

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



**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na  
UBS Centro de Luís Correia-Piauí**

**Andressa Wanessa Gomes Galeno**

**Pelotas, 2015**

**Andressa Wanessa Gomes Galeno**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na  
UBS Centro de Luís Correia-Piauí**

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.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Ávila Salgado

**Pelotas, 2015**

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

G153m Galeno, Andressa Wanessa Gomes

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses na UBS Centro de Luís Correia-PI / Andressa Wanessa Gomes Galeno; Guilherme Ávila Salgado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Salgado, Guilherme Ávila, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho à minha querida mãe Rita de Cássia, pelo exemplo de determinação e dignidade, por está ao meu lado em todos os momentos e por demonstrar seu apoio e amor incondicional durante toda essa caminhada.

## **Agradecimentos**

À Deus, que guia meus passos, ilumina meus caminhos, me dá coragem para vencer os obstáculos da vida e que está me concedendo mais uma vitória!

Ao meu Prof. Orientador Guilherme Ávila Salgado, pelas correções e dedicação em todas as etapas deste trabalho.

Ao meu namorado Paulo Jorge, pelos incentivos e apoio constantes.

À minha querida amiga Lana Maria Miranda Ribeiro, por sua amizade verdadeira e incansável disposição em ajudar.

À minha irmã Alessandra Galeno e ao meu cunhado Gildeon Monteiro, pela confiança e motivação.

Aos meus amigos Ana Paula Brito, Jhonnathas Dantas, Juliana Bastos e Lizanna Lima, pela força, incentivo e parceria que eu ainda encontro em vocês, apesar da distância.

Aos amigos Eneas Aguiar, Beatriz Fontenele, Tereza Cristina, Laís Barroso e Catarina Castro pela amizade e carinho.

À todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... E a vida é muito para ser insignificante”.

CHARLES CHAPLIN

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	46
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	47
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento.....	48
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	49
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.....	49
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.....	50
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para idade.....	51
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.....	51
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.....	52
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.....	53
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.....	54
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica programática.....	55
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam	

	orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	57
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.....	58
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática .....	60
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.....	61
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído .....	62



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Melitos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Atendimento à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

	Apresentação.....	11
1	<b>Análise Situacional.....</b>	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2	<b>Análise Estratégica.....</b>	20
2.1	Justificativa.....	20
2.2	Objetivos e Metas.....	21
2.2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2.2	Objetivos Específicos.....	21
2.2.3	Metas.....	22
2.3	Metodologia.....	24
2.3.1	Ações.....	25
2.3.2	Indicadores.....	31
2.3.3	Logística.....	38
2.3.4	Cronograma.....	41
3	<b>Relatório da Intervenção.....</b>	42
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	42
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	43
3.3	Dificuldades encontradas.....	44
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	45
4	<b>Avaliação da Intervenção.....</b>	46
4.1	Resultados.....	46
4.2	Discussão.....	64
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	66
4.4	Relatório da intervenção para comunidade.....	68
5	<b>Reflexão Crítica sobre seu Processo Pessoal de</b>	

<b>Aprendizagem.....</b>	<b>71</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>73</b>

## Resumo

GALENO, Andressa Wanessa Gomes. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Centro de Luís Correia-Piauí**. 2015. 81f. Dissertação (Especialização em Saúde da Família-EaD) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, a mortalidade infantil ainda consiste num problema de saúde pública, tornando-se necessário aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços destinados à saúde da criança, para uma possível redução deste índice. Para tanto, o objetivo deste estudo foi melhorar a qualidade na Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses na UBS-Centro, do município de Luís Correia – PI, no ano de 2014. Foram utilizados os dados do Ministério da Saúde para a revisão bibliográfica. Inicialmente, a intervenção foi dirigida à sensibilização e qualificação da equipe e da comunidade por meio de reuniões para esclarecer sobre os objetivos, ações e metas propostas, bem como à capacitação dos profissionais quanto ao Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012. Fichas espelhos foram distribuídas, atendimentos foram realizados e várias ações desenvolvidas com o propósito de atingir as metas estabelecidas. Os dados foram colhidos e registrados semanalmente em planilha do Excel disponibilizada pela UFPEL, que ao final dos três meses de intervenção produziram gráficos representando cada um dos indicadores. Ao término do projeto observou-se uma cobertura de 66,3% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde e acompanhadas na UBS e uma cobertura de 65,4% de crianças com primeira consulta odontológica programática de um universo de 78 crianças residentes na área de abrangência da unidade. Conclui-se que houve um melhora significativa quanto a todos os aspectos envolvidos: cobertura, qualidade, adesão, registro e promoção de saúde infantil.

**Palavras-Chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Puericultura. Saúde Bucal.

## **Apresentação**

O presente estudo 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 qualidade na Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses da UBS-Centro, do município de Luís Correia – PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Observamos primeiramente a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Em seguida, 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 divisão 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 encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

## 1 Análise Situacional

### 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou atuando na UBS-Centro e a primeira impressão que eu tive foi bastante confortável aos meus olhos, pois me deparei com um local que me pareceu atender bem as necessidades básicas da população, assim como um local capaz de permitir um bom trabalho da equipe de saúde. Porém, após alguns dias chuvosos, percebi a carência na infraestrutura do prédio, como a existência de algumas goteiras, inclusive dentro do consultório odontológico.

A respeito do espaço físico, lá encontramos um amplo espaço, duas recepções, uma copa, dois banheiros sociais, três consultórios (médico, enfermeiro e odontológico), uma sala para reuniões, uma sala de vacinação, duas salas de frios, uma farmácia básica, uma sala de utilidades, uma sala de procedimentos, um laboratório de exames e um escovódromo. O consultório odontológico possui ar-condicionado, uma cadeira odontológica completa, um aparelho de ultrassom, duas pias, uma autoclave, duas mesas e dois armários, um para o armazenamento dos materiais de consumo e o outro para guardar o material esterilizado, além de possuir um espaço para as crianças e materiais educativos como macromodelo e escova.

A consulta odontológica é feita através do atendimento da livre demanda (terça e quinta) e pela marcação dos usuários nos dias de segunda, quarta e sexta quando do retorno dos mesmos. O posto passou um pequeno lapso de tempo com os atendimentos odontológicos nos turnos manhã e tarde, já que eu estava alocada apenas temporariamente, retornando apenas aos atendimentos no turno da manhã quando da aposentadoria da outra dentista.

A UBS-Centro contém os materiais básicos necessários à execução da maioria dos procedimentos a serem realizados na atenção primária. Quanto ao equipamento odontológico, a unidade carece de um aparelho de raio-X, de grande valia como método auxiliar no diagnóstico e prognóstico, faltando também determinados itens: luva estéril, sugador cirúrgico e papel toalha, assim como materiais necessários para o controle da biossegurança (saquinhos plásticos).

Os serviços oferecidos aos usuários estão expostos em um banner na própria unidade, sendo eles: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta

odontológica, distribuição de medicamentos, realização de curativos, aplicação de medicamentos, vacinação, acolhimento, aerosol, prevenção do câncer do colo de útero, puericultura, visita domiciliar e atividades educativas. Ainda fazem parte do cronograma dos profissionais da minha equipe: palestras, visitas aos acamados e às escolas. No serviço odontológico contamos com o emprego da referência e contra referência, onde o usuário que necessitar de qualquer tratamento da atenção secundária é referenciado ao CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), e terá seu atendimento agendado nesta unidade.

Quanto à organização do trabalho nesta UBS, pude verificar grande organização e comprometimento por parte da gestão, percebi também a falta de contato entre os profissionais da saúde, deixando a desejar a existência de um completo engajamento. Este último necessário para que hajam melhorias para a saúde e para o atendimento na atenção básica. Entretanto, há um forte comprometimento entre os profissionais da saúde bucal, em que reuniões entre a equipe de saúde bucal e a coordenadora do setor são realizadas mensalmente a fim de discutir os principais problemas e necessidades da população, a falta de materiais e sugestões para a melhoria dos atendimentos.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

As ações estão sendo desenvolvidas em Luís Correia, município brasileiro do litoral do Estado do Piauí, com uma área estimada de 1.070,928 km<sup>2</sup> e aproximadamente 28.406 habitantes. O município conta com 18 unidades básicas de saúde (UBS), em que todas possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo distribuídas nas zonas rural e urbana. A cidade ainda recebe o apoio dos serviços do Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), atendimento hospitalar e realiza alguns exames complementares.

Inicialmente, estava atuando na UBS-Centro provisoriamente, pois a UBS para qual eu seria remanejada estava em construção e alguns equipamentos odontológicos ainda estavam em fase de licitação. Após um curto espaço de tempo, a dentista que atuava nessa UBS se aposentou e eu fiquei alocada nessa unidade de forma definitiva. Esta UBS possui a ESF como modelo de atenção e não possui

vínculo com instituições de ensino. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, um técnico em saúde bucal e quatro ACSs. A unidade já se encontrava em funcionamento há bastante tempo, porém ela foi sendo transferida por vários prédios do município, estando atualmente em um prédio adaptado há 06 anos e situado no centro da cidade. Por estar localizada em zona urbana, ocupa uma posição bem estratégica para o amparo da população de sua área.

A estrutura física apresenta duas recepções, uma copa, dois banheiros sociais, três consultórios (médico, enfermeiro e odontológico), uma sala para reuniões, uma sala de vacinação, duas salas de frios, uma farmácia básica, uma sala de utilidades, uma sala de procedimentos, um laboratório de exames e um escovódromo. Entretanto, não é um ambiente acessível a portadores de necessidades especiais, já que não possui banheiros adaptados, corrimões, rampas de acesso, pisos antiderrapantes, cadeiras de roda ou espaço para a livre circulação da mesma. O consultório odontológico possui todos os equipamentos em funcionamento: ar - condicionado, cadeira odontológica, aparelho de ultrassom e autoclave.

Embora contenha tais equipamentos, a UBS carece de um aparelho de raio-X e mais alguns materiais de consumo de uso odontológico: cimento de ionômero de vidro e clorexidina 2%. Além da falta de materiais, é interessante relatar que os instrumentais odontológicos são lavados e esterilizados dentro do próprio consultório, aumentando a contaminação do ambiente e as pias não possuem torneiras que dispensem o uso das mãos, dificultando o controle de biossegurança.

Observa-se que os serviços de saúde ofertados aos usuários pelos profissionais de saúde não ficam restritos apenas ao ambiente da UBS, os profissionais buscam levar saúde à população através de palestras e atividades educativas em escolas e em seus próprios domicílios. Entretanto, a falta de contato entre os profissionais está deixando a desejar a existência de um completo engajamento, ao passo que em muitas atividades não há a participação de todos os membros da equipe por falta de comunicação.

As reuniões de equipe são realizadas mensalmente com o objetivo de organizar o processo de trabalho, expor os casos, realizar o planejamento de ações e manter atualizadas as informações em saúde. No entanto, a equipe de saúde



bucal raramente participa dessas reuniões, pois não são avisados sobre o dia em que ela acontecerá. Entretanto, esse problema é minimizado pelo forte engajamento que há entre os profissionais da saúde bucal e a coordenação do setor, na qual reuniões são realizadas ao final de todo mês com toda a equipe da saúde bucal do município.

A unidade atende a uma população adstrita de aproximadamente 2798 indivíduos, sendo 1352 do sexo masculino e 1446 do sexo feminino. Sobre o perfil demográfico há em média 52 crianças de 0 à 4 anos, 85 de 5 à 9 anos, 523 adolescentes de 10 à 19 anos, 1.762 pessoas de 20 à 59 anos e 376 acima de 60 anos. A partir dos dados acima relacionados, pode-se notar que o tamanho da equipe desta UBS é adequada ao tamanho da população de sua área de abrangência, pois segundo a portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011 do Ministério da Saúde “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas”.

À respeito do acolhimento à população, este é realizado nos cinco dias de funcionamento da unidade, de segunda à sexta e nos turnos manhã e tarde. O acolhimento é realizado por toda a equipe: enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e recepcionista, geralmente é feito na sala de procedimentos/enfermagem e os usuários que procuram por atendimento odontológico, são acolhidos na sala da recepção odontológica.

A população necessita esperar em média um pouco mais de 30 minutos para que tenham suas necessidades escutadas. A comunidade é sempre bem atendida e geralmente todos têm as suas necessidades acolhidas, exceto em dias de excesso de demanda, onde a população é orientada a retornar no dia seguinte, quando não se tratar de problemas de saúde agudos que necessitem de atendimento no mesmo dia com os profissionais da saúde.

A procura pelo atendimento infantil é reduzido, indicando uma baixa cobertura quanto ao número de crianças residentes na área e assistidas na UBS. O atendimento à criança é feito inicialmente pelo técnico de enfermagem ou enfermeira, e apenas nos casos mais graves havia o encaminhamento ao médico do posto. O atendimento ocorre de segunda à sexta, nos turnos manhã e tarde, sem haver um dia específico para atender essa parcela da população. Algumas atividades são desenvolvidas para este grupo populacional como tratamento de

problemas clínicos em geral, teste do pezinho, pesagem, orientações de prevenção e cuidados com a criança, imunizações e saúde bucal.

As ações de atenção à saúde da criança não estão estruturadas de forma programática e não seguem a todas as recomendações do Ministério da Saúde. Apesar disso, contam com registro específico, através de prontuários clínicos e odontológicos, formulários especiais de puericultura e ficha-espelho de vacinas. Estes arquivos são revisados apenas esporadicamente pela enfermeira a fim de buscar crianças faltosas, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso (peso e vacina), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa.

Em relação à saúde bucal da criança, a procura pelo atendimento odontológico ainda é bastante reduzido, sendo de grande necessidade o incentivo para que os pais procurem por esse atendimento. O cuidado com a saúde bucal das crianças e muitas informações devem ser repassadas pelo dentista, a fim de esclarecer sobre como deve ser realizada a higienização da cavidade oral do bebê, sobre os cuidados com os primeiros dentinhos e sobre a prevenção de acidentes para reduzir os índices de traumatismo dentário.

Torna-se interessante também o incentivo para que a primeira consulta odontológica da criança seja realizada o mais cedo possível, permitindo que a criança se familiarize com o dentista e o ambiente do consultório odontológico. O cumprimento de todas essas medidas contribuirão para uma maior cobertura e uma melhor qualidade da atenção à saúde da criança.

O programa de pré-natal vem sendo desenvolvido na UBS, a enfermeira é muito engajada em passar informações, cuidar da saúde das futuras mães e de seus filhos e o atendimento ocorre uma vez por semana. Entretanto, verifica-se que algumas gestantes ainda não iniciam seu pré-natal no primeiro trimestre de gestação. As atividades propostas às gestantes durante o seu acompanhamento na unidade são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e bucal, controle dos cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar e promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e para prática de atividade física.

Pôde-se inferir que as ações à saúde das gestantes seguem o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde, contam com um registro específico, através

de prontuários clínicos e odontológicos e formulário especial do pré-natal. Estes arquivos são revisados mensalmente pela enfermeira em busca de gestantes faltosas, completude dos registros, gestantes em data provável de parto, gestantes com pré-natal de risco, além de avaliar a qualidade do programa. Em relação ao pré-natal odontológico, a maioria das gestantes se resguarda quanto ao tratamento odontológico durante a gravidez, deixando predominar muitos mitos sobre esse período e sobre as suas consequências para a saúde bucal.

Com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, de acordo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas percebo que a cobertura para estes tipos de câncer ainda é bastante reduzido. Porém, nas reuniões com as mulheres da área de abrangência da UBS, realizadas na própria unidade, este é um assunto bastante discutido e o rastreamento dos cânceres ocorre de maneira oportunística, sendo realizado pela enfermeira, uma vez por semana.

São realizadas também ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, orientações para que as mulheres da área de cobertura usem preservativo em todas as relações sexuais, ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, além da coleta de exame citopatológico.

Devido a pequena cobertura, uma forma de ampliá-la e melhorar de maneira significativa a qualidade do controle do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama, seria a realização do rastreamento organizado para estes tipos de câncer, pois isso possibilitaria uma maior organização, envolvimento e compromisso com a saúde das mulheres da área.

A UBS atende aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitos (DM) através do Programa de Atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, em que o atendimento é realizado uma vez por semana e feito inicialmente pela enfermeira, podendo o usuário ser encaminhado ao médico, quando necessário. Embora haja a oferta de atendimento pelo programa, o mesmo ainda não conseguiu uma ampla cobertura já que muitas pessoas residentes na área não procuram pelo atendimento no posto, deixando de ser acompanhadas quanto ao seu estado de saúde.

Fazem parte deste programa ações como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e bucal, diagnóstico e tratamento da obesidade e sedentarismo, orientações sobre a prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável, e realização de exames complementares. Existe um protocolo específico para usuários com hipertensão e diabetes produzido pelo ministério da saúde. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico e odontológico e formulário especial.

Um ponto importante para que ocorra uma maior cobertura e uma melhora na qualidade da atenção à HAS e DM é que deveria existir um engajamento maior entre os profissionais de saúde e os portadores dessas doenças sistêmicas, pois muitos usuários não são informados ou não dão a devida importância a sua condição sistêmica de saúde, deixando muitas vezes de tomar a medicação por conta própria. Esse engajamento seria interessante para despertar o interesse da população com relação ao cuidado com sua saúde, sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre os benefícios da prática de atividades físicas, bem como o uso das medicações.

À respeito do atendimento ao idoso, o atendimento é realizado primeiramente pelo técnico de enfermagem e enfermeira do posto, que frente a alterações relatadas e encontradas, os encaminha para o médico. Apesar das dificuldades relatadas por muitos idosos em relação ao deslocamento dos mesmos até a unidade e a dificuldade de transporte do profissional aos acamados, há uma grande cobertura em relação à Saúde da Pessoa Idosa, sendo de aproximadamente 86%.

Existe um protocolo específico para pacientes idosos produzido pelo Ministério da Saúde. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico e odontológico e formulário especial do idoso. Estes registros são revisados mensalmente pela enfermeira a fim de verificar idosos faltosos aos retornos programados, completude de registros, procedimentos em atraso, idosos de risco, e avaliar a qualidade do programa. Ações como imunização, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e bucal, assim como diagnóstico e tratamento de sedentarismo são desenvolvidos com este grupo populacional.

### 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A partir da comparação dos textos acima descritos, foi notável a ampliação da visão quanto ao processo de trabalho e engajamento entre os profissionais da UBS em que atuo. A análise dos questionários foi bastante interessante ao despertar uma nova visão sobre como deveria de fato ser a saúde pública e o quanto essa ainda se encontra aquém do desejado. Um dos aspectos que, mesmo após a aplicação dos questionários, não foi possível ser melhorado, foi a comunicação entre a equipe, além de fatores que dependem diretamente da gestão, como a falta de certos materiais necessários à melhoria da qualidade do serviço à saúde.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 Justificativa

No Brasil, a mortalidade infantil ainda consiste num problema de saúde pública. Por tanto, torna-se necessário aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços destinados à saúde da criança, para uma possível redução deste índice (BRASIL, 2012). Além disso, chama atenção a baixa cobertura quanto ao número de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS, apenas 21 crianças de um total de 80, apontando sobre a importância do desenvolvimento de uma ação programática voltada para esse público alvo.

Quanto ao público de interesse da intervenção, que consiste em crianças na faixa etária de 0 a 72 meses de idade, a unidade possui em sua área de abrangência, de acordo com os últimos dados obtidos do SIAB, 6 crianças com idade menor que 1 ano, 48 crianças entre 1 e 4 anos e 26 crianças na faixa etária entre 5 e 6 anos. Algumas atividades são desenvolvidas com este grupo, como tratamento de problemas clínicos em geral, teste do pezinho, pesagem, orientações de prevenção e cuidados com a criança, imunizações e saúde bucal. Porém observa-se uma pequena cobertura dessas ações, assim como uma pequena adesão desta população quanto à procura pelo atendimento infantil clínico e odontológico.

Tendo em vista os benefícios que poderão ser alcançados frente aos objetivos estabelecidos, como a diminuição de agravos à saúde das crianças e consequente redução nos índices de morbi-mortalidade infantil, além do fato de que práticas de saúde adotadas na infância podem perdurar por toda a vida, melhorando a qualidade de vida das mesmas no futuro, é evidente a importância da implantação desse foco de intervenção nesta UBS. É necessário que haja um engajamento da equipe para tornar viável à execução das ações propostas, fato que representa uma dificuldade a ser superada na unidade básica em questão.

No mais, realizar reuniões fora do âmbito da UBS com o propósito de estimular os pais a realizarem uma busca ativa pela saúde de seus filhos e realizar atividades educativas com palestras, dinâmicas, escovações supervisionadas e aplicações de flúor nas crianças, são estratégias que viabilizarão a realização desta

intervenção. Ou seja, é com base na aquisição de confiança pela criança no profissional, no esclarecimento e incentivo aos pais e no engajamento da equipe que pretende-se chegar aos objetivos propostos.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo será melhorar a qualidade na Atenção à Saúde da criança de zero a setenta e dois meses da UBS-Centro, do município de Luís Correia – PI.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

#### **Saúde da Criança:**

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

#### **Saúde Bucal:**

- 1- Ampliar a cobertura de atenção à Saúde bucal da criança;
- 2- Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares;
- 3- Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal;
- 4- Melhorar o registro das informações;
- 5- Promover a saúde da crianças;

### 2.2.3 Metas

#### **Saúde da Criança:**

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à Criança.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;

Meta 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;

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### **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 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

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

Meta 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 a área de abrangência;

Meta 2.2: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta 2.3: Realizar fluoroterapia para 100% das crianças com necessidade.

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

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

**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.

**Objetivo 5:** Promover a saúde da crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 5.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

### 2.3 Metodologia

O Projeto de Intervenção consiste numa proposta de ação para o enfrentamento de um problema real observado em seu campo de atuação, seja no setor clínico ou no campo de organização dos serviços.

Este projeto de intervenção será desenvolvido no município de Luís Correia-Piauí, na Unidade Básica de Saúde do Centro, que atualmente possui aproximadamente uma população adstrita de 2798 pessoas. E terá como foco da intervenção a saúde das crianças com faixa etária entre 0 e 72 meses de idade, que após uma minuciosa análise situacional a cerca da realidade do município, observou-se a necessidade de melhorar a cobertura e a qualidade da Atenção à Saúde da criança, incluindo a saúde bucal desse grupo populacional.

A intervenção primeiramente será dirigida à sensibilização e qualificação da equipe e da comunidade por meio de reuniões entre os profissionais e com a população da área, para esclarecer sobre os objetivos, ações e metas propostas, buscando um comprometimento e engajamento da equipe e da comunidade. Serão distribuídas as fichas espelhos para os profissionais de saúde que atuam na UBS, e serão realizadas as ações para que se consiga atingir as metas propostas, a fim de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida das crianças.

### 2.3.1 Ações

#### **Saúde da Criança/Saúde Bucal:**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e da atenção à Saúde bucal da criança;

##### ✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de crianças cadastradas no programa, através do preenchimento dos registros, mantendo seus dados atualizados e revisados periodicamente.

##### ✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento das crianças entre 0 e 72 meses da área adstrita, sendo que as mesmas deverão ter suas necessidades atendidas sempre que chegarem à unidade e deverão sair com o retorno agendado, quando necessário.

##### ✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizar reuniões com a comunidade dentro e fora do âmbito da UBS a fim de levar orientações sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, além de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade e sobre o sistema de agendamento dessas consultas.

##### ✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento da criança e sobre sua saúde, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe e incentivar os ACS para informar às mães e à comunidade em geral sobre este programa de saúde e da necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança e da atenção à saúde bucal dos escolares;

✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Manter os registros preenchidos por completo e corretamente revisados com a finalidade de monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, as crianças com déficit de peso e com excesso de peso, monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo, com vacinas atrasadas, com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, que realizaram triagem auditiva, que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência e a saúde bucal das mesmas com primeira consulta odontológica.

✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, com a ajuda dos ACS.

Realizar reuniões com a gestão para garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, realização de teste auditivo e do teste do pezinho, além de garantir a dispensação de medicamentos.

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

Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), ou seja, realizar a vacinação a qualquer tempo, quando a criança for levada à UBS.

Realizar controle da data de vencimento do estoque, através do acompanhamento periódico das vacinas.

Organizar acolhimento das crianças de 0 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 0 a 72 meses de idade e oferecer atendimento prioritário a elas, mantendo também uma agenda de saúde bucal para o atendimento dessas crianças.

#### ✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizar reuniões com a comunidade dentro e fora do âmbito da unidade e transmitir informações durante o acolhimento às mães, pais e as crianças a fim de alertar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, refletir sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, sobre o calendário vacinal, a importância da suplementação de ferro, da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. Informar também sobre a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

#### ✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Incentivar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização, para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde e o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Orientar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Incentivar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Orientar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Orientar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, além de orientar todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde para realizar o teste do pezinho.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da criança e ao atendimento em saúde bucal;

✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), o número médio de consultas realizadas e monitorar as buscas pelas crianças faltosas, através da revisão dos registros.

✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar, junto à equipe, as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, além de organizar a agenda para acolher essas crianças.

✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizar reuniões para informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações;

✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros de todas as criança acompanhadas na unidade de saúde.

✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Preencher ficha espelho da criança e ficha de saúde bucal do pré-escolar e pactuar com a equipe o registro das informações.

✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizar reuniões para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. Buscar um comprometimento da equipe em registrar os dados nas fichas.

✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar 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;

✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco e dar prioridade no atendimento das mesmas.

✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Fornecer orientações nas reuniões com a comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Orientar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

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

#### ✓ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho, as atividades de educação em saúde sobre o assunto, o percentual de crianças que foi observado mamando na 1º consulta, a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho e a realização de atividades educativas coletivas.

#### ✓ ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Esclarecer em reunião com a equipe, o papel de todos os membros na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional.

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, o material necessário e os conteúdos a serem trabalhados, fazendo uma lista de frequência para o monitoramento dos escolares participantes destas atividades.

#### ✓ ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizar reuniões dentro e fora do âmbito da UBS para orientar a comunidade sobre as formas de prevenção de acidentes na infância, a importância do aleitamento materno para a saúde geral e bucal e sobre a alimentação adequada para as crianças, além de esclarecer sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Promover a participação de membros da comunidade, da escola e de creches na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

#### ✓ QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA



Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, assim como orientar a equipe a fazer o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada ,para realização de orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Orientar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade e também capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Saúde da Criança:**

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

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

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

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à Criança.

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

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

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

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

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

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

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

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

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

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

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

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

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

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;

Indicador 2.10: Proporção de 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 e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 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;

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

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

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

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

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

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

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

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

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

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

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

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

## **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 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador 1.1: Proporção de 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.

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

Meta 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 a área de abrangência;

Indicador 2.1: Proporção de 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 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 2.2: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses 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.

Meta 2.3: Realizar fluoroterapia para 100% das crianças com necessidade.

Indicador 2.3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com fluoroterapia.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de fluoroterapia ( D,E ou F).

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

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

Indicador 3.1: 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.

**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.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado;

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

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

**Objetivo 5**: Promover a saúde da crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5.1: Proporção de 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 5.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta;

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 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.3: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias;

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação 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

Para realizar a intervenção no programa da Saúde da Criança vamos adotar o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos a caderneta da criança e as fichas espelho disponibilizadas pela UFPEL. A ficha espelho da criança não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o dentista ficará responsável por preencher os dados relativos à saúde bucal na ficha de saúde bucal do pré - escolar, também disponibilizada pelo curso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Portanto, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos serviços de saúde prestados às crianças. Esta capacitação ocorrerá nas duas primeiras semanas de intervenção, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, onde cada profissional estudará



uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Ocorrerá ainda na primeira semana a capacitação dos ACS para realização de busca ativa das crianças faltosas.

Neste primeiro momento, também será estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, assim como será realizada uma primeira reunião com as mães das crianças com a faixa etária de 0 a 72 meses, para esclarecer sobre o projeto de intervenção e a sua importância para a saúde infantil e será efetuado o cadastramento de todas as crianças da área. Estimamos alcançar com a intervenção 64 crianças e utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados para realizar o acompanhamento mensal da intervenção.

O acolhimento às crianças que buscarem o serviço será realizado de forma multidisciplinar, sendo feito desde a recepcionista do posto à técnica de enfermagem, enfermeiro, técnico em saúde bucal e dentista. As crianças serão atendidas de segunda a sexta e nos turnos manhã e tarde, sem restrições para o atendimento dessa parcela da população. As que apresentarem problemas agudos deverão ter preferência no atendimento e serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, porém não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

As crianças que vierem à consulta sairão com a próxima consulta agendada e preferencialmente serão agendadas juntamente às consultas das mães, quando estas forem necessárias, a fim de facilitar o deslocamento dos mesmos. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa será reservada uma consulta por dia de atendimento na semana.

Quanto ao atendimento odontológico, este será realizado nos dias de segunda a sexta-feira, mas apenas no turno da manhã, não sendo reservado dia específico para a saúde bucal das crianças. Os dias de terça e quinta-feira serão destinados às primeiras consultas odontológicas programáticas e os demais para o retorno das crianças e para o atendimento de crianças agendadas.

Para engajarmos a comunidade, contaremos com a ajuda dos ACS para fazermos a busca ativa às crianças faltosas, as visitas domiciliares e as atividades de grupo com as mães e as crianças, esta última previstas para ocorrerem na segunda, sexta e décima semana de intervenção. Os ACS manterão contato com a

população da área de abrangência da UBS, a fim de informar-lhes os dias em que serão realizadas essas reuniões, em que buscaremos esclarecer sobre a importância da saúde da criança. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação das mães no cuidado com seus filhos e alertar sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Com o objetivo de realizar o monitoramento das ações programáticas, as fichas espelho das crianças deverão ser examinadas, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais e vacinas em atraso, assim como a ficha de saúde bucal será observada quanto às crianças faltosas às consultas odontológicas subsequentes. O ACS fará busca ativa de todas as crianças em atraso, estimando-se 3 por semana, totalizando 12 por mês. Ao fazer a busca, o ACS já agendará a criança para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

## 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos Profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Saúde da criança	X	X										
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X	X										
Cadastramento de todas as crianças da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com as mães das crianças de 0 a 72 meses para esclarecer sobre o projeto de intervenção e a sua importância para a saúde infantil	X											
Atendimento clínico e odontológico das crianças	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividade de Grupo com as mães e crianças		X				X				X		
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa das crianças faltosas	X											
Busca ativa das crianças faltosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares			X				X				X	
Monitoramento da intervenção				X				X				X

### 3 Relatório da Intervenção

#### 3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Ao longo da Intervenção, que ocorreu de 08 de Agosto a 30 de Outubro, foram realizadas as determinadas ações: capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Saúde da Criança, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, cadastramento das crianças adstritas no programa, reunião com as mães das crianças para esclarecer sobre o projeto, atendimento clínico e odontológico, atividade de grupo com as mães e crianças, capacitação dos ACS para realização de busca ativa, busca ativa das crianças faltosas, visitas domiciliares e monitoramento da intervenção.

No primeiro momento o projeto de intervenção foi exposto aos profissionais de saúde da UBS, mostrando os seus objetivos e metas, debatendo sobre o papel de cada um na ação programática e capacitando-os sobre o protocolo de Saúde da Criança. A capacitação dos ACS também foi realizada nessa etapa, para que houvesse uma busca ativa pelas crianças faltosas durante toda a intervenção. Durante essa fase buscamos integrar a equipe para que o atendimento a essa parcela da população fosse melhorado e nos possibilitasse alcançar uma maior cobertura e melhoria na prestação de serviços de saúde às crianças. Em um segundo momento, o projeto foi também exposto às mães das crianças de 0 a 72 meses para esclarecer sobre o projeto e a sua importância para a saúde dos seus filhos.

Partindo desse primeiro estágio, seguimos com os atendimentos às crianças durante os três meses de intervenção, não havendo dia específico para a marcação de consultas infantis. O atendimento clínico geral das crianças foi realizado pela médica, enfermeira e técnico de enfermagem do posto em todos os dias da semana e nos dois turnos de funcionamento da UBS: manhã e tarde. Já os atendimentos odontológicos foram disponibilizados no turno da manhã, de segunda à sexta.

À medida que os atendimentos ocorriam, a busca ativa pelas crianças faltosas também acontecia, sendo realizada pelos ACS, durante todas as semanas de intervenção. Foi graças ao trabalho desses profissionais que muitas crianças

faltosas foram buscadas e retornaram ao atendimento, possibilitando a conclusão dos tratamentos propostos.

Outra atividade desenvolvida no projeto, que resultou em grande sucesso para o andamento da intervenção foram as reuniões de grupo com mães/pais/responsáveis e com as crianças. As reuniões ocorreram na própria UBS, e os familiares foram alertados sobre os cuidados com a saúde das crianças: cárie de mamadeira, os efeitos dos hábitos de sucção deletérios, orientações sobre dieta, como prevenir acidentes e ainda tiraram suas dúvidas em relação a esses cuidados.

Além da participação ativa das mães/pais/responsáveis, as explicações lúdicas direcionadas às crianças, com o auxílio de macro modelos e desenhos ilustrativos produziram uma motivação nas crianças, proporcionando o auto cuidado com relação a higiene bucal. Após as reuniões, as crianças recebiam ATF (aplicação tópica de flúor), assim como um rápido exame bucal para determinar a necessidade de tratamento odontológico. Caso fosse constatada alguma alteração no exame bucal, a criança era marcada para realização da primeira consulta odontológica programática.

Visitas domiciliares também foram realizadas ao longo do projeto, sendo realizadas na terceira e sétima semana da intervenção. Durante as visitas, a caderneta da criança era verificada e as crianças recebiam os devidos cuidados e orientações e eram encaminhadas à UBS de acordo com a necessidade. Em relação aos cuidados odontológicos as crianças passavam pelo exame oral e ATF, assim como tinham sua consulta agendada caso fosse necessário.

As ações propostas previstas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica foram ocorrendo sem maiores problemas e sem empecilhos quanto à execução dessas ações, sendo cumpridas integralmente.

### 3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Apesar da maioria das atividades determinadas no cronograma terem sido integralmente cumpridas, a terceira visita domiciliar, que estava planejada para a 11ª semana ocorreu juntamente com a enfermeira da equipe, porém não envolveu o público alvo deste projeto. Isto ocorreu em virtude do caráter de emergência de dois

pacientes, uma senhora e uma gestante, relatados pela enfermeira. A visita passou então para a semana seguinte, mas também não foi realizada devido a dois feriados nesta semana. Porém, outras visitas foram feitas na área por outros profissionais da equipe, tendo como meta alcançar não apenas as crianças, mas sim a população em geral.

É importante notar que todas as ações saíram do papel e forem integralmente cumpridas, não havendo ações que não foram desenvolvidas. A facilidade em implantar todas as ações nos quatro eixos da intervenção ocorreu devido ao engajamento de toda equipe da unidade, bem como o engajamento com a população da área adstrita e do compromisso da gestão com o projeto.

### 3.3 Dificuldades encontradas

Quanto às dificuldades encontradas ao longo de todo este período, a primeira e principal foi quanto ao relacionamento com a equipe, pois eu estava alocada apenas temporariamente nessa UBS, havendo outra dentista na mesma unidade, na qual era ela a responsável pelas atividades da área. Os profissionais desempenhavam suas funções de forma independente, pessimistas e não engajadas ao projeto.

Decorridas algumas semanas de Intervenção, fui recebendo a colaboração de alguns profissionais que perceberam que o trabalho seria facilitado com o engajamento da equipe e o trabalho integrado com a equipe de saúde bucal, passando a incorporar em suas práticas orientações e cuidados concernentes à saúde bucal das crianças. A principal atividade incorporada pelos profissionais foi o encaminhamento da criança do atendimento clínico geral para o atendimento clínico odontológico, o que resultou em um aumento no número de atendimentos infantis nesse setor.

Porém, apesar da dificuldade com o engajamento da equipe no primeiro momento, não tive dificuldade em relação à sistematização de dados relativos à intervenção ou ao fechamento das planilhas de coletas de dados. Os dados referentes aos atendimentos infantis na UBS eram colhidos uma vez por semana e registrados em blocos de anotações, sendo em seguida repassados para planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso. Essas planilhas iam produzindo os

gráficos representativos dos indicadores á medida que os dados eram inseridos, não havendo dificuldades à respeito do cálculo desses indicadores.

### 3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A partir do monitoramento da intervenção ao final desses três meses, conseguimos contornar e superar obstáculos e carências, esclarecer dúvidas e desmitificar crenças, proporcionando impacto positivo na saúde de todas as crianças assistidas ao longo dessa caminhada. Observamos uma valorização quanto à saúde da criança, por parte da equipe e da população.

Todas as ações previstas e que foram desenvolvidas ao longo da intervenção como as atividades de grupo com as mães e crianças, a realização de busca ativa às crianças faltosas, as visitas domiciliares, a marcação das consultas, dentre outras, serviram de modelo para que ocorresse essa incorporação das ações à rotina da UBS. A partir de então, firmou-se um compromisso entre gestores, profissionais e população, proporcionando uma busca contínua pela melhoria do atendimento prestado.

Para que esse compromisso se perpetue após o término do curso, será necessário trabalhar ainda mais com a conscientização da comunidade, da gestão e dos profissionais, para que todos se mantenham conscientes de seu papel nesse processo.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

#### **Saúde da Criança:**

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

Minha área possui uma população de 80 crianças de 0-72 meses. Inicialmente foram inscritas e acompanhadas 15 crianças (18,8%) no primeiro mês, aumentando para mais 34 (42,5%) no segundo mês, totalizando 53 crianças (66,3%) acompanhadas e cadastradas ao final da intervenção. Alcançamos, portanto, uma cobertura de 66,3% das crianças residentes nessa área. As principais ações que possibilitaram esse aumento na cobertura da atenção à saúde das crianças foram o engajamento da equipe e o empenho dos ACS na realização da busca ativa pelas crianças. Porém, não foi possível atingir a meta estabelecida já que o projeto era desenvolvido ao mesmo tempo em que os atendimentos à população em geral também eram efetuados, havendo uma grande demanda, principalmente de pessoas vindas do interior, de áreas não cobertas, para a cidade.

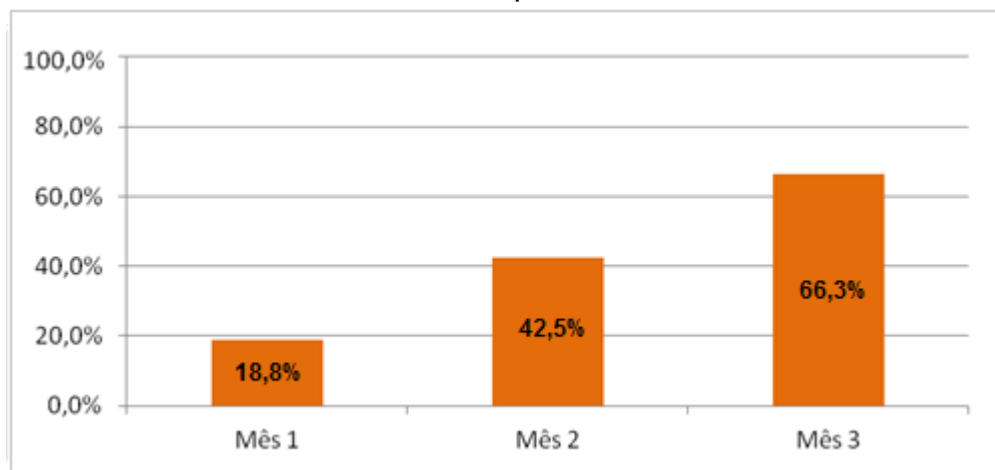


Gráfico 1. Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.



**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à Criança.

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

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

A proporção de crianças com consulta na primeira semana de vida aumentou de 86,7% (13 crianças de um total de 15) no primeiro mês para 91,2% (31 crianças de um total de 34) e finalmente para 94,3% (50 crianças de um total de 53) no terceiro mês. Estes dados foram obtidos a partir dos prontuários e das fichas das crianças. Associamos esta evolução ao esclarecimento da comunidade sobre a importância do acompanhamento do bebê desde a sua primeira semana de vida, assim como a facilidade de realizá-la na UBS.

Provavelmente a busca ativa de crianças que não compareceram no serviço na primeira semana após a data provável do parto, tenha sido negligenciada por alguns dos ACS nos meses anteriores ao projeto, não sendo possível alcançar a meta proposta. Também é importante ressaltar que das 08 crianças nascidas ao longo dos três meses da intervenção, apenas 02 foram incorporadas ao projeto e realizaram a primeira consulta ainda na primeira semana de vida, pois existiram 03 crianças em que as mães optaram por realizar o acompanhamento do bebê no município vizinho e as outras 03 se mudaram para área de abrangência de outra UBS.

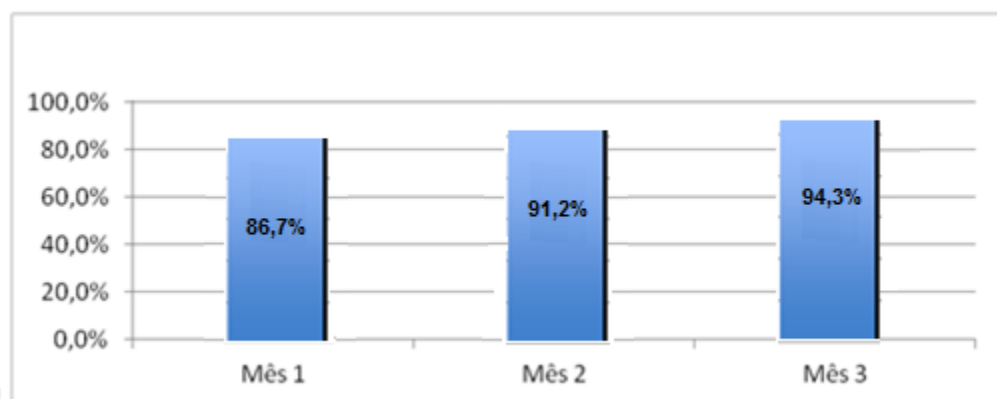


Gráfico 2. Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Alcançamos um monitoramento de 80,0% (12 crianças de um total de 15) no primeiro mês de intervenção, 97,1% (33 crianças de um total de 34) no segundo e finalizamos com 98,1% de crianças (52 crianças de um total de 53) com monitoramento do crescimento. Tivemos apenas 01 criança que não foi monitorada, pois no momento da consulta a enfermeira foi chamada para uma situação de urgência, adiando esse monitoramento. É importante saber que o monitoramento ocorreu somente após o término do projeto, com isso não atingimos a meta de 100,0%. Mas conseguimos nos aproximar bastante da meta em virtude da capacitação dos profissionais da equipe em estabelecer um protocolo no atendimento às crianças, incluindo o monitoramento do crescimento neste protocolo.

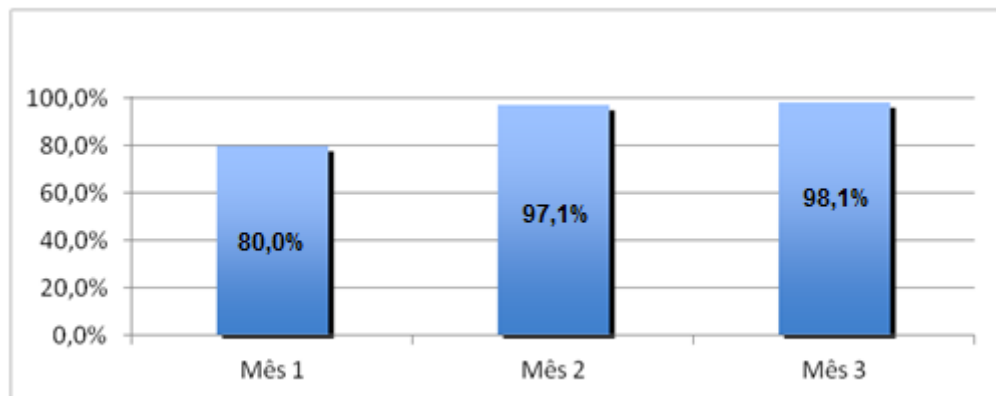


Gráfico 3. Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

Em relação ao monitoramento das crianças com déficit de peso, atingimos a meta proposta de 100,0% ainda no primeiro mês de intervenção (4 crianças) e conseguimos mantê-lo até o segundo mês (13 crianças), porém chegamos ao terceiro mês com 83,3% das crianças (10 crianças de um total de 12) com déficit de peso monitoradas. Essa queda significou que 2 crianças com déficit de peso deixaram de ser monitoradas, isso ocorreu em virtude da balança ter ficado desregulada numa determinada semana do terceiro mês da intervenção.

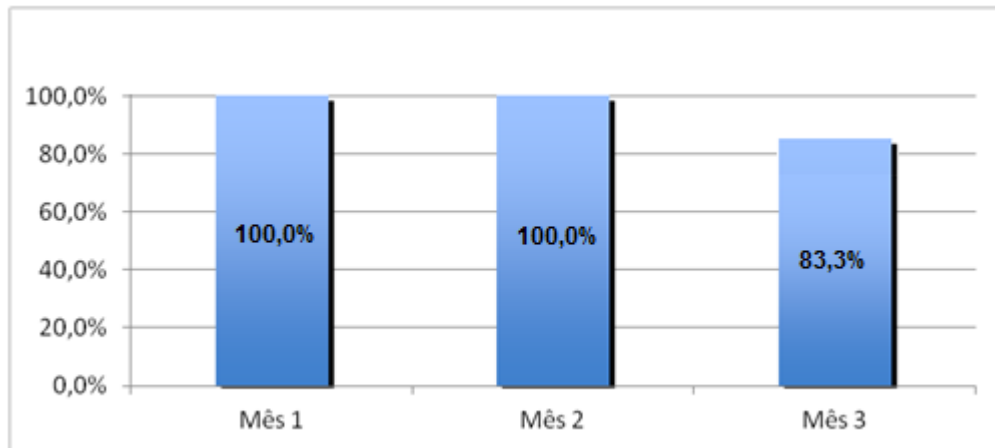


Gráfico 4. Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Em relação ao monitoramento das crianças com excesso de peso, também ocorreu uma queda no percentual das crianças monitoradas, passando de 100,0% no primeiro (3 crianças de um total de 3) e segundo mês de intervenção (4 crianças de um total de 4) para 75,0% (3 crianças de um total de 4) no terceiro mês. Essa queda indicou que 1 criança com excesso de peso deixou de ser monitorada. Esse problema ocorreu pelo mesmo fato observado com relação ao monitoramento das crianças com déficit de peso: a balança ficou desregulada numa determinada semana do terceiro mês da intervenção.

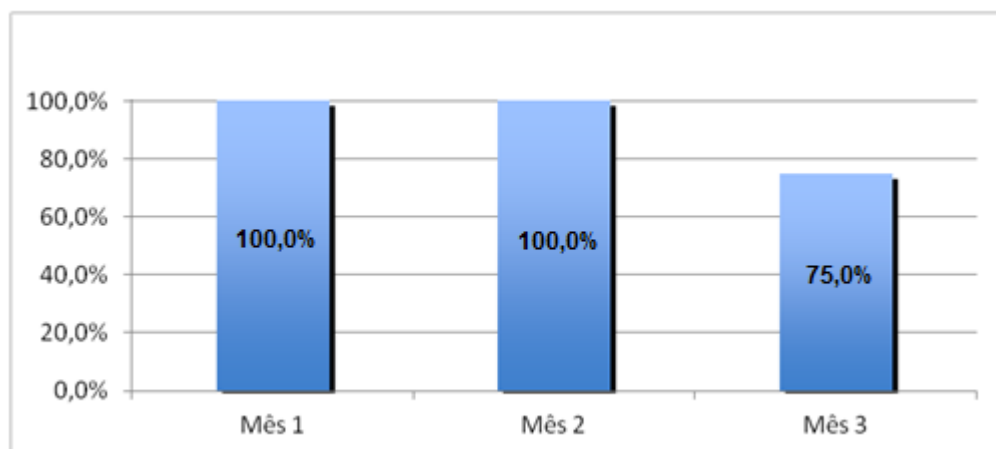


Gráfico 5. Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

O monitoramento do desenvolvimento foi realizado em 80% das crianças (12 crianças de um total de 15) no primeiro mês, seguido por um aumento para 97,1% (33 crianças de um total de 34) no segundo mês e totalizando 98,1% ao término do projeto. Ou seja, 52 crianças do total de 53 foram acompanhadas quanto ao monitoramento do desenvolvimento durante a intervenção. Conseguimos nos aproximar da meta almejada em virtude da capacitação dos profissionais da equipe em estabelecer um protocolo no atendimento às crianças, incluindo esse procedimento como uma etapa do protocolo. O não monitoramento dessa única criança ocorreu pela falta da mesma à consulta programática.

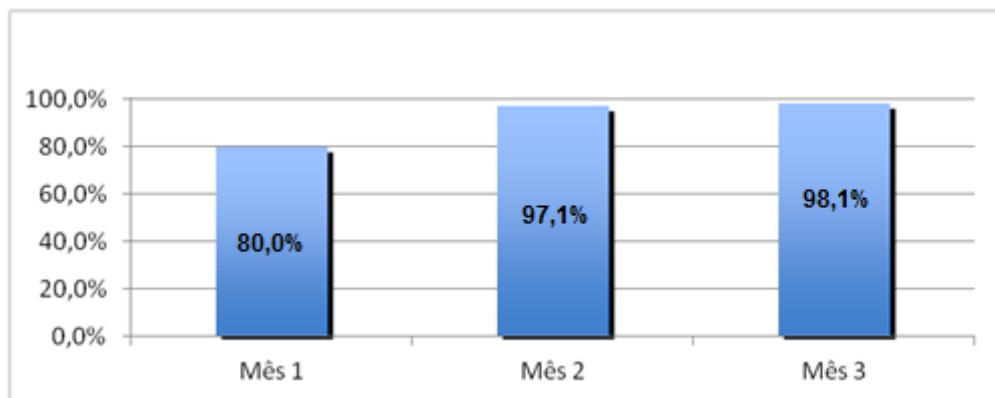


Gráfico 6. Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Ao final do primeiro mês de intervenção, 13 de um total de 15 crianças (86,7%) estavam com a vacinação em dia de acordo com a idade. Este número aumentou para 32 crianças de um total de 34 (94,1%) no segundo mês e finalmente alcançou 100,0% das crianças (53 crianças). Esse sucesso foi possível devido à disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação destas, do atendimento imediato e facilitado às crianças que precisavam ser vacinadas (porta

aberta) e do rigoroso controle da data de vencimento do estoque, através do acompanhamento periódico dessas vacinas.

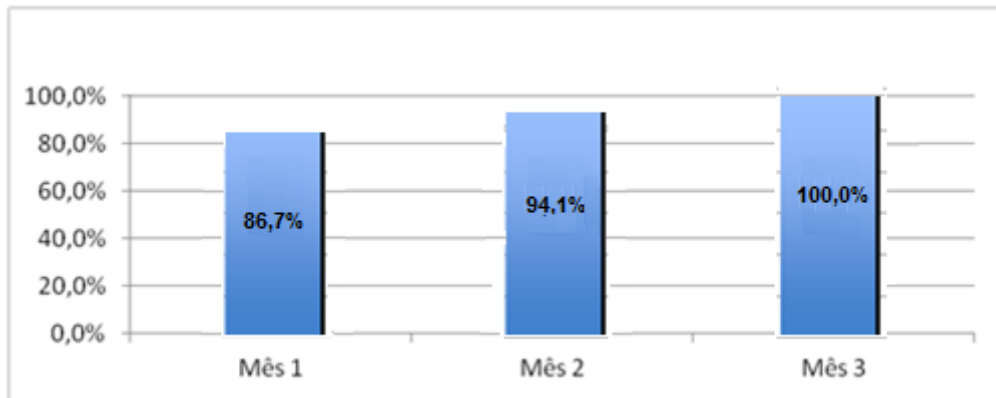


Gráfico 7. Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para idade.  
Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

**Indicador 2.7:** Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

O número de crianças com idade entre 6 e 24 meses que receberam suplementação de ferro passou de 5 crianças de um total de 7 (71,4%) no final do primeiro mês para 9 de um total de 10 crianças (90,0%) no segundo mês. Ao final do terceiro mês de intervenção conseguimos realizar a suplementação de ferro em 11 crianças, ou seja em 100% das crianças na faixa etária compreendida entre 6 e 24 meses. Essa meta foi alcançada pois a médica da equipe usou as recomendações do Ministério da Saúde quanto à suplementação de sulfato ferroso.

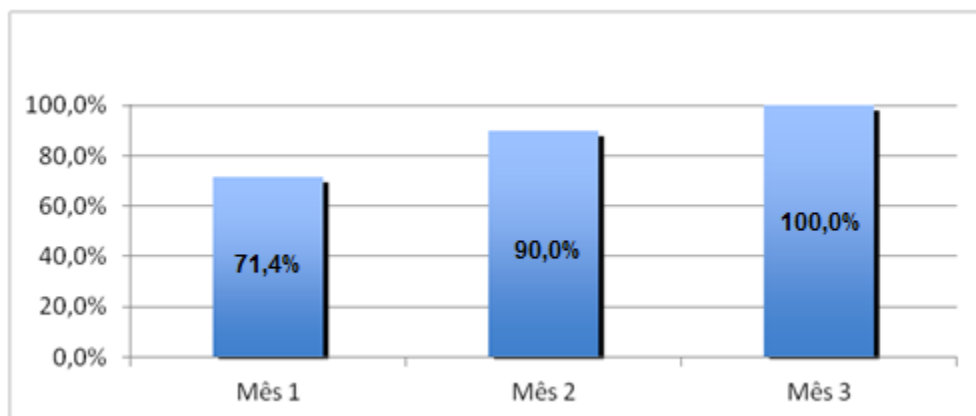


Gráfico 8. Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

O percentual de crianças que receberam triagem auditiva foi de 80,0% (12 crianças do total de 15) no primeiro mês, passando para 94,1% (32 crianças de um total de 34) no mês seguinte e posteriormente para 98,1% (52 crianças de um total de 53). Esse aumento sucessivo ocorreu porque essa triagem foi sendo incorporada ao protocolo de atendimento às crianças. Não foi possível alcançar os 100,0% como esperado pela meta, pois a criança que não recebeu a triagem faltou à consulta subsequente em que a triagem auditiva seria realizada.

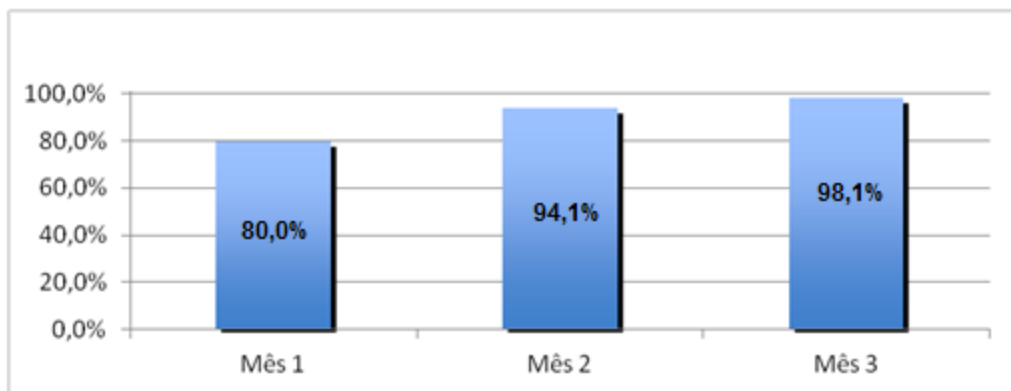


Gráfico 9. Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho passou de 86,7% (13 crianças de um total de 15) no primeiro mês de intervenção para 90,6% (48 crianças de um total de 53) ao término deste projeto. Apesar da ampla orientação dos profissionais da unidade de saúde para a população sobre a importância da realização do teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, foi possível verificar por meio dos registros que 5 crianças não fizeram o referido teste antes do desenvolvimento desta intervenção.

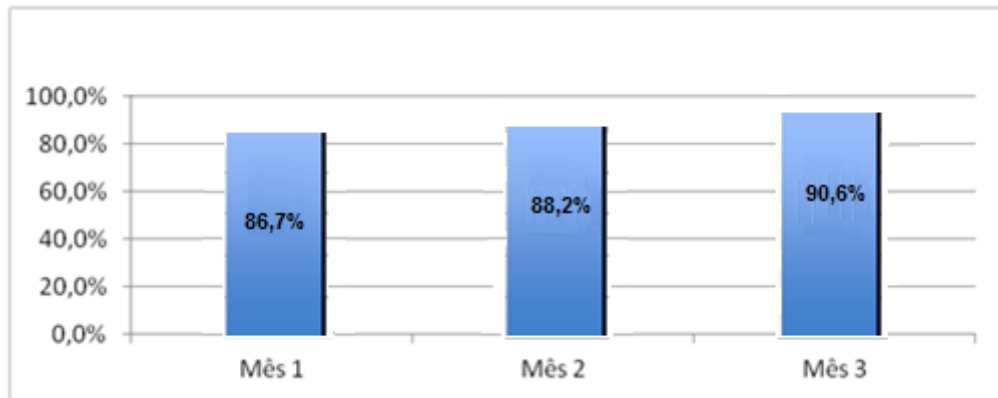


Gráfico 10. Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Observamos no primeiro mês que 73,3% das crianças (11 crianças de um total de 15) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, aumentando para 91,2% (31 crianças de um total de 34) no segundo mês e posteriormente para 100,0% de crianças (48 crianças) avaliadas ao final da intervenção. Notamos que no primeiro mês nem todas as crianças receberam essa avaliação em virtude da adaptação pelos quais os profissionais de saúde estavam passando para incorporar essa ação como rotina nos seus atendimentos. Porém, com o desenvolver do projeto, todas as crianças entre 6 e 72 meses acompanhadas na UBS passaram por esta avaliação, alcançando a meta estabelecida de 100,0%.

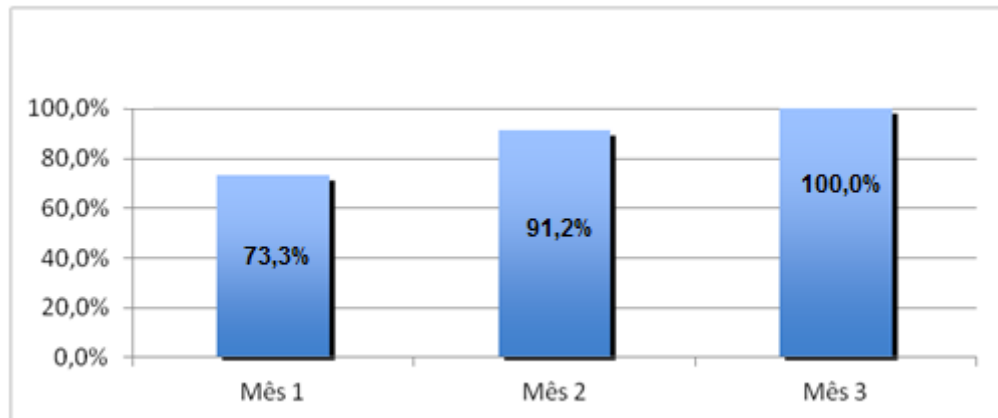


Gráfico 11. Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

**Meta 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;

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

A proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica foi de 53,3% (8 crianças de um total de 15%) no primeiro mês de intervenção, passando para 58,8% (20 crianças de um total de 34) no segundo mês e para 81,3% (39 crianças de um total de 48) no terceiro mês. Este índice foi crescente em virtude do engajamento da equipe com a equipe de saúde bucal. Não atingimos a meta de 100,0% pois algumas crianças, de acordo com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não precisaram ser encaminhadas ao dentista e as outras poucas crianças que necessitavam, faltaram à consulta marcada.



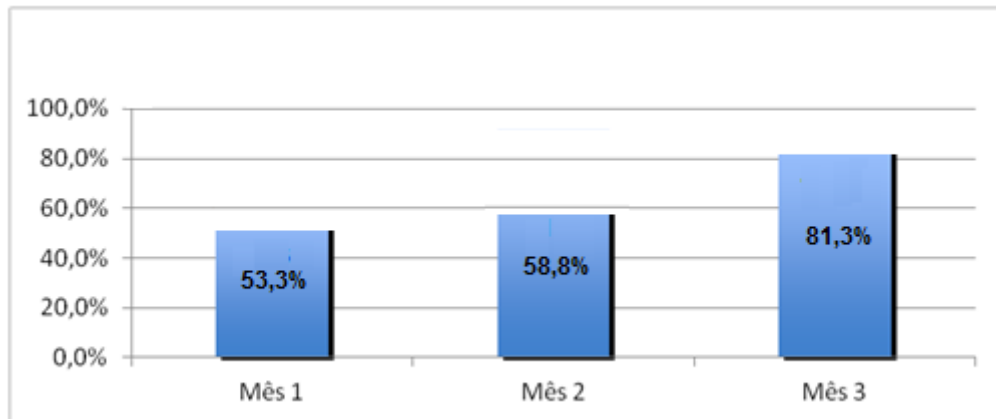


Gráfico 12. Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

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

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Conseguimos atingir a meta de 100,0% em relação à busca ativa às crianças faltosas nos três meses de intervenção. Foram buscadas 4, 9 e 11 crianças no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. A meta foi atingida devido ao comprometimento dos ACS com o projeto e da realização de visitas domiciliares pelos demais profissionais da equipe.

Porém, é necessário esclarecer que embora os agentes comunitários tenham cumprido com a parte deles em realizar as buscas, utilizamos como justificativa para o não cumprimento de determinadas metas a falta do usuário. Isso ocorreu porque os usuários que faltaram e foram buscados pelos ACS não compareceram à unidade, faltando à consulta agendada pelos agentes.

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

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

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Com relação ao registro das informações, em todos os meses em que a intervenção foi realizada, 100% das crianças (15, 34 e 53 crianças no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente) tiveram o seu registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação atualizadas. Atingimos essa meta devido à capacitação da equipe com relação à leitura do cartão da criança, ao registro adequado da ficha espelho, da caderneta de vacinação e da ficha de saúde bucal da criança.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

As 15 crianças acompanhadas durante o primeiro mês do projeto receberam avaliação de risco (100,0%). No segundo e terceiro mês tivemos 34 e 53 crianças avaliadas, alcançando a meta estabelecida em 100,0% durante toda a intervenção. Atingimos esse percentual através do empenho dos profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, a fim de priorizar o atendimento das crianças nessas condições.

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

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

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Quanto às orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, passamos de 13 crianças (86,7%) para 34 (100,0%) e 53 crianças (100,0%) cujas mães foram orientadas no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Podemos perceber que esse resultado foi possível pela realização de reuniões de grupo com as mães das crianças na UBS. Nas reuniões orientamos a comunidade sobre as formas de prevenção de acidentes na infância. Esse resultado também foi possível pela incorporação de um protocolo no atendimento às crianças, onde foi previamente esclarecido em reunião com a equipe, o papel de todos os membros na

prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno, na orientação nutricional, e nas orientações sobre higiene bucal. Como os profissionais não estavam habituados ao repasse dessas informações e ainda estavam em fase de adaptação com o protocolo, houve esse menor percentual ao final do primeiro mês.

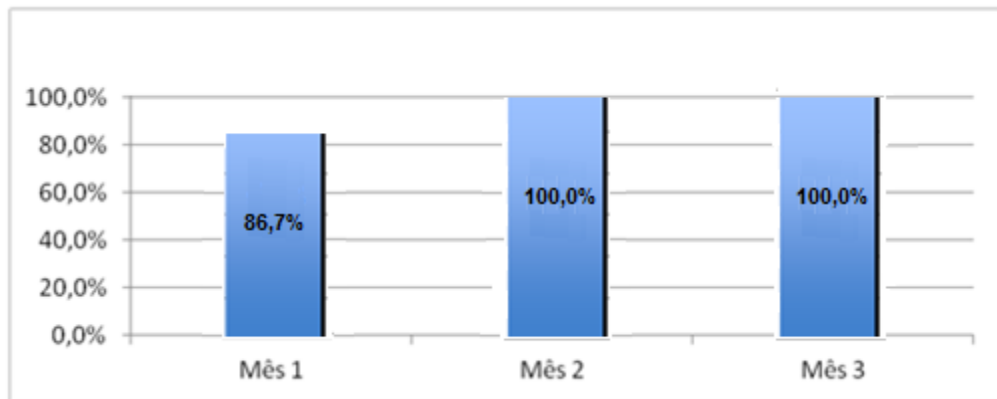


Gráfico 13. Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

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

O percentual de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta foi de 86,7% (13 crianças de um total de 15) no primeiro mês, seguido por 85,3% (29 crianças de um total de 34) no segundo mês e posteriormente, 88,7% (47 crianças de um total de 53) no terceiro mês. Essa porcentagem mostra-nos que apesar de 47 crianças terem sido amamentadas na primeira consulta de puericultura, o registro apontou que algumas crianças não receberam essa observação na hora da mamada. Com as orientações repassadas à equipe para fazer o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e a observação da mamada chegamos a esse percentual, porém este índice deve ser melhorado se esta observação da mamada integrar a rotina da equipe.

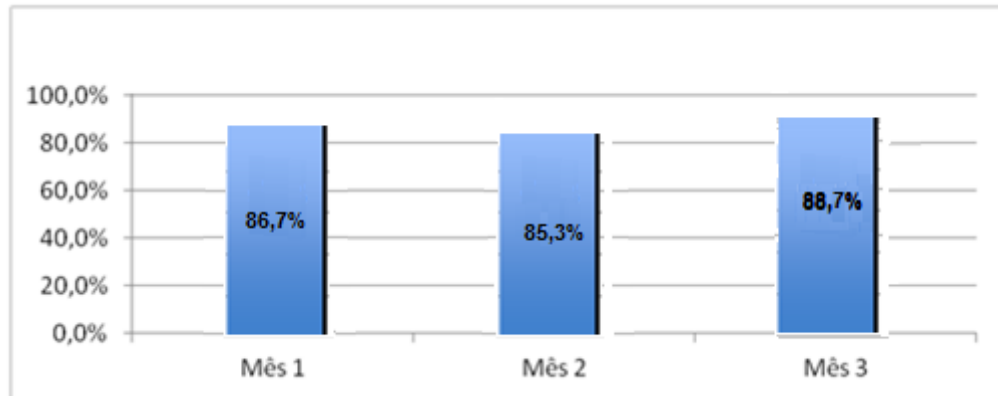


Gráfico 14. Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

Indicador 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

As mães das 15 crianças (100,0%) acompanhadas na unidade no primeiro mês de intervenção receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária do seu filho, assim como as demais mães nos meses seguintes. Isso implica dizer que tivemos um percentual de 100,0% em todos os meses da intervenção. Tal fato foi possibilitado pela realização de reuniões dentro e fora do âmbito da UBS e de visitas domiciliares, para dar orientações nutricionais à comunidade, assim como pela incorporação de um protocolo no atendimento às crianças, onde foi previamente esclarecido em reunião com a equipe, o papel de todos os membros na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno, na orientação nutricional, e nas orientações sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

A meta referente ao fornecimento de orientações sobre higiene bucal para 100,0% das crianças de acordo com a faixa etária foi alcançada com êxito nos três meses seguidos. Tal sucesso ocorreu devido à existência de reuniões dentro do

âmbito da UBS e de visitas domiciliares que foram realizadas para transmitir essas orientações. Além disso, o engajamento da equipe, assim como seu treinamento, possibilitou que cada profissional dispusesse das principais informações a serem repassadas às mães, que procurassem atendimento para seus filhos, referentes à prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno, na orientação nutricional, e nas orientações sobre higiene bucal.

### **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 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

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

Há 78 crianças com idade entre 6 e 72 meses na minha área de atuação. Ao iniciar a intervenção 13 crianças (16,7%) realizaram a primeira consulta odontológica programática. Ao longo da intervenção, esse número aumentou para 34 (43,6%) e para 51 (65,4%) no segundo e terceiro mês, respectivamente. Neste contexto, alcançamos uma cobertura de 65,4% de crianças com primeira consulta odontológica programática de um universo de 78 crianças residentes na área de abrangência da unidade.

As principais ações que possibilitaram esse aumento na cobertura de atenção à Saúde bucal da criança foram as reuniões com a comunidade dentro e fora do âmbito da UBS que levaram orientações sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, além de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da consulta odontológica programática a partir dos 6 meses de idade e sobre o sistema de agendamento dessas consultas. O engajamento da equipe e o empenho dos ACS na realização da busca ativa pelas crianças faltosas também influenciou bastante esse resultado.

Porém, a meta estabelecida não foi possível ser cumprida, pois o projeto era desenvolvido ao mesmo tempo em que os atendimentos à população em geral também eram efetuados, havendo uma grande demanda, principalmente de pessoas vindas do interior, de áreas não cobertas, para a cidade.

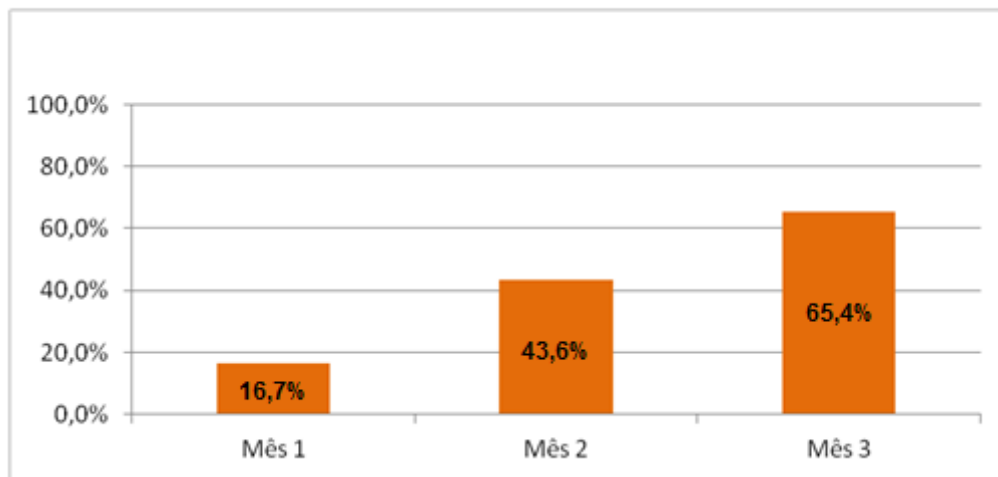


Gráfico 15. Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014.

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

**Meta 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 a área de abrangência;

**Indicador 2.1:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de crianças que necessitavam de tratamento odontológico passou de 38,5% (5 crianças de um total de 13) no primeiro mês, para 26,5% (9 crianças de um total de 34) no segundo e para 17,6% (9 crianças de um total de 51) ao final do terceiro mês de intervenção. Esse decréscimo ocorreu em virtude dos tratamentos concluídos ao final de cada mês. A organização da agenda da cirurgiã-dentista, assim como o trabalho dos ACS possibilitou essa redução.

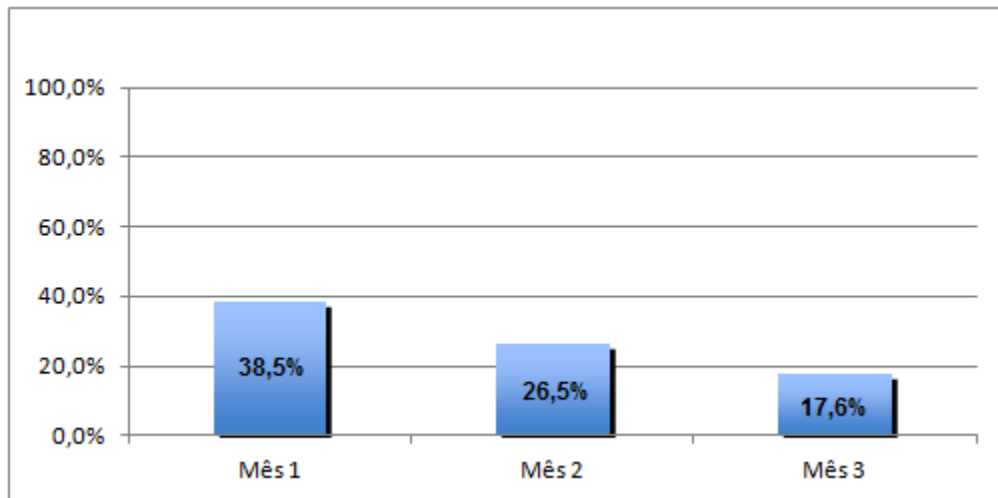


Gráfico 16. Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014

Meta 2.2: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

No primeiro mês de intervenção, 7 crianças (53,8%) concluíram o tratamento dentário, aumentando para 25 (73,5%) no segundo mês e para 42 (82,4%) ao final da intervenção. Ou seja, conseguimos concluir o tratamento em 82,4 % do número total de crianças da área de abrangência da unidade com primeira consulta odontológica.

As ações que possibilitaram esse aumento na porcentagem dos tratamentos foram as marcações das consultas subsequentes após o primeiro atendimento odontológico, juntamente com os esclarecimentos fornecidos às mães sobre a importância do retorno para que pudéssemos concluir o tratamento de seus filhos e ainda a busca ativa realizada pelos ACS na busca pelas crianças faltosas.

Não atingimos a meta estabelecida, pois algumas crianças faltaram às consultas e foram remar cadas para o mês seguinte ao da intervenção, da mesma forma ocorreu com as crianças que passaram pela primeira consulta odontológica apenas na última semana de intervenção.

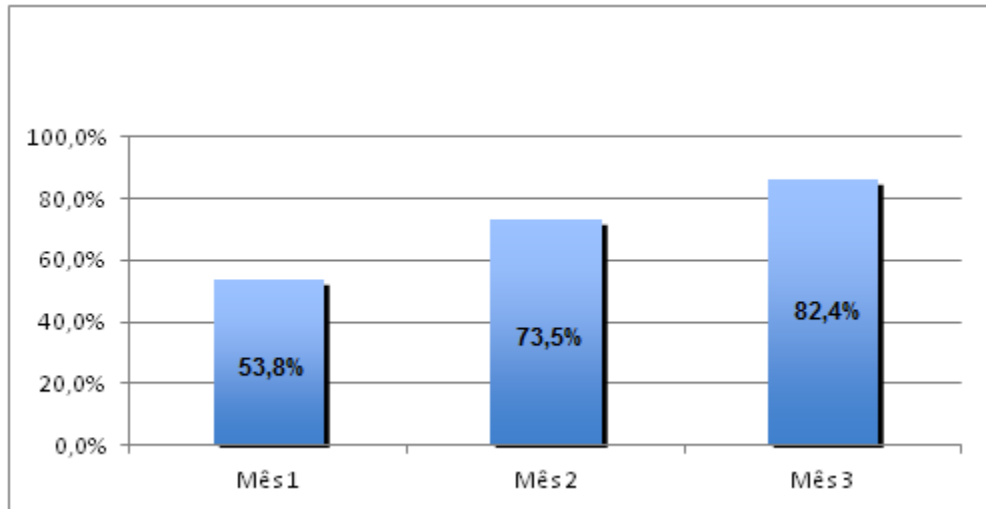


Gráfico 17. Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento dentário concluído

Fonte: Planilha de dados fornecidas pela UFPEL, 2014

**Meta 2.3:** Realizar fluoroterapia para 100% das crianças com necessidade.

**Indicador 2.3:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia.

A meta com relação à realização de fluoroterapia para 100% das crianças com necessidade foi alcançada ao final de cada mês de intervenção. Conseguimos esse resultado bastante positivo graças a avaliação das crianças quanto à necessidade desse tratamento.

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

**Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

**Indicador 3.1:** Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde;

A meta proposta com relação à busca ativa às crianças residentes na área de abrangência da UBS foi de 100,0% em todos os meses da intervenção. Ou seja, as 3, 4 e 6 crianças que faltaram no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção respectivamente, foram buscadas. Essa meta foi alcançada devido ao



comprometimento dos ACS com a busca ativa das crianças faltosas e da realização de visitas domiciliares pelos demais profissionais da equipe.

**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.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado;

Todas as 51 crianças (100,0%) com primeira consulta odontológica ao término da intervenção tiveram os seus registros atualizados em prontuário específico. Com isso podemos concluir que a meta foi alcançada com êxito devido ao protocolo padrão existente no atendimento odontológico na qual todos os atendimentos e procedimentos são devidamente registrados nas fichas dos usuários, mantendo assim o registro sempre atualizado.

**Objetivo 5:** Promover a saúde da crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5.1: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal;

Durante a primeira consulta odontológica da criança, adotamos como protocolo para o atendimento infantil a realização da anamnese, exame clínico, orientações às mães/responsáveis e às próprias crianças sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. O exame clínico foi exposto à mãe para o detalhamento de todos os procedimentos necessários à criança para o restabelecimento de sua saúde bucal, sendo registrado em ficha clínica específica, servindo também para a marcação dos retornos. A partir da adoção desse protocolo de atendimento conseguimos alcançar a meta de 100,0% (51 crianças) em relação ao número de crianças com orientações sobre higiene bucal em todos os meses da intervenção.

Meta 5.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta;

A meta de 100,0% foi alcançada em todos os meses da intervenção e tornou-se possível devido ao protocolo para o atendimento infantil durante a primeira consulta, no qual eram feitos anamnese, exame clínico, orientações às mães/responsáveis e às próprias crianças sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Inicialmente as 13 crianças que passaram pela primeira consulta odontológica receberam tais orientações, aumentando para 34 e 51 no segundo e terceiro mês, respectivamente.

Meta 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.3: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias;

Assim como nos 2 gráficos anteriores, a meta em relação ao fornecimento de orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias foi de 100,0% das crianças com primeira consulta odontológica programática. Os motivos que nos levaram a atingir tal meta foram os mesmos relatados para o alcance das duas metas anteriores. Progredimos de 13 crianças com tais orientações no primeiro mês para 51 crianças ao final do terceiro mês.

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde proporcionou, tanto no âmbito da saúde geral quanto em relação à saúde bucal, a ampliação da cobertura e a melhoria da adesão ao programa de Saúde da Criança, a melhoria da qualidade do atendimento à criança e do registro das informações, a qualificação da atenção

com destaque à classificação de risco das crianças da área de abrangência e a promoção da saúde infantil.

Para atingir estes objetivos a equipe necessitou de capacitação relativa ao protocolo de Saúde da criança do Ministério da Saúde. Os profissionais seguiram todas as recomendações do protocolo, entre elas: visita domiciliar para a família do recém-nascido, primeira consulta para o bebê, anamnese, exame físico, aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes, solicitação de exames complementares, imunizações, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, suplementação de vitaminas e minerais, saúde bucal da criança e prevenção de acidentes na infância.

A execução de todas essas atividades promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnico de enfermagem, cirurgiã-dentista, técnica em saúde bucal, ACS e recepcionista. Cada membro da equipe ficou responsável por executar as ações dentro de sua competência profissional. Isto acarretou impacto positivo em outras ações desenvolvidas na UBS como a realização de atividades nas escolas a fim de estimular o auto cuidado da criança com sua saúde, o estímulo à saúde bucal das mães e o aconselhamento ao pré-natal odontológico, visto que algumas mães que trouxeram seus filhos à UBS se encontravam gestantes.

Antes da intervenção algumas atividades já eram voltadas diretamente à saúde da criança. Os atendimentos ofertados eram concentrados especialmente no técnico de enfermagem, que realizava o acolhimento da criança e o direcionava para o atendimento médico, a depender do caso específico. Porém, com a revisão das atribuições de cada profissional, por intermédio da capacitação, foi possível dá atenção a um número maior de crianças.

Outro ponto positivo para o avanço do serviço foi a melhoria no registro e o agendamento das crianças, o que tornou viável a otimização da agenda para a marcação das consultas subsequentes.

À respeito dos impactos para a comunidade, foi possível notar que a intervenção tornou a população mais motivada a manter e a participar da saúde dos seus filhos, além de demonstrarem satisfação com o atendimento ofertado e com a facilidade para obtê-lo. Apesar de uma parte da população estar engajada ao projeto, este ponto ainda necessita ser melhorado para que ocorra uma maior cobertura com relação à saúde da criança, pois embora haja grande esforço para

alertar às mães sobre os cuidados com a criança e com a saúde bucal, muitas mães ainda subestimam a saúde bucal, voltando para a consulta odontológica apenas quando a criança sente dor de dente. Outras mães simplesmente ignoram os atendimentos e os retornos às consultas, ou por falta de cuidado ou até mesmo pela facilidade proporcionada em se obter os atendimentos. Com isso, apesar da ampliação da cobertura para 66,3 % com a realização do projeto, ainda temos crianças sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início a equipe tivesse engajada ao projeto e também se tivéssemos discutido sobre a melhor forma de articulação com a comunidade. Apesar disto, conseguimos incorporar a estratégia adotada durante esses três meses de intervenção à rotina de trabalho da equipe na UBS, proporcionando uma busca contínua pela melhoria ao atendimento da população infantil.

Para conseguirmos viabilizar a continuidade dos serviços de maneira natural após o término do curso precisamos trabalhar ainda mais com a conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção à saúde da criança, em especial às crianças de alto risco. Será também necessário a conscientização dos profissionais para que estes continuem seguindo a todas as recomendações do Ministério da Saúde, e que continuem a tratar a criança de forma integral, mantendo-se sempre engajados com toda a equipe. A gestão também deverá manter-se consciente de seu papel nesse processo, já que é primordial à organização e execução dos serviços.

Ao verificar a superação de obstáculos e carências encontrados durante o andamento desta intervenção, pretendemos proporcionar impacto positivo em outros serviços que estejam com uma baixa cobertura, como o programa de pré - natal.

#### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Ao Sr. Secretário de Saúde

A escolha do tema da intervenção a ser realizada na unidade básica de saúde Centro, durante os meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2014, foi decidida após um período de análise situacional da UBS e suas atividades

desenvolvidas e teve o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção a Saúde da Criança nessa unidade de saúde.

Notamos uma pequena cobertura que as crianças tinham, o atendimento era feito principalmente pela enfermeira, as buscas ativas não eram frequentes, as mães não buscavam a UBS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos, não procuravam atendimento odontológico ou procuravam apenas quando em casos extremos.

A implantação desta intervenção provocou a ampliação da cobertura à saúde das crianças entre 0 e 72 meses, em que passamos de uma porcentagem de 18,8% no primeiro mês de intervenção para 66,3% no final do terceiro mês, totalizando 53 crianças inscritas e acompanhadas na UBS. Obtivemos também uma melhoria da adesão ao programa de Saúde da Criança, em que 100% das crianças faltosas foram buscadas pelos ACS durante os três meses da intervenção. Com relação ao registro das informações, alcançamos um total de 100% de crianças com registros atualizados ao final de cada mês.

Conseguimos ainda, uma melhoria na qualidade ao atendimento à criança em relação à proporção de crianças com: primeira consulta na primeira semana de vida, monitoramento de crescimento e desenvolvimento, vacinação em dia de acordo com a idade, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho até 7 dias de vida, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta odontológica programática. Alcançamos também 100% para todas as metas relacionadas à promoção da saúde infantil.

Sobre a saúde bucal, o projeto propiciou um aumento de 16,7% para 65,4% na cobertura de primeira consulta odontológica programática, melhorou a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares, dando ênfase a proporção de crianças com tratamento dentário concluído, em que passamos de 53,8% no primeiro mês para 82,4% no terceiro mês, o que proporcionou uma consequente diminuição na proporção de crianças com necessidade de tratamento odontológico, passando de 38,5% no primeiro mês para 17,6% no terceiro mês de intervenção. Conseguimos também melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, o registro das informações e a promoção da saúde bucal.

Ainda foi possível notar o ganho que esse projeto trouxe à população, tornando-a mais motivada a manter e a participar da saúde dos seus filhos, além de

demonstrarem satisfação com o atendimento ofertado e com a facilidade para obtê-lo. Apesar de uma parte da população estar engajada ao projeto, precisamos chamar atenção que este ponto ainda necessita ser melhorado para que ocorra uma maior cobertura com relação à saúde da criança.

Este saldo positivo foi associado ao empenho da equipe e engajamento da população. Assim como, as ações propostas pelo projeto e realizadas como: capacitação dos profissionais, priorização do atendimento às crianças de risco, intensificação das buscas ativas e visitas domiciliares, realização de atividades educativas em grupos, reuniões com os profissionais e a gestão, atualização dos registros, contato com a comunidade e empenho em realizar um acolhimento mais humano e atendimento integral.

É importante ressaltar, que o sucesso de cada ação realizada está relacionado também ao comprometimento e participação ativa da gestão, em dispor os materiais básicos de consumo, instrumentais, vacinas, fichas espelhos, além de mostrarem-se solícitos e flexíveis para resolução de problemas. Entretanto, seria interessante, discutirmos antecipadamente os recursos disponíveis de materiais didáticos impressos com a gestão, o prazo de entrega de materiais de consumo necessários à realização dos atendimentos e prazo de manutenção dos equipamentos, pois algumas ações foram realizadas com atraso devido esta dificuldade.

Através do bom relacionamento e comprometimento da gestão e da equipe com a saúde da população, mesmo com o término do projeto de intervenção, as atividades continuam a serem realizadas na UBS, sendo incorporadas à rotina de trabalho da unidade.

#### 4.4 Relatório da intervenção para comunidade

O projeto de intervenção foi desenvolvido nos meses de agosto, setembro e outubro, com a finalidade de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção a Saúde da Criança na Unidade de Saúde - Centro. Esse tema foi escolhido devido ao pequeno número de crianças que eram levadas à unidade de saúde, o atendimento era feito principalmente pela enfermeira, as buscas ativas não eram frequentes, as

mães não buscavam a UBS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos filhos, não procuravam atendimento odontológico ou procuravam apenas quando em casos extremos.

A implementação da intervenção trouxe para a comunidade maior disponibilidade da equipe, por meio da organização e capacitação dos profissionais da UBS. Disponibilizamos consultas com a enfermeira e o médico todos os dias de atendimento, nos turnos manhã e tarde, o que possibilitou o aumento da cobertura para 66,3% de crianças acompanhadas nessa UBS. Os atendimentos odontológicos foram ofertados de segunda a sexta no turno da manhã, havendo ao final da intervenção 51 crianças com primeira consulta odontológica de um total de 78 crianças com idade entre 6 e 72 meses.

Outro ganho que tivemos, foi o aumento do número de tratamentos dentários concluídos, em que antes da intervenção este número era bastante reduzido, visto que a procura pelo atendimento odontológico era muito pequena. Foi devido ao empenho dos agentes comunitários de saúde em realizarem as buscas ativas que concluímos o tratamento dentário de 42 crianças, restando apenas 9 crianças com necessidade de tratamento odontológico. Conseguimos este resultado também pela confiança adquirida pela população, reforçando o compromisso de continuarem os atendimentos, visto que todas as crianças que realizavam a primeira consulta já ficavam com a próxima consulta agendada.

Vimos por meio deste relatório, chamar a atenção de que o relacionamento entre a comunidade, a gestão e os profissionais é de grande importância para que as atividades voltadas à saúde se desenvolvam no Município. A comunidade ainda deve atuar como um meio facilitador e de propagação aos serviços de saúde ofertados, participando ativamente de todas as atividades propostas.

Com a realização do projeto de intervenção foi possível perceber que a população mostrou-se mais motivada a manter e a participar da saúde dos seus filhos, além de demonstrarem satisfação com o atendimento ofertado e com a facilidade para obtê-lo. Porém, apesar de uma parte da população estar engajada ao projeto, precisamos enfatizar que este aspecto ainda necessita ser melhorado, através do estímulo ao interesse pela saúde, para que ocorra uma maior cobertura com relação à saúde da criança.

As mães devem continuar sendo alertadas de que são primordiais à manutenção da saúde de suas crianças e que devem comparecer à unidade em dias de vacinação, quando da marcação da consulta de retorno, ou sempre que forem buscadas pelos agentes comunitários ou por meio das visitas domiciliares. Além de mantê-las conscientes de que a criança não necessita estar doente para ser monitorada pela unidade básica de saúde de sua área.

É importante ressaltar que apesar de finalizado o projeto de intervenção, as atividades continuam a serem realizadas na UBS, sendo incorporadas à rotina de trabalho da equipe.



## **5 Reflexão Crítica sobre seu Processo Pessoal de Aprendizagem**

Minhas expectativas ao início do curso eram grandes, pretendia obter conhecimentos teóricos e práticos para utilizá-los de forma otimizada na Unidade Básica de Saúde na qual estava alocada, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população. Com o processo de desenvolvimento do projeto ao longo de três meses de intervenção as expectativas iniciais foram mantidas e satisfeitas, pois recebi um ótimo suporte em relação à organização do curso, como a acessibilidade do orientador, fóruns de debate e orientações, casos interativos e estudos da nossa prática clínica.

Esse curso me possibilitou um maior contato com os outros profissionais, permitindo-me conhecer as atribuições específicas desenvolvidas por cada componente da equipe: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Essa aproximação proporcionou um melhor relacionamento dentro da UBS, resultando num processo integral de atendimento às crianças.

Toda essa interação me fez entender a importância do engajamento da equipe e permitiu a realização de encontros programados, marcação em conjunto das atividades coletivas, como palestras educativas, grupos de discussão, visitas domiciliares e viabilização do prontuário clínico do paciente.

Através do curso todos os conhecimentos teóricos repassados foram incorporados às jornadas de trabalho de forma natural, possibilitaram a revisão e o aprimoramento de informações sobre a melhor abordagem clínica para o que eu poderia me deparar no dia a dia, aumentando minha segurança para a realização dos atendimentos diários.

Ao longo de todo esse processo de aprendizagem, pude ter contato com a comunidade, fazendo-a consciente de sua responsabilidade quanto ao cuidado com a saúde de seus filhos. Foi possível proporcionar atendimento integral, humanizado e promover uma grande mudança no paradigma de que as crianças só devem procurar atendimento quando doentes. Conseguimos também mudar a percepção da população sobre a importância da realização do monitoramento das crianças na UBS, assim como uma diminuição da busca pela prática mutiladora na odontologia, que antes era o tratamento mais procurado pela comunidade, mostrando-lhes os benefícios e importância de se manter a saúde bucal e concluir o tratamento.

## 6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 33. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

## **Anexos**



## ANEXO B – Saúde Bucal do Pré-escolar



## SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR


Data de ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Nome do pai: \_\_\_\_\_

Consulta odontológica na USB						
Data						
Idade (meses)						
Avaliação clínica individual (ver quadro)						
Relação maxilo-mandibular (compatível/lateralizado/se aplica)						
Lábios e mucosas (normal/lateralizado)						
Frações linguais e labiais (normal/lateralizado/não se aplica)						
Língua (normal/lateralizada)						
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)						
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)						
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)						
Presença de malocclusão (sim/não/não se aplica)						
Caracterização das consultas (ver quadro)						
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)						
Urgência odontológica (sim/não)						
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)						
Encaminhamento para serviços odontológicos especializados (sim/não)						
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento						
Retou e consulta odontológica agendada (sim/não)						
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)						
Tratamento odontológico concluído (sim/não)						
Data prevista de consulta de retorno						
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)						
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)						
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)						
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)						
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)						
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)						
Orientação sobre etiologia de erupção dentária (sim/não)						
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)						
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)						
Aplicação tópica de verniz fluorado (sim/não)						
Assinatura do profissional						





## ANEXO E- Aprovação 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 Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

**Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde**

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---

