tinha água na rua, desta forma um planejamento adequado para colocar uma caixa é de extrema importante e diria até em caráter de urgência, pois a falta de água compromete não somente meu serviço, mas o trabalho de todos os demais profissionais da UBS.

Gostaria de aproveitar o momento e pedir ao gestor que pudesse proporcionar mais cursos de qualificação em saúde, pois tirando por mim que fiz esta especialização e desenvolvendo este projeto, percebo que houve uma melhora na qualidade de atendimento da unidade, então se essa qualificação se estendesse para toda a equipe, julgo que haveria um grande avanço nos serviços prestados a comunidade com mais qualidade e conhecimento.

Apesar das dificuldades apresentadas, acho que a intervenção foi um sucesso e fiquei muito feliz com os resultados que alcançamos com o projeto. A partir de agora devemos continuar com a ideia, pois tanto os profissionais como os usuários ganharam com o trabalho em equipe e organizado voltado para a atenção à saúde da criança.

As ações que foram realizadas durante a intervenção serão incorporadas ao dia a dia da unidade, o protocolo que foi criado, o arquivo específico deve continuar, o dia de atendimento ao grupo, a forma de agendamento, a lista de pacientes

faltosos para posterior busca, todas estas atividades devem seguir na rotina da unidade.

As ações da intervenção repercutiram na comunidade, pois noto que com o trabalho que foi realizado, ela é mais ativa na busca da saúde de suas crianças, onde a demanda pela procura da unidade em se tratando de saúde destes usuários teve um aumento significativo da procura para o serviço oferecido na unidade. Isto devido à propagação da própria comunidade com a satisfação do serviço ofertado na UBS.

#### **4.4. Relatório da Intervenção para a Comunidade**

O relatório com a comunidade foi algo que me surpreendeu e me alegrou bastante, separei um horário de meu atendimento e pedi que três mães cujo eu tinha tratado suas crianças durante os três meses da intervenção, viessem até a unidade. Fiz um roteiro onde perguntava alguns pontos essenciais do andamento da intervenção e aproveitei e as entrevistei ao mesmo tempo dando oportunidade e tempo para cada uma pudesse se expressar ou complementar a fala da outra.

As mães foram selecionadas por cada uma das agentes comunitárias, fiz da seguinte forma, como tenho três agentes correspondentes a minha unidade, pedi que cada uma delas escolhesse uma mãe que elas tinham a certeza que tinha feito o tratamento na unidade durante esses três últimos meses.

O que percebi na conversa informal que tive com as mães foi o benefício que a intervenção trouxe para a qualidade do atendimento para as crianças de 0 a 72 meses. As mesmas relataram que antes procuravam a unidade com suas crianças e eram atendidas, mas de forma desordenada, ou eram remarcadas para dias alternados, com o início do trabalho houve uma organização, pois elas sabiam os dias em que procurar para serem atendidas com uma maior certeza, isso facilitava também a vida das mesmas, pois como elas expressaram: “não eram somente mães, mas donas de casa e trabalhadoras, dessa forma organizava sua vida para que pudessem levar seus filhos ao posto de saúde”.

Uma fala de uma das mães me deixou bastante motivado, expressando da seguinte forma: “o senhor deu alegria novamente no sorriso de minha menininha”, esta criança foi uma que me acompanhou durante dois meses na unidade, pois a mesma apresentava cárie de mamadeira, para o leitor entender denominamos assim

quando a cárie se dá em criança e ocupa toda a superfície vestibular dos dentes, ou seja, fica cariado na frente e na cervical de todos os dentes sendo os mais notados os elementos anteriores.

Nesta criança além de algumas extrações de dentes decíduos, fiz as restaurações dos que eram ainda possíveis de manter na cavidade oral, reabilitando novamente a saúde bucal. Para mim foi muito gratificante as palavras dessa mãe, pois nós trabalhamos para crescer profissionalmente, mas são momentos como esses que nos dão orgulho de nossa profissão.

Voltando aos comentários da entrevista, as mães notaram que estávamos mais preparados para atender suas crianças, pois agora até a recepcionista que segundo elas antes vinha logo dizendo que talvez não tivesse vaga, a mesma acolhia de forma diferente, tentava dar um jeito para encaixar a criança no mesmo dia ou no próximo turno específico das crianças.

Comentaram também uma das três que achou interessante a agente comunitária de saúde ter ido à casa dela, perguntar o porquê a criança não tinha retornado a UBS, até brincou que “estava se achando” e iria levar novamente seu filho na unidade.

Recebi uma crítica dizendo que poderíamos agendar as mães para o mesmo dia do atendimento de seus filhos, e realmente depois que fui pensar e seria uma boa ideia. Algo que pensarei em instalar na unidade nos próximos meses.

Logo após a crítica, veio outro elogio da mesma mãe, sobre o serviço de vacinação de suas crianças, quando a mesma foi atrás da técnica de enfermagem e da enfermeira e elas conferiram o calendário de vacina e a criança que estava com somente uma vacina atrasada recebeu a primeira dose no mesmo dia, sendo competente a qualidade do serviço prestado.

Logo posso explicar o ganho que houve com a intervenção, pois antes de suas ações acontecerem, não havia turnos específicos de atendimento ao grupo, se dava em dias aleatórios, sem uma ordem de marcação subsequente, após o início da mesma, houve um turno específico tanto para a marcação das crianças com primeira consulta como a marcação para as consultas subsequentes.

Os benefícios da intervenção para a comunidade, posso dizer que foi a melhoria da assistência à saúde das crianças e uma intensificação da promoção de saúde tanto na área da medicina e enfermagem como na área da odontologia.

Tendo um resumo dos comentários da comunidade, representados por estas três mães que compareceram na unidade, eu julgo que desenvolvi juntamente com minha equipe, um bom trabalho, onde criamos uma estrutura em que pudessem acolher da melhor forma possível e de forma organizada cada uma das crianças que comparecia a nossa unidade de saúde, sendo que a comunidade foi a que mais ganhou com a intervenção, notando que a mesma ficou satisfeita com as ações desenvolvidas, pois observávamos que a ligação do paciente com os demais profissionais estava mais harmônica.

## **5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

A primeira experiência que obtive depois da faculdade foi à oportunidade de trabalhar na cidade de Luís Correia (PI) através do PROVAB, comentar a respeito do desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais é algo prazeroso, pois comecei com muitas dúvidas, algumas inseguranças, pois apesar de a faculdade me dar conhecimento teórico, é a vida clínica que lhe fornece o complemento para que seja um bom profissional. Desta forma fui me desenvolvendo ao longo dos meses, tinha a visão inicial que o curso seria algo muito difícil, pois nas primeiras semanas, na fase de adaptação inicial passava horas nas tarefas e as ideias não fluíam como deveria, mas fui me adaptando e conseguindo desenvolver um bom trabalho ao longo de todo o ano, com a ajuda da minha orientadora.

Tinha a visão distorcida de que curso a distância não aprendia da forma correta, e me enganei a respeito do assunto, pois consegui aprender muito sobre saúde da família, pois como tinha que coletar dados além da Odontologia, como na área da medicina e enfermagem, sempre acompanhava de perto o trabalho dos demais profissionais, isto me fez aprender a realidade do trabalho de outras áreas, além da saúde bucal.

O significado do curso para a minha prática profissional foi devido à linha de estudo em que segui, atendendo crianças de 0 a 72 meses de idade, onde como recém-formado não tinha muito experiência com crianças, cada caso no começo era uma nova descoberta. Tive que estudar mais um pouco para poder atender, pois apesar de ter a disciplina de Odontopediatria na faculdade, mas foram poucas crianças e sempre tinha o apoio do professor ao lado, agora era diferente cada ação que fizesse o único responsável era somente eu. No começo foi difícil, mas depois me acostumei alguns casos já não era mais novidade, então ganhei ao longo desses meses a minha vivência profissional, isto me torna hoje um profissional mais seguro e capacitado.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram às ideias que tive que aprender a criar para desenvolver o projeto de pesquisa, e depois as ações

que foram desenvolvidas para realmente de fato pudesse desenvolver a intervenção, ou seja, aprendi muito na parte teórica sobre saúde da família, pois antes de desenvolver o projeto tive que estudar as cartilhas do Ministério da Saúde, achei interessante o estudo. Depois desta fase, tive que traçar um caminho para realizar meu projeto, este foi desenvolvendo minha criatividade para pudesse chegar um objetivo que era procurar uma forma para alcançar as metas e o melhor jeito de atender as crianças de 0 a 72 meses da minha unidade. Além de tudo depois da parte teórica tive a prática que seria agir de acordo com o que tinha pensado na teoria, esta fase foi muito prazerosa, apesar de ser difícil a execução obtive o apoio dos demais profissionais da unidade e consegui vencer ao finalizar minha intervenção com sucesso.

Outro ponto que aprendi ao longo desses três meses que durou a intervenção foi o fato de passar por novas situações na minha vida clínica, isto me deu mais segurança de atender os meus pacientes se comparado ao começo do curso, pois estes meses de trabalho e estudo foram muito bem aproveitados, pois tive a oportunidade de praticar o que aprendi durante minha faculdade e aprender ainda mais com novos casos e novas vivências.



## 6 Bibliografia

ALMEIDA TF; CANGUSSU MCT; CHAVES SCL; SILVA DIC; SANTOS SC. **Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (3): 247-252, jul. / set., 2009.

ALVARES JO, CACEDA J, WOOLLEY TW, CARLEY KW, BAIOCCHI N, CARAVEDO L, NAVIA JM. **Longitudinal study of dental caries in the primary teeth of children who suffered from infant malnutrition.** J Dent Res 1993; 72(12): 1573-6.

BEAUTRAIS AL, FERGUSON DM, SHANNON FT. **Use of preschool dental services in a New Zealand birth cohort.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 1982;10(5):249-52.

BÖNECKER MJ, SHEIHAM A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas.** São Paulo: Editora Santos; 2004.

BOTAZZO, C. **Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde.** São Paulo, 1989.

BRASIL. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

WINTER, G.B. et al. **The prevalence of dental caries in preschool children aged 1-4 years.** *Br. Dent. J.*, 1330: 271, 1971.

FINLAYSON TL, SIEFERT K, ISMAIL AI, SOHN W. **Maternal self-efficacy and 1-5 year-old children's brushing habits.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(4):272-81.

HOLM, A. K. **Caries in the preschool child: international trends.** *J. Dent.*, **18**: 291-5, 1990.

ISMAIL AI, NAINAR SM, SOHN W. **Children's first dental visit: attitudes and practices of pediatricians and family physicians.** *Pediatr Dent* 2003; 25:425- 30.

KRAMER PF;Ardenghi TM; FERREIRA S;FISCHER LA; CARDOSO L; FELDENS CA. **Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):150-156, jan, 2008

**Pan American Health Organization (PAHO).** Oral Health. Directing Council. XL Meeting. Washington, DC; September 1997.

PERES MA, LATORRE MRD, SHEIHAM A, PERES KG, BARROS FC, HERNADEZ PG, MASS AMN, ROMANO AR, VICTORA CG. **Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de seis anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no sul do Brasil.** *Revista Bras Epidemiol.* 2003; Vol 6: Número 4. Pág 293-306.


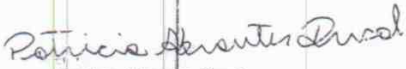

TOMITA NE; BIJELLA VT; LOPES ES; FRANDO LJ. **Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos.** *Rev. Saúde Pública*, 30 (5): 413-20, 1996.

## **ANEXOS**





## Anexo B- 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.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<b>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</b>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> 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	
	



12ª Planilha de Coleta de Dados- Saúde das Crianças [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Colar | Calibri | 11 | Fonte | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Células | AutoSoma | Preencher | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Limpar | Edição

Área de Tran... | E8 | 90

A B C D E F G H I J K L

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde	145
--	-----

5

6

7

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde	41	69	90

8

9

10

11

\*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	3500
Menores de 12 meses	35
De 12 a 24 meses	35
De 25 a 72 meses	105
Total de crianças entre zero e 72 meses	175

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

Pronto

80%

15:58  
12/02/2015

Considerar o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providenciar sua atualização.

OBSERVAÇÕES  
Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.