

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA



MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 6 A 12 ANOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE SANTO ANTÔNIO DE PADUA, DO MUNICÍPIO DE ROQUE GONZALES, RS

LEONARDO AGABIO MATTER BETTIM

PELOTAS

2015

LEONARDO AGABIO MATTER BETTIM

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da Área de
Abrangência da Unidade Santo Antônio de Pádua, do Município de Roque Gonzales,
RS

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da
Família, da Universidade Federal de
Pelotas como requisito parcial para
a obtenção do título de especialista
em Saúde da Família.

Orientadora: Danieli Bluhm da Silva

Pelotas

2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B565m Bettim, Leonardo Agabio Matter

Melhoria da atenção a saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da área de abrangência da Unidade Santo Antônio de Pádua, do município de Roque Gonzales, RS / Leonardo Agabio Matter Bettim ; Danieli Bluhm da Silva, orientadora. — Pelotas, 2015.

66 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 a saúde. 3. Saúde bucal do escolar. I. Silva, Danieli Bluhm da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico este trabalho a minha orientadora, Danieli Bluhm da Silva, que ao longo destes meses, esteve virtualmente presente em todos os momentos de dúvidas e questionamentos. E, principalmente, nos momentos de frustrações e desânimos, encontrou as palavras certas e ideais, para me estimular e me fazer chegar ao fim desta etapa.

Agradecimentos

À equipe de saúde, que colaborou, incansavelmente, para a conclusão deste trabalho.
Aos gestores do município de Roque Gonzales que proporcionaram os recursos necessários para atingirmos os resultados pretendidos.
À Deus, pela paciência concedida diante do desafio enfrentado.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 | Proporção de escolares examinados na escola..... | 38 |
| Figura 2 | Proporção de escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica..... | 39 |
| Figura 3 | Proporção de crianças de alto risco com primeira consulta odontológica..... | 40 |
| Figura 4 | Proporção de escolares com escovação supervisionada com creme dental..... | 41 |
| Figura 5 | Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado..... | 42 |
| Figura 6 | Proporção de escolares com tratamento concluído..... | 43 |
| Figura 7 | Proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram a primeira consulta odontológica programada..... | 44 |
| Figura 8 | Proporção de buscas realizadas aos escolares com primeira consulta odontológica faltosos as consultas subsequentes..... | 45 |
| Figura 9 | Proporção de escolares com registro atualizado..... | 46 |
| Figura 10 | Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal..... | 47 |
| Figura 11 | Proporção de escolares com orientação sobre dieta..... | 48 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|--------|-------------------------------------------------|
| ACD | Auxiliar de Consultório Dentário |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CD | Cirurgião Dentista |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio Saúde da Família |
| PROVAB | Programa de Valorização da Atenção Básica |
| RS | Rio Grande do Sul |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

Sumário

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| Apresentação..... | 9 |
| 1 Análise Situacional..... | 10 |
| 1.1 Texto inicial enviado na segunda semana de ambientação..... | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 11 |
| 1.3 Comentário Comparativo..... | 19 |
| 2 Análise Estratégica..... | 20 |
| 2.1 Justificativa..... | 20 |
| 2.1.1 Objetivo Geral..... | 21 |
| 2.1.2 Objetivos Específicos..... | 21 |
| 2.1.3 Metas..... | 21 |
| 2.3. Metodologia..... | 23 |
| 2.3.1 Ações..... | 23 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 26 |
| 2.3.3 Logística..... | 29 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 32 |
| 3. Relatório de Intervenção..... | 33 |
| 3.1 Ações Realizadas..... | 33 |
| 3.2 Ações Previstas que não foram desenvolvidas..... | 35 |
| 3.3 Dificuldades encontradas..... | 35 |
| 3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina..... | 36 |
| 4. Avaliação da Intervenção..... | 38 |
| 4.1 Resultados..... | 38 |
| 4.2 Discussão..... | 49 |
| 4.3 Relatório da intervenção para gestores..... | 53 |
| 4.4 Relatório da intervenção para comunidade..... | 56 |
| 5. Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem..... | 60 |
| Bibliografia..... | 62 |
| Anexos..... | 63 |

Resumo

BETTIM, Leonardo Agabio Matter. **Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 6 a 12 anos da Área de Abrangência da Unidade Santo Antônio de Pádua, do Município de Roque Gonzales, RS.** 2015, 68f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

Com o intuito de ampliar e melhorar a atenção aos escolares da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio de Pádua e seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, desenvolvemos um projeto de intervenção a fim de qualificar a saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da Escola Santo Antônio de Pádua, no município de Roque Gonzales, RS. Para isto, realizou-se inicialmente um levantamento epidemiológico na escola a fim de conhecer as necessidades dos alunos. Anteriormente na intervenção não existiam dados registrados ou atividades de educação em saúde realizadas na escola. Foram examinados 97 escolares, representando 100% dos alunos e todos receberam a primeira consulta odontológica programada, foram submetidos a escovação dental supervisionada, e estão com os registros atualizados, além disto todos receberam orientação sobre higiene bucal e dieta. Do total de alunos examinados 93,8% tiveram seu tratamento odontológico concluído. Assim, conclui-se que as metas pactuadas no início do projeto de intervenção ainda não foram totalmente atingidas, mas a rotina de atendimento a essa população está incorporada as atividades da unidade de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária a Saúde; Saúde do Escolar; Saúde Bucal do Escolar.

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado ao longo de um ano no qual realizei a especialização em Saúde da Família da UFPel. Este pretende mostrar a melhoria vista na atenção a saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos, após a implantação de estratégias voltadas para qualidade da assistência à saúde destes na unidade Santo Antonio, no município de Roque Gonzales, RS.

O volume consta de cinco capítulos que retratam de forma sequencial a Análise Situacional da UBS, Análise Estratégica composta de um projeto de intervenção, Relatório da Intervenção, Análise da Intervenção na qual constam os resultados, discussão, relatório para gestores e comunidade e por fim há uma Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem, a Bibliografia que serviu de suporte ao trabalho e são apresentados os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto da segunda semana de ambientação: Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

Iniciamos a segunda semana de ambientação com a missão de relatar a estrutura, o processo de trabalho e a relação da comunidade com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Surpreendentemente, encontramos em relação aos aspectos físicos e estruturais uma unidade básica de saúde bem equipada, confortável e de fácil acesso a todos os usuários.

Contrariando minhas falsas expectativas, a unidade disponibiliza aos profissionais que lá atuam salas organizadas, limpas, climatizadas e material suficiente para procedimentos de diagnóstico e procedimentos ambulatoriais. Há na UBS lavatórios separados para usuários e funcionários, cozinha equipada, possibilitando alimentação e convivência entre todos os profissionais.

Em relação aos serviços odontológicos prestados, e os quais são de minha responsabilidade, a infraestrutura oferecida permite a realização de procedimentos adequados e condizentes com os protocolos preconizados durante minha formação. Exceto pela falta de equipamentos de raios-X e pelos métodos inapropriados de esterilização - não são utilizados na UBS grau cirúrgico e ultra-som que permitiria uma correta limpeza dos materiais contaminados - as condições são suficientes para a finalização de procedimentos odontológicos de qualidade. Os aspectos organizacionais são eficientes, pois os prontuários são cuidadosamente arquivados e todas as informações são registradas nos sistemas reguladores. A equipe médica e de enfermagem possuem a sua disposição salas igualmente confortáveis e equipamentos adequados para a realização das vacinas, aferimento de pressão e todos os outros procedimentos indispensáveis para o ideal cuidado à saúde.

O processo de trabalho e as relações interpessoais entre todos os profissionais da equipe mostram-se excelente. Todos os profissionais: recepcionistas, técnicas de enfermagem, enfermeiros e profissionais médicos apresentam disponibilidade para solucionar as questões de saúde da comunidade. Além disso, como a unidade abrange usuários da zona rural, o município disponibiliza transporte adequado para esses usuários, permitindo assim seu atendimento e todos os profissionais estão empenhados em organizar de forma ordenada o traslado dos

referidos pacientes. Sendo assim, o processo de trabalho nos limites da UBS apresenta-se dinâmico e prazeroso demonstrando que as diretrizes, direitos e deveres de usuários e profissionais são observados na rotina de trabalho dessa unidade.

Tratando da relação com a comunidade, meu ingresso no Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) tem me revelado novas descobertas e novas capacidades. A primeira delas se refere à relação “profissional-paciente”, pois percebi que o atendimento em comunidades mais carentes resulta em reconhecimento mais imediato do trabalho realizado, mesmo quando não disponibilizamos da melhor técnica ou do melhor material. Atribuo esse reconhecimento a grande demanda de tratamentos existentes nessas localidades. Assim, onde anteriormente não existia nenhuma forma de atendimento, hoje a disponibilidade de profissionais, principalmente na área odontológica, desperta nesses usuários sentimentos de satisfação e gratidão.

Finalizando, concluo que a situação da ESF onde atuo surpreende pela qualidade do serviço prestado, pelas condições físicas e estruturais oferecidas pelos gestores e principalmente, permite atuação dos profissionais de forma digna, e oferece aos usuários atendimentos compatíveis com os direitos preconizados nos documentos dirigidos aos usuários do sistema de saúde público.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O primeiro módulo do curso de Especialização em Saúde da Família permitiu avaliar as condições físicas da unidade de Saúde Santo Antônio, no município de Roque Gonzáles, no estado do Rio Grande do Sul, bem como, desvendar o panorama da saúde no município. Além disso, esta primeira etapa do curso permitiu coletar dados que contribuíram para a caracterização da população, assistida na área de abrangência da unidade de saúde.

O município de Roque Gonzales, situa-se na região das missões e, hoje, apresenta uma população de aproximadamente 7.338 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE-censo 2013. Atualmente, no município, existem três unidades de saúde, das quais, uma compõe uma estratégia de saúde da família (ESF) e as outras duas caracterizadas como unidades básicas de saúde tradicionais, sem ESF. Embora exista interesse pela

instalação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o município não dispõe desta equipe por deficiências financeiras, já que a implantação do NASF exigirá a contraparte de investimentos por parte do município. Semelhante ao ocorrido com a instalação do NASF, Roque Gonzales não dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), possivelmente pelo baixo número de habitantes no município ou pela baixa demanda por procedimentos odontológicos complexos.

Ao nível hospitalar, o município oferece um hospital de pequeno porte, com bloco cirúrgico, onde é possível realizar procedimentos cirúrgicos de média e pequena complexidade, incluindo partos naturais e cesáreas. Os demais tratamentos devem ser encaminhados para a cidade mais próxima, localizada aproximadamente 30 quilômetros de Roque Gonzales.

Recentemente, a aquisição de uma unidade móvel de urgência facilita o transporte dos pacientes graves. Um total de três médicos divide o horário de atividades no hospital municipal.

Em se tratando da realização de exames complementares, ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas, por exemplo, devem ser encaminhados para a mesma cidade, citada anteriormente ou, em alguns casos, direcionadas para serviços da capital, Porto Alegre. Consultas com especialistas também são encaminhadas diariamente para centros maiores da região, como os hospitais em Santo Ângelo-RS, em Ijuí-RS e de Passo Fundo-RS.

A unidade de saúde Santo Antônio é definida como uma unidade urbana, embora distante do centro da cidade, no entanto, a unidade atende com eficiência a população da localidade na qual foi construída, a Vila Santo Antônio. Atualmente, a unidade dispõe de um profissional médico, três agentes de saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e um dentista, além dos profissionais de apoio, recepcionista e auxiliar de limpeza. Desse modo, podemos definir que a unidade dispõe de pelo menos, uma ESF constituída.

A unidade não possui vínculo com instituição de ensino. Há ações de saúde são realizadas na escola, situada próxima à unidade, porém tais ações são esporádicas e se resumem à atividades de interesse sexual e atividades educativas de higiene oral.

Compete ressaltar que o espaço físico da escola também é utilizado para outras atividades da comunidade, como a realização de cursos aos moradores, por exemplo, o SOS Vida realizado duas vezes ao ano.

A população da área mostra-se bastante participativa e engajada nos programas e ações ofertados pela unidade de saúde. Da mesma forma, existe uma participação ativa do gestor na rotina diária da unidade, este frequentemente realiza visitas a unidade verificando o andamento correto das atividades realizadas.

Outro aspecto relevante e importante refere-se à realização de uma reunião semanal com as equipes de todas as unidades de saúde estabelecidas no município. Nestes encontros, são discutidos planos, projetos, sucessos ou fracassos de determinadas ações, são definidos calendário das ações, são apresentados novos profissionais que eventualmente serão incluídos nas equipes e também são escolhidos os profissionais que participarão dos encontros regionais, além de outras atividades.

A unidade foi construída recentemente, portanto, obedece a maior parte dos requisitos exigidos para a instalação desses espaços. A unidade possui uma sala de espera grande e confortável, que suporta aproximadamente dez pessoas. Neste ambiente encontram-se 1 computador e 1 impressora necessários para os registros, além de ar climatizado e mobiliário novo. Ainda compõe a construção, um consultório médico com aproximadamente 9 m², um consultório odontológico com 12 m², uma sala de vacinas com 9 m², banheiros para usuários e banheiro para funcionários. Além disso, uma sala para fisioterapia, cozinha com área física de aproximadamente 4,5 m², sala para esterilização com 7,5 m² e almoxarifado compõe a estrutura física da UBS. No entanto, alguns aspectos negativos podem ser observados, como a ausência do espaço para expurgo, para a farmácia e de um espaço destinado para a sala de reuniões da equipe. Com isso, os diálogos, discussões e planejamento de ações da equipe de saúde estão, consideravelmente, prejudicados.

Outro aspecto negativo refere-se à inexistência de rampas para pacientes cadeirantes ou com dificuldades motoras, os degraus de acesso à unidade dificultam o recebimento adequado daqueles pacientes e por vezes, impedem seu atendimento. Somado a isso, outra dificuldade encontrada por esses pacientes refere-se à ausência de banheiros adaptados, nesses locais as portas são de pequenas dimensões e não permitem a passagem dos pacientes cadeirantes.

Algumas estratégias poderão ser utilizadas para minimizar ou resolver definitivamente os aspectos negativos verificados na unidade. O primeiro deles é solucionar as questões relativas à adaptação de espaços para farmácia, expurgo e salas de reunião da equipe. As salas já existentes na unidade poderiam ser adaptadas para esse fim, já que, a construção de novos espaços parece inviável. A construção do expurgo ou a adaptação desse espaço torna-se prioridade na medida em que, ofereceria maior segurança para toda equipe. Em relação ao acesso, a construção de rampas é indispensável, bem como, a disponibilidade de cadeiras de rodas extras.

A equipe de saúde que atua na UBS Santo Antônio apesar de pequena, desempenha com eficiência e presteza suas atribuições. Como atendemos uma área de abrangência também pequena, acredito que tal densidade populacional facilita a atuação da equipe e assim ela consegue coordenar o cuidado e exercer seu papel resolutivo. Somado a isso, a equipe mostra-se engajada e participativa nos cursos de educação continuada ofertados pela Secretaria de Saúde do município. Porém, algumas deficiências são observadas na rotina da equipe e que afetam diretamente o usuário. Uma delas remete a dificuldade do cuidado humanizado, o cuidado de forma integral da população e, portanto, do estabelecimento das relações de vínculo e acolhimento ao paciente, este fato compromete a implantação de novas atitudes no cotidiano da equipe. Para sanar estas deficiências, medidas devem ser adotadas e rapidamente implantadas junto às equipes de saúde, como a oportunização de cursos aos profissionais, focados nos princípios do SUS e na importância da atuação multidisciplinar das equipes de saúde.

A unidade de saúde Santo Antônio abrange uma área com aproximadamente 2500 usuários, incluindo os moradores das áreas rurais assistidas pela mesma unidade. A população é caracterizada por um equilíbrio entre o número de homens e mulheres e segundo os denominadores estimados pelo caderno de ações programáticas, há um maior número de pessoas com 20 anos ou mais e um número relativamente menor de pessoas com 60 anos ou mais. Este cenário está em desacordo com os quadros demográficos nacionais onde evidenciam-se um envelhecimento maior da população na faixa de 60 anos ou mais, justificando a modificação dos gráficos de pirâmides etárias brasileiro. Tendo em vista esses números e, considerando que a unidade possui uma ESF instituída e analisando a portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, concluímos que a UBS Santo Antônio está

em sintonia com os números e princípios recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo respectivo decreto, que é de 4000 habitantes por ESF. Dessa forma, pode-se inferir que a unidade possui profissionais suficientes para suprir a demanda e as necessidades de atendimento da área. Além disso, como descrito nos parágrafos anteriores, a UBS possui estrutura física adequada para a população adstrita.

Analisando os aspectos referentes à atenção a demanda espontânea, observa-se que na unidade de saúde avaliada, os atendimentos médicos, odontológicos e os atendimentos realizados pela equipe de enfermagem e fisioterapia são regulares e diários. As consultas médicas abrangem uma média de 12 atendimentos por turno e as consultas odontológicas, devido a complexidade dos tratamentos, não excedem 8 atendimentos diários. Sendo assim, a maior parte deles é realizada mediante agendamento e, não se percebe um grande número de pacientes sem atendimento e, todos os procedimentos compatíveis de serem realizados, são feitos na própria unidade. No caso dos atendimentos odontológicos, a demanda espontânea não é significativa e os casos urgentes são prontamente atendidos pelo profissional e se necessário encaminhados para outra unidade. Em relação aos demais profissionais, principalmente no que se refere as consultas médicas, os pacientes são frequentemente encaminhados ao pronto atendimento realizado no hospital.

Relatando agora os pontos negativos à atenção a demanda, podemos observar falhas nos aspectos burocráticos do sistema de manejo, por exemplo, os pacientes que necessitam dos serviços especializados, esbarram nos processos lentos de ofertas de serviços do setor terciário. Dessa forma, enfrentam a demora dos agendamentos das consultas e realização dos exames especializados em outros municípios. Em virtude da necessidade de solucionar tais deficiências, a disponibilidade de alguns serviços especializados e a possibilidade da centralização de tratamentos mais complexos no hospital do município, seria uma boa alternativa, diminuindo assim as necessidades de transporte dos pacientes para outros centros.

Em relação à atenção à saúde da criança, de até 6 anos, no âmbito da UBS é realizada consultas de puericultura e vacinação.

No ambiente escolar foram observadas ações esporádicas de educação em saúde. Estas atividades não seguem protocolos ou manuais técnicos específicos e são realizadas aleatoriamente, dependendo da disponibilidade e interesse dos

profissionais da unidade. Em vista destas ações não serem realizadas rotineiramente, não existem registros, monitoramento ou controle das ações feitas. Compete avaliar, os benefícios e as facilidades de termos uma escola, localizada próxima as dependências da UBS, no sentido da realização de um maior número de atividades educativas e sociais naquele local. À equipe, falta interesse e iniciativa em desenvolver o vínculo entre escola e unidade, impossibilitando assim o estabelecimento de ações preventivas e tratamentos possíveis.

Desse modo, o ambiente escolar apresenta-se subaproveitado, na medida em que representa um excelente espaço para o desenvolvimento de tarefas. Todos esses fatores contribuem, decisivamente, para a inexistência de registros ou pela falta de qualidade dos mesmos ou ainda pela ausência de planejamento e monitoramento das ações.

Analisando a atenção a gestante e ao pré-natal, pouca ou nenhuma ação efetiva e eficiente é realizada. Os exames pré natal, com consultas em dia e solicitação de exames laboratoriais preconizados pelo MS, bem como os exames ginecológicos por trimestre, a avaliação de saúde bucal e a orientação para aleitamento exclusivo não estão estruturados de forma programática e portanto, não seguem nenhum protocolo ou norma técnica. Sendo assim, os atendimentos de pré-natal são realizados segundo o conhecimento e graus de importância e prioridades dos técnicos e enfermeiros. Os registros dessas ações são armazenados nos prontuários e nos sistemas de informação disponíveis e não há monitoramento regular dessas atividades.

Há um baixo número de mulheres grávidas na área adstrita pela UBS, assim, a equipe está disponível para avaliar e acompanhar um número pequeno de gestantes, porém, muitas delas não realizam o pré-natal na UBS. Sendo assim, podemos concluir que, a qualidade, o planejamento e o monitoramento das ações de atenção a gestante estão deficientes ou inapropriados, necessitando ajustes urgentes e o estabelecimento de protocolos próprios e coerentes, resultando na manutenção de uma gestação saudável para mãe e bebê. Outros aspectos que deverão ser relevantes referem-se à participação dos demais profissionais da equipe na atuação dessas ações, a saúde bucal, por exemplo, deverá ser incluída como uma das metas e prioridades para melhoramento da saúde das gestantes.

Avaliando as ações desenvolvidas no âmbito da prevenção do câncer do colo de útero e controle do câncer de mama, as consultas são realizadas todos os dias e os exames citopatológicos e mamografias são solicitados no primeiro contato com o paciente e na evidência do mínimo risco. Constata-se uma alta demanda por exames desta natureza, justificando a validade das campanhas de conscientização, amplamente divulgadas. Cabe ressaltar que, os exames citopatológicos são registrados em arquivos impressos específicos, identificando a localidade das pacientes submetidas aos exames, o resultado e as possíveis alterações constatadas. Analisando os resultados dos registros não observam-se alterações significativas naqueles resultados, comprovando a baixa incidência de transformações malignas na população residente na área. Além disso, esses dados, reforçam a eficiência dos programas de prevenção instituídos recentemente. A possibilidade de realização diária das coletas de amostras para exames citopatológicos e os encaminhamentos frequentes de exames de mamografias, apresentam-se como aspectos positivos nas ações de controle e prevenção destas doenças. A facilidade na realização destes exames e a rapidez de acesso aos resultados contribuem, sobremaneira, para a qualidade das ações.

Como aspectos negativos relevantes, pode-se observar que, a inexistência de laboratórios especializados para exames citológicos e a estrutura precária do hospital municipal, dificultam a realização de maior número de exames e a possibilidade de tratamentos rápidos, no caso da constatação de desenvolvimento de neoplasias mais agressivas naquelas pacientes. Em relação à participação dos diferentes membros da ESF nas ações de prevenção e controle do câncer de útero e mama, visualiza-se maior iniciativa da equipe de enfermagem e médicos nas atividades educativas e preventivas das ações. Os demais profissionais da UBS mostram desconhecer a importância dessas atividades ou são resistentes a desempenhá-las.

Em se tratando do desenvolvimento de ações aos pacientes hipertensos e diabéticos, verifica-se que as medições dos índices glicêmicos e a mensuração de pressão arterial são realizadas diariamente, no ambiente da UBS. No entanto, não existe o estabelecimento de um programa definido, protocolos instituídos ou manual técnico sendo aplicado. Apesar disso, contribuindo com os índices de melhora na saúde de pacientes hipertensos, a prática de exercícios físicos é estimulada através

do incentivo oferecido pela equipe de enfermeiros e técnicos. Em contrapartida, a UBS não possui profissional nutricionista, falhando nas questões referentes a orientações nutricionais, dessa forma, torna-se imperativo a inclusão deste profissional no quadro de funcionários da unidade.

Todos os dados referentes a essas ações são registrados em prontuários clínicos e não obedecem a um esquema de monitoramento ou registros fidedignos. A falta de estratégias que permitem o esclarecimento dos riscos a que, pacientes diabéticos e hipertensos estão submetidos, apresenta-se como uma das principais dificuldades relativas à cobertura desta população. Assim, a determinação de turnos específicos, o acompanhamento nutricional e o reforço da importância das práticas de atividades físicas devem ser urgentemente implementadas. Aliado a isso, a incorporação de formas de registros eficientes e o estabelecimento e monitoramento das ações, somado a participação ativa de todos os membros que, atualmente é insatisfatória, torna-se uma meta a ser atingida neste tipo de ação a saúde.

Avaliando as ações de saúde direcionadas aos idosos, não nota-se a realização de atividades específicas voltadas para essa faixa da população. Ainda assim, existe um amplo número de indivíduos, nesta faixa populacional, recebendo atendimento na UBS. Desse modo, devido à inexistência de atividades e ações à saúde do idoso, não existem registros específicos. As dificuldades encontradas no estabelecimento de ações à saúde da pessoa idosa, estão vinculadas a dificuldades próprias desta população, muitas vezes, ligada as dificuldades motoras ou mesmo a debilidades crônicas inerentes a idade desses indivíduos, impossibilitando assim seu deslocamento até a UBS. Diante deste quadro, métodos de rastreamento e alternativas de transporte e visitas rotineiras pela equipe devem ser instituídas na tentativa de facilitar o contato e tratamento destes pacientes.

A unidade básica Santo Antônio apresenta grandes desafios que, certamente, estão presentes na grande maioria das UBS do país. O primeiro deles remete as constantes consultas, recebidas pelos mesmos pacientes em curtos espaços de tempo, evidenciando que suas questões de saúde não são inteiramente solucionadas ou estão relacionadas indiretamente a fatores psíquicos. Desse modo, expõe-se um modelo vicioso onde profissional e paciente, respectivamente, executam e recebem as mesmas ações constituindo assim um ciclo repetitivo e não resolutivo. Em segunda análise, a já conhecida ausência do setor terciário especializado, na proximidade do

município, impede e inviabiliza a conclusão de tratamentos já que, profissional e paciente, na maioria das vezes, são barrados pelos trâmites burocráticos, característicos do sistema. Para finalizar, o mais inquietante dos desafios é estabelecer as relações de multidisciplinaridade entre a própria equipe, e entender que o paciente não é constituído de partes separadas e, portanto, deve ser compreendido como um ser único, interligado, possuidor de aspectos sociais e psíquicos, inteiramente dependentes.

Analisando os recursos físicos disponíveis na UBS, podemos concluir que a UBS Santo Antonio supera as expectativas. As instalações e a estrutura física da unidade permitem que profissionais desempenhem da melhor forma suas tarefas e do mesmo modo, permitem que usuários recebam o melhor atendimento. Em contrapartida, a despeito da excelente estrutura física disponível, a unidade falha nos requisitos de aplicação de protocolos instituídos pelo MS e nos registros dos resultados dos programas. As dificuldades encontradas no preenchimento do caderno de ações programáticas evidenciam tais deficiências, fato que prejudicou a análise dos cálculos dos indicadores do caderno de ação programática, impossibilitando a real análise situacional da unidade.

1.3 Comentário comparativo

Traçando um paralelo entre a redação do texto inicial, e após a análise situacional, nota-se uma perfeita adequação e concordância do ambiente esperado e aquele oferecido aos profissionais da saúde. Observou-se após a análise situacional que a equipe da UBS falha na implementação de protocolos e registros que possibilitem a análise mais coerente com a realidade da UBS. Portanto, há necessidade de planejamento e monitoramento das ações para uma maior eficácia dos atendimentos.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

De acordo com a política nacional de saúde bucal é necessária à incorporação progressiva de ações de promoção e proteção da saúde, sobretudo as ações de fluoretação das águas de abastecimento, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor (Ministério da Saúde, 2004). Neste sentido, a odontologia precisa determinar a distribuição dos agravos e as necessidades de tratamentos preventivos e restauradores em cada segmento da sociedade (Mello et al, 2004), tornando-se imperioso um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares (Chaves et al, 2005). Dessa forma, a informação e a educação em saúde bucal deve ser ensinada e disseminada de modo a produzir conhecimento e autonomia com a saúde. Assim, as ações de higiene bucal coletiva devem ser amplamente preconizadas e a escola representa um excelente espaço social para difundirmos e consolidarmos os conhecimentos e saberes referentes aos cuidados com a saúde oral (Vilhena, F. T. et al, 2007).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio de Pádua, possui 2000 pessoas cadastradas e para atendimento desta população possui uma equipe de saúde, constituída por 1 médico, 1 cirurgião dentista, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 3 ACS, 1 recepcionista e 1 auxiliar de limpeza; além dos profissionais de apoio fonoaudióloga e fisioterapeuta. A unidade também possui estrutura adequada para os atendimentos clínicos, além de dispor de materiais suficientes para a realização das atividades educativas e curativas propostas.

A definição da população alvo escolhida, escolares de 6 a 12 anos, é justificada pelo grande número de atendimentos odontológicos observados nesta faixa etária, refletindo a grande necessidade de atenção a este público e, pela ausência de protocolos instituídos na atenção a esta população dentro da UBS. Assim, espera-se alcançar com a intervenção um aumento significativo da cobertura dos escolares, visto que, muitos destes não recebem atendimento pela ausência de vínculo entre escola e UBS. Em vista disto, a intervenção que atingirá aproximadamente 125 alunos da escola Santo Antonio de Pádua, pretende estabelecer a relação escola-UBS, ofertando educação em saúde e ações coletivas no âmbito escolar, como escovação supervisionada, bem como tratamentos curativos necessários e medidas de busca aos escolares faltosos.

Devido ao pouco número de ações desenvolvidas na UBS envolvendo os escolares, a intervenção exigirá a definição e instituição de protocolos de atendimento e a cooperação para ação conjunta de toda a equipe de saúde da UBS e dos próprios escolares na adesão ao atendimento pretendido. No entanto, alguns facilitadores ajudarão na execução do projeto de intervenção como a disponibilidade dos diretores da escola, que já se mostraram bastante cooperativos a realização das atividades. Assim, a implantação e sucesso desta intervenção implicarão na melhora considerável da saúde bucal dos escolares, resultando em adultos mais saudáveis e menos dependentes dos serviços odontológicos mutiladores, tão evidentes nos serviços públicos oferecidos atualmente.

2.2. Objetivos e Metas

Objetivo Geral

Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 6 a 12 anos da área de abrangência da unidade Santo Antônio de Pádua, do município de Roque Gonzales, RS.

Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares (1)
- Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares (2)
- Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal (3),
- Melhorar o registro das informações (4),
- Promover a saúde bucal dos escolares (5).

Metas

Relativas ao objetivo 1:

- Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção.
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% dos escolares da escola foco da intervenção.

Relativas ao objetivo 2:

- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento.
- Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
- Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.
- Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 3:

- Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.
- Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

Relativas ao objetivo 4:

- Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 5:

- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.
- Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção

2.3 Metodologia

Trata-se de uma intervenção a ser executada na UBS Santo Antonio de Pádua do município de Roque Gonzales, localizado no estado do Rio grande do Sul. Este projeto esta estruturado para ser desenvolvido no período de três meses. O

público alvo será composto por escolares de 6 a 12 anos residentes na área de abrangência e que estão cadastrados. As ações propostas contemplarão os quatro eixos do curso: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Todos os passos da preparação e execução da pesquisa serão registrados em um relatório. Será utilizado com base das ações o Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.

2.3.1 Detalhamento de Ações

Para **ampliar a cobertura da atenção a saúde bucal dos escolares** no eixo de monitoramento e avaliação o dentista irá monitorar, semanalmente, os alunos que foram identificados para doenças bucais através do levantamento epidemiológico realizado na escola, também fará o monitoramento semanal dos alunos que já realizaram a primeira consulta odontológica, estes acontecerão através da digitação semanal dos dados na planilha eletrônica. Na organização e gestão do serviço o enfermeiro fará a identificação dos espaços escolares adstritos a Unidade Básica de Saúde, assim como ficou responsável pelo contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal para que assim o dentista possa organizar agenda de saúde bucal para atividades nas escolas e atendimento prioritário a escolares.

Para que ocorra o engajamento público o dentista, a ASB e as ACS irão informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde e de sua importância através das reuniões com pais, assim como por meio de cartazes informativos dispostos na UBS; para sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades a equipe irá fazer uma reunião com pais e mestres. A qualificação da prática clínica será atingida por meio da capacitação que o dentista dará a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, realizar classificação de riscos, programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na unidade de saúde, nesta será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde para fundamentar.

A fim de **melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares** o dentista realizará, no eixo de monitoramento e avaliação, o monitoramento dos alunos com primeira consulta odontológica, dos com tratamento concluído, assim como a média de ações coletivas de escovação supervisionadas com creme dental por escolar e a média de escovações com flúor para os escolares de alto risco. Para isto, as fichas espelho terão campos para o preenchimento dessas informações.

Para a organização e gestão do serviço toda equipe será responsável por acolher o escolar e seu responsável assim que estes chegarem a UBS e a agenda estará organizada de 2 maneiras (um turno ou 6 fichas semanais) garantindo o atendimento aos escolares e os ACS serão responsáveis pelo cadastro de todos. O dentista será responsável por planejar a necessidade de materiais necessários para realização das atividades e de pactuar com as escolas os horários para as ações coletivas de saúde bucal.

No engajamento público a comunidade será esclarecida em reunião de pais e mestres sobre a necessidade de realização dos tratamentos odontológicos e a importância de conclusão destes, também sobre os turnos de atividades de saúde bucal na escola, bem como buscaremos a sensibilização de professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e a importância da inserção da rotina de escovação dental nas escolas.

A qualificação da prática clínica será atingida por meio da capacitação realizada pelo dentista sobre acolhimento, cadastramento e agendamento dos escolares. Assim como sobre o preparo do ambiente e desenvolvimento da ação coletiva de escovação supervisionada e na identificação das crianças de alto risco para realização de escovação com flúor gel. A equipe será capacitada de acordo com o caderno número 17 do MS e estará apta a identificar as principais doenças bucais.

As ações de **melhoria a adesão ao atendimento em saúde bucal** no eixo de monitoramento e avaliação será identificado por meio da verificação da agenda feita pelo enfermeiro os escolares faltosos as consultas, o qual informará aos ACS e realizará o monitoramento das buscas.

Na organização e gestão do serviço os ACS organizarão sua agenda para as visitas domiciliares em busca dos faltosos e a equipe de saúde bucal estará envolvida na organização da agenda de atendimentos, após a busca ativa, realizada pelos ACS.

Para que ocorra o engajamento público buscaremos ouvir a comunidade sobre as alternativas e sugestões, para melhorar a acessibilidade e os atendimentos. Assim, para alcançar a qualificação da prática clínica, o enfermeiro fará um treinamento da equipe de saúde na identificação e busca dos escolares faltosos, e no esclarecimento da comunidade sobre a importância da continuidade do atendimento odontológico.

Com o intuito de **melhorar os registros das informações** no eixo de monitoramento o dentista fará o controle do registro dos escolares com primeira consulta odontológica programada.

Para isto, e garantindo maior organização e gestão do serviço, além dos prontuários odontológicos, fichas serão elaboradas e anexadas onde terão campos para todas as informações a serem monitoradas.

Para alcançar o engajamento público todos os responsáveis pelo paciente serão informados sobre o direito de manutenção dos registros de saúde e das possibilidades de solicitação de segunda via desses documentos. Para qualificar a prática clínica o dentista fará o treinamento da equipe para o correto preenchimento das fichas, prontuários e planilhas de acompanhamento.

Para **promover saúde**, no eixo de monitoramento e avaliação, o enfermeiro vai monitorar através da ficha espelho de saúde coletiva os alunos que receberam orientações sobre higiene bucal e dieta.

Para realizar a organização e gestão do serviço vamos organizar as atividades de educação em saúde com os escolares, providenciando previamente o material necessário para desenvolvimento das atividades e a lista de presença para monitoramento dos alunos participantes.

No engajamento público vamos divulgar a comunidade a importância de ações trans e interdisciplinares desenvolvidas na escola, buscando promover a participação dos membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das ações de saúde para os escolares. Ainda o escolar será incentivado na importância do autocuidado.

Na qualificação da prática clínica, o dentista irá capacitar os demais profissionais da equipe quanto às atividades de promoção em saúde (higiene bucal e dieta), para o trabalho multidisciplinar e para atividades do controle social.

Dessa forma, concluímos que as ações representam a consolidação efetiva do projeto de intervenção e refletem a concretização dos objetivos e metas estabelecidos.

2.3.2 Indicadores

Meta: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 100% dos escolares de 6 a 12 anos de idade das escolas da área de abrangência da UBS.

Indicador: Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de escolares de 6 a 12 anos participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 50% dos escolares de 6 a 12 anos moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento.

Indicador: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de escolares classificados como alto risco que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de escolares classificados como alto risco.

Meta: Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador: Proporção de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta; Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais.

Indicador: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado em escova dental.

Numerador: Número de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado em escova dental.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificados como alto risco.

Meta: Concluir tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programada.

Indicador: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

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

Meta: Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram a primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças encaminhadas, e que não compareceram a primeira consulta odontológica programática e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas a primeira consulta odontológica programática.

Meta: Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de buscas realizadas aos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

Numerador: Número de crianças com primeira consulta odontológica faltosos as consultas subsequentes e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes.

Meta: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de escolares com registro atualizado.

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

Denominador: Número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da(s) escola(s) foco da intervenção.

Indicador: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de escolares com orientação sobre higiene oral.

Denominador: Número de crianças matriculadas na(s) escola(s) foco da intervenção.

Meta: Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da(s) escola(s) foco da intervenção.

Indicador: Proporção de escolares com orientação sobre dieta.

Numerador: Número de escolares de 6 a 12 anos com orientação sobre dieta.

Denominador: Número de crianças de 6 a 12 anos matriculados na(s) escola(s) foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizarmos a intervenção no Programa Saúde Bucal do Escolar, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, 2012. Este protocolo não está disponível na unidade, no entanto, dispomos de impressoras e folhas de papel suficientes para realizar a impressão, indispensável, ao estudo deste manual.

Para os registros utilizaremos os prontuários odontológicos disponíveis na unidade, mas estes não prevêem a coleta de informações referentes a procedimentos coletivos, tão pouco aos dados relativos ao alto risco à cárie. Desse modo, para coletar todos os indicadores necessários à intervenção, o dentista e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção todos os escolares de 6 a 12 anos, o que representa aproximadamente 97 escolares regularmente matriculados. As fichas complementares serão impressas na própria unidade e anexadas aos prontuários, será necessária a impressão de, aproximadamente, 200 fichas. Para o acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

O levantamento epidemiológico inicial será realizado objetivando conhecer e determinar as prioridades dos escolares. Devido à dificuldade de obtenção de espelhos odontológicos suficientes para o exame intraoral adequado, esta atividade se restringirá a utilização de luvas, luz natural e espátulas de madeira. O tempo determinado para esta ação será de 2 semanas dividida em dois turnos e com meta estabelecida de exames em duas turmas por turno.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará os agendamentos odontológicos dos últimos 3 meses, identificando os escolares de 6 a 12 anos que já foram atendidos. O profissional localizará os prontuários destes pacientes e armazenará em arquivo específico, já existente na unidade, destinado para este fim. Ao mesmo tempo, realizará uma análise cuidadosa dos pacientes que receberam maior número de procedimentos até aquela data.

Como o foco da intervenção já foi definido e os profissionais que compõe a equipe já estão conscientes das atividades que serão desempenhadas, vamos iniciar

com o estudo do manual técnico que norteará essas ações. Levando em consideração que, o manual não é extenso, acreditamos que a leitura e o estudo individual do manual proporcionarão maior conhecimento e familiarização ao profissional. Assim, o horário destinado a esta leitura ficou a escolha de cada profissional da equipe de saúde, na sua própria residência ou no horário normal de trabalho, se assim desejar. Após esta leitura, será feita a reunião para capacitação quanto ao exame epidemiológico, identificação de riscos e instrumentos utilizados na intervenção, bem como discussão de dúvidas do protocolo; esta atividade será realizada ao final da manhã sob coordenação do dentista. Além disso, uma reunião inicial será realizada pelo mesmo profissional na escola, reunindo pais, responsáveis, funcionários da escola e educadores, reforçando a importância e participação dos responsáveis e professores no desenvolvimento das ações, enfatizando a necessidade do acompanhamento fora do ambiente escolar.

O agendamento junto à unidade priorizará os casos de risco identificados no levantamento epidemiológico dos escolares. Desse modo, no ambiente da UBS, o dentista e o enfermeiro, com o apoio da recepcionista receberão os alunos de acordo com a ordem pré-determinada e o dentista realizará os procedimentos clínicos, orientações necessárias e registro nos prontuários os procedimentos realizados. Independentemente, de estarem ou não na lista de prioridades, em casos de urgências os alunos serão prontamente atendidos e recebidos para tratamento adequado. Serão disponibilizadas 6 atendimentos semanais aos escolares para que se possa atingir a meta.

Para continuarmos o projeto de intervenção, 2 vezes por semana o enfermeiro irá revisar a lista de prioridades estabelecidas no levantamento epidemiológico inicial e repassará esta lista para o ACS que buscará na escola os alunos que deverão receber tratamento. As segundas e sextas feiras foram os dias escolhidos para o atendimento dos escolares. Nas segundas feiras serão realizadas as atividades coletivas, incluindo as ações de escovação supervisionadas e aplicação tópica de flúor. Nas sextas feiras, os atendimentos curativos serão realizados no consultório da unidade mediante agendamento prévio e serão constituídos, basicamente, de procedimentos restauradores e extrações simples. Estas ações somente serão viáveis mediante o contato prévio com os responsáveis que, será realizado através do contato realizado pela diretora da escola. Para a concretização das atividades de escovação

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitação da Equipe | X | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e Impressão das Fichas Complementares | X | | | | | | | | | | | |
| Revisão dos Prontuários | X | | | | | | | | | | | |
| Estudo do manual Técnico-antes da intervenção | X | | | | | | | | | | | |
| Levantamento Epidemiológico | X | X | | | | | | | | | | |
| Atendimento e Registro dos atendimentos | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Reunião com os Pais | | | X | | | | | | | | | |
| Revisar Lista de Prioridades | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atividades Curativas | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atividades de Escovação e Aplicação de Flúor | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Busca dos Faltosos | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoramento das Atividades | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Sensibilização e Divulgação das Informações | | | | X | | | | X | | | | |

3. Relatório da Intervenção

Iniciamos aqui a análise das ações desempenhadas durante o projeto de intervenção na escola Santo Antônio e que tiveram início no mês de setembro de 2014 e findaram no mês de novembro do mesmo ano. Analisamos também as eventuais dificuldades encontradas durante esse período. Além disso, analisaremos as ações

que não foram plenamente realizadas, justificando as razões da sua não concretização. Somado a isso, concluiremos analisando as potenciais dificuldades encontradas nas coletas e registros das informações e a análise de incorporação das ações a rotina do serviço.

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

Com o objetivo final de “ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares”, a totalidade de ações previamente programadas foram realizadas integralmente. Assim, foi possível executar, com sucesso, o levantamento epidemiológico dos escolares entre 6 e 12 anos, utilizando as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso. Estas auxiliaram de maneira ímpar as coletas de informações pertinentes e necessárias a classificação de risco dos alunos e desta forma permitiu aos demais profissionais, pertencentes à equipe de saúde, estabelecer a ordem de prioridades dos atendimentos. Da mesma forma, as fichas espelhos associadas aos prontuários da unidade, possibilitaram, ao cirurgião dentista, acompanhar as consultas agendadas e assim eternizar, nas dependências físicas da unidade, as informações necessárias às futuras consultas.

Analisando o contato estabelecido com funcionários e professores da escola, podemos concluir que esta relação possibilitou um diálogo franco e honesto entre profissional de saúde e educadores, resultando assim em uma divulgação coerente e real da situação de saúde dos escolares, evidenciando a necessidade de cuidados mais direcionados a faixa de alunos classificados como de alto risco. Não bastasse isso, este contato, aberto e sincero, possibilitou uma divulgação dos resultados encontrados no levantamento epidemiológico e, principalmente, a divulgação das possibilidades de atendimento e tratamento dos escolares.

As ações programadas para “melhorar a atenção a saúde bucal dos escolares” foram integralmente cumpridas e não verificou-se, em nenhum momento, obstáculos ao desempenho destas ações por parte de gestores ou educadores. Desta forma, as escovações supervisionadas com creme dental bem como, a aplicação de flúor em escova dental - e também em consultório com gel fluoretado, diretamente na estrutura dentária suspeita - foram plenamente realizadas. Além disto, toda a equipe

desempenhou com afinco as etapas de acolhimento aos alunos e responsáveis na unidade básica, cooperando, indubitavelmente, para o sucesso dos atendimentos clínicos. Em se tratando das condições ideais para a execução do correto tratamento, podemos concluir que não encontramos dificuldades na obtenção de todo o material odontológico necessário para a finalização dos cuidados dispensados. Sendo assim, não observamos ao longo do período de intervenção, interrupções geradas por esses fatores e, tal situação, permitiu que os atendimentos fossem realizados regularmente, em datas e horários rigorosamente agendados e, assim, os escolares foram atendidos em três turnos semanais. Devido ao grande número de necessidades clínicas verificadas nos escolares e a insuficiência de apenas 2 turnos para os atendimentos clínicos, foi alterado o número de turnos inicialmente previstos, passando agora a ser realizado em três turnos semanais.

Avaliando a “melhora dos registros de informações” podemos inferir que os registros realizados tanto nos prontuários, quanto nas fichas espelhos utilizadas, mostraram-se de fácil execução e assim, não tivemos nenhuma dificuldade com essa etapa do projeto. Além disso, não observamos nenhum obstáculo referente à disponibilidade de material necessário para impressão ou elaboração das fichas, todas as quantidades de material foram facilmente obtidas, bem como, os equipamentos necessários para a impressão. Em relação à equipe, não tivemos nenhum desacordo já que, o cirurgião dentista preenchia de forma mais adequada e rápida todas as informações e, os demais componentes da equipe eram responsabilizados por armazenar adequadamente aquele material. Da mesma forma todos os pais mostraram-se cooperativos na obtenção das informações pertinentes, o que pode ser verificado pelo completo preenchimento das ficha-espelhos dos escolares que receberam atendimento clínico.

Na escola Santo Antônio, as atividades de promoção de saúde foram realizadas de maneira ordeira e não verificamos maiores dificuldades na execução das tarefas. Assim, as atividades de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor receberam total apoio de diretores e mestres da escola. Da mesma forma, as atividades educativas, que se constituíram na realização de palestras junto às turmas de alunos alvo da intervenção, foram realizadas a contento e, igualmente, os escolares receberam de forma bastante receptiva todas estas atividades.

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

Avaliando as ações que não foram realizadas, podemos citar aqui a dificuldade encontrada em realizar a reunião com pais e responsáveis. Tal atividade não pôde ser concluída devido à dificuldade de encontrarmos horários compatíveis com todos os responsáveis envolvidos no projeto de intervenção. No entanto, tais esclarecimentos e informações foram repassados aos funcionários e diretores da escola, personagens co-responsáveis pelo êxito dos resultados esperados.

Avaliando a “melhoria a adesão ao atendimento em saúde bucal” percebemos que as metas pactuadas no projeto não foram inteiramente executadas. Tal cenário decorreu da dificuldade encontrada pelos agentes de saúde (ACS) em convencer os responsáveis pelos escolares, da necessidade de comparecerem a 1ª consulta odontológica, mesmo diante da ausência de grandes necessidades de tratamento. Desse modo, pode-se verificar ao longo das 12 semanas de intervenção que, os ACS realizavam a busca ativa dos escolares faltosos, entretanto, estes mesmos alunos, não compareciam as consultas previamente agendadas. Podemos reforçar aqui que, talvez, estas situações mostraram-se como o maior desafio enfrentado durante o período de intervenção e mesmo, divulgando as informações, estas consultas não foram concluídas. Da mesma forma, as tentativas desenvolvidas com o objetivo de ouvir, da comunidade, as alternativas e sugestões para melhorar a acessibilidade aos atendimentos não puderam ser concretizadas devido, as dificuldades de reunir pais e responsáveis, como detalhado anteriormente.

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

A coleta de dados e o preenchimento das tabelas não se mostraram como tarefas difíceis, mesmo por que, o início do trabalho com os indicadores permitiu que treinamentos e simulações fossem realizadas antes do registro real dos dados. No entanto, encontramos dificuldades para estabelecer qual informação registrar quando o aluno era submetido à busca ativa, realizada pelos agentes comunitários de saúde e que não comparecia a consulta. Em resumo, não tivemos maiores dificuldades com o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculos dos indicadores,

entretanto, não compreendemos porque alguns não foram gerados mesmo quando as planilhas estavam corretamente preenchidas, como no caso dos indicadores 2.1 (proporção de escolares de alto risco com primeira consulta) e 2.3 (proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado), atribuímos tal erro as falhas ou equívocos gerados pelo próprio sistema.

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

O eixo relativo à promoção de saúde pode ser a base sobre a qual se estruturou o sucesso da implantação do projeto. Acreditamos que, embora difícil, é o início da cadeia que estabelece a manutenção da saúde bucal de adultos e crianças. Por isso, nosso projeto priorizou a execução constante dessas atividades e, sobretudo, recrutou o auxílio dos demais membros da equipe de saúde e também de mestres e funcionários da escola. Tendo em vista este quadro e sabendo que tais atividades não exigem maiores esforços, concluímos que conseguimos, de forma crescente e constante, introduzir bons hábitos ou, melhorar os já existentes na rotina dos escolares.

Como sabíamos desde o início, os atendimentos deveriam ser incorporados à rotina da UBS, entretanto, devido à inexistência de outro cirurgião dentista atuante na Unidade Santo Antônio, acreditamos que tais atividades não terão continuidade com a saída do profissional após o término do contrato com o PROVAB. Uma possível solução para o crítico caso seria o encaminhamento dos escolares e demais pacientes para outra UBS do município. Tal solução poderia adotar o apoio de enfermeiros e técnicos que já estão devidamente treinados e capacitados a reconhecer usuários com necessidade de tratamentos mais urgentes.

Encerramos a intervenção com a certeza de que mais dedicação e entusiasmo se faz necessário com o intuito de mantermos e preservarmos a saúde oral daqueles que usufruem dos serviços públicos de saúde e que nestes 3 meses de intervenção foi feito tudo que esteve ao alcance da equipe para melhorar a saúde bucal dessas crianças.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

A intervenção realizada na Escola Santo Antônio de Pádua, na cidade de Roque Gonzales, tratou de melhorar a atenção a saúde bucal de escolares de 6 a 12 anos, pertencentes a área adstrita à unidade básica de saúde (UBS).

Em relação ao objetivo 1 de ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal dos escolares:

Meta: Ampliar a cobertura de ação de exame bucal com finalidade epidemiológica para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

Indicador: 1.1 – proporção de escolares examinados na escola.

Em relação aos objetivos específicos - ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal dos escolares - observa-se que atingimos plenamente a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares foco da intervenção. Como pode ser observado no gráfico (figura 1), no 1º mês de intervenção, todos os escolares já haviam sido examinados, confirmando os objetivos inicialmente pactuados. Estes resultados puderam ser atingidos com facilidade devido, principalmente, ao fato, de destinarmos as duas semanas iniciais da intervenção para a realização do levantamento epidemiológico proposto no cronograma. Assim, a totalidade dos alunos, 97 escolares, foram examinados, e neste aspecto recebemos total apoio de professores, e funcionários que, permitiram e colaboraram, incansavelmente, para a conclusão desta etapa inicial e essencial para execução do projeto de intervenção.

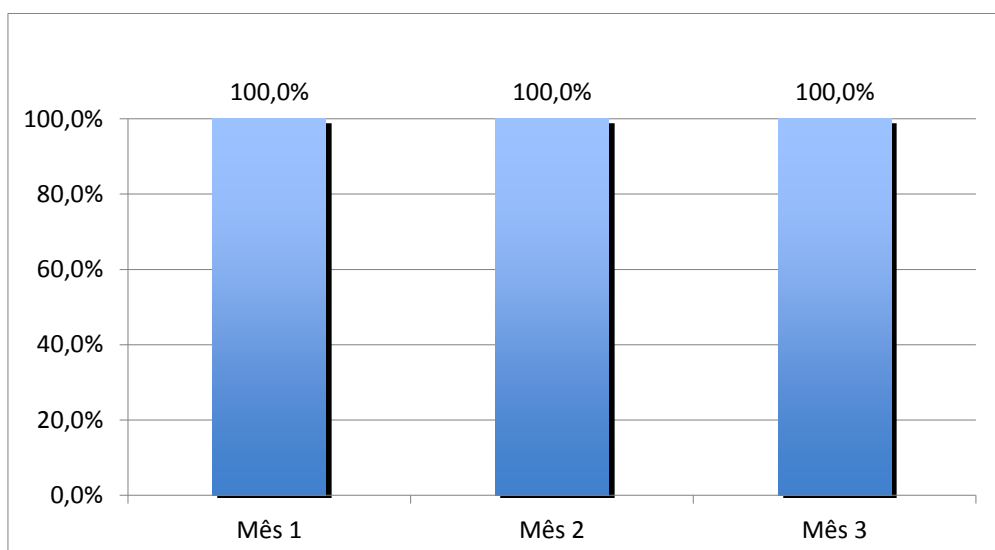


Figura 1: Proporção de escolares examinados na escola

Meta: Realizar primeira consulta odontológica em 50% dos escolares da área de abrangência.

Indicador 1.2: Proporção de escolares da área de abrangência com 1ª consulta odontológica realizada.

A intervenção foi realizada na única escola da área da unidade básica de saúde; a qual possui 97 alunos com idades entre 6 e 12 anos. Todos realizaram a primeira consulta odontológica programática concluindo-se, portanto, que a intervenção atingiu uma cobertura de 100% do total de moradores pertencentes à área da UBS. Percebe-se com esses resultados estatísticos que superamos o inicialmente programado (ampliar a cobertura de primeira consulta para 50%).

Tal resultado pode ser atribuído a inexistência de imprevistos no decorrer do período de intervenção e ao apoio incondicional de gestores e equipe de saúde da UBS. Os gráficos gerados pelo preenchimento das planilhas revelam que 100% dos alunos examinados na escola, realizaram a 1ª consulta odontológica programada. Estes números foram atingidos graças aos atendimentos realizados com frequência na UBS, os quais ocorriam da seguinte maneira: a diretora recebia todas as 2ª feiras pela manhã, a relação dos alunos que receberiam atendimento clínico na UBS.

No período da tarde das 2ª feiras e nos dois turnos das 5ª e 6ª feiras os escolares eram acolhidos na unidade mediante os encaminhamentos realizados pela diretora. Assim, estabeleceu-se uma rotina de atendimento no qual uma média de 4 alunos por turno eram atendidos. Como pode ser observado na figura 2 houve um aumento crescente ao longo dos 3 meses de intervenção, representados no gráfico por 23 escolares (24%) atendidos no 1ª mês, seguidos de 63 escolares (64,9%) no mês subsequente e finalizando com o total de 97(100%) pacientes atendidos, conforme mostra a figura 2.

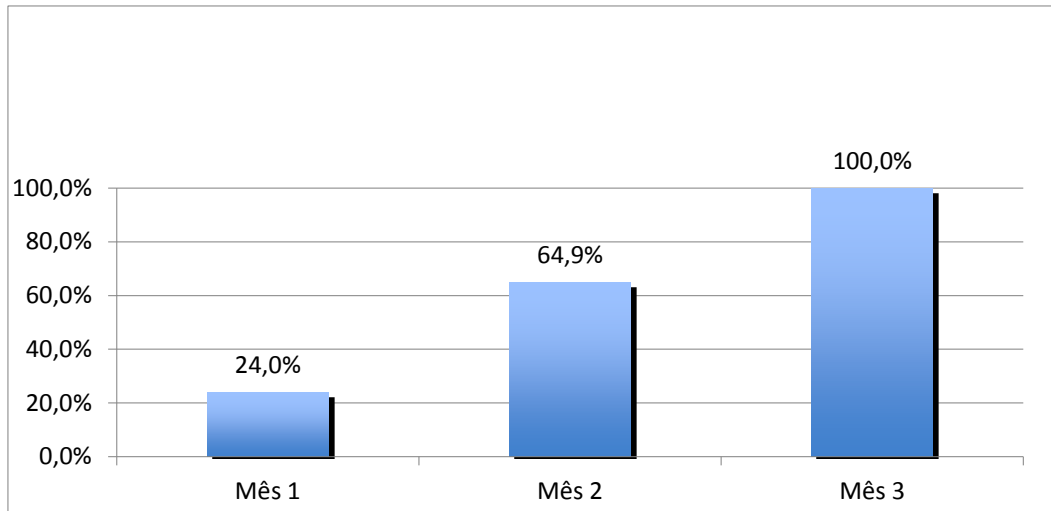


Figura 2: Proporção de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica

Em relação ao objetivo 2 de melhorar a qualidade de atenção a saúde bucal dos escolares:

Meta: ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programada em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento.

Indicador: 2.1 - proporção de escolares de alto risco com 1ª consulta.

As porcentagens de escolares de alto risco, que receberam 1ª consulta odontológica, também atingiram os 100% de cobertura. Foram identificadas 42 crianças de alto risco no levantamento epidemiológico inicial. Como podemos verificar nos gráficos dos indicadores gerados, no primeiro mês, atingimos um percentual de 54,7%, pois os 23 escolares que receberam a primeira consulta eram de alto risco. Nos meses subsequentes esses valores alcançaram proporções expressivas atingindo, valores de 90,4% no segundo mês, onde 38 escolares dos 63 que consultaram eram de alto risco. E finalizamos com 100% (42 escolares) no 3ª mês seguinte, conforme figura 3.

Os atendimentos de pacientes de alto risco foram os primeiros a serem realizados na UBS, dentro do período de intervenção do projeto. Deste modo, os atendimentos realizados incluíram uma classificação de risco que priorizou escolares que apresentavam dor, processos infecciosos como a presença de abscessos ou lesões suspeitas, seguidos daqueles com necessidades estéticas que prejudicavam o convívio em grupo.

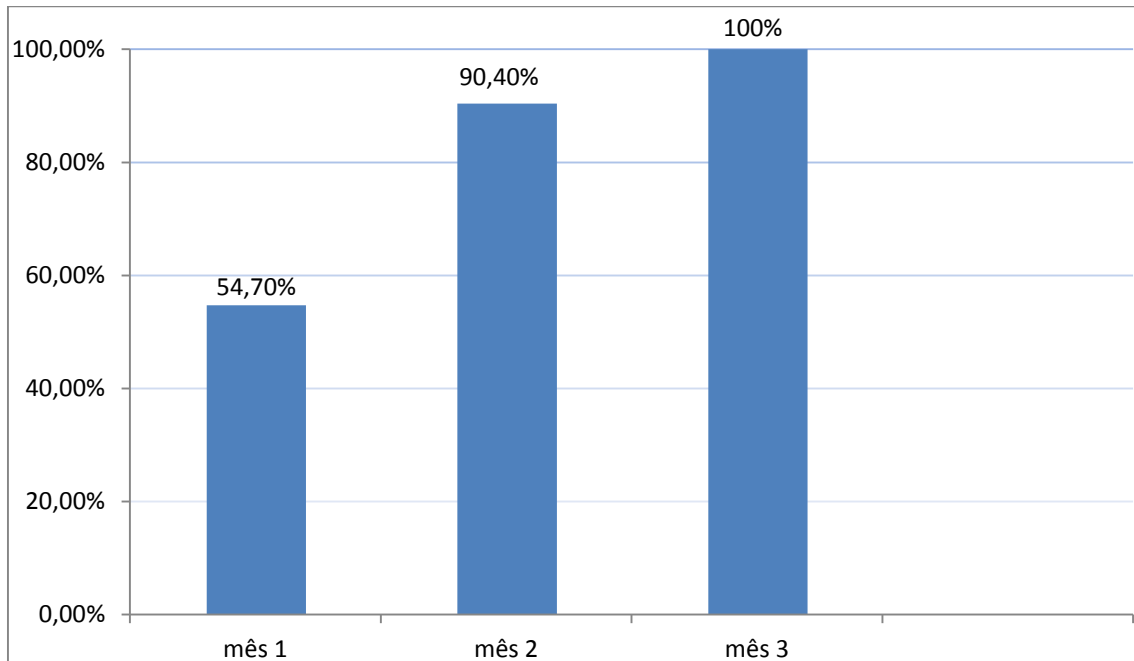


Figura 1: Proporção de crianças de alto risco com primeira consulta odontológica

Meta: realizar pelo menos 1 escovação supervisionada em 100% dos escolares.

Indicador: 2.2 - proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Afim de melhorar a saúde bucal dos escolares, pretendíamos realizar uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares. Desse modo, como pode ser observado no gráfico 4, o segundo mês de intervenção foi suficiente para atingirmos essas porcentagens. Como visualizado, houve um aumento crescente desses números, de 63 no 1º mês (65,6%) para 97 escolares no mês subsequente, atingindo assim, os 100% de escolares com escovação dental supervisionada. As tarefas coletivas de escovação supervisionada foram rapidamente executadas, sobretudo, pela facilidade de realização.

Todas estas atividades eram realizadas em escovódromo disponível na escola, o qual possuía espelhos e torneiras individuais que facilitavam a realização desta tarefa. As atividades educativas eram realizadas com a ajuda dos professores que auxiliavam na organização dos escolares.

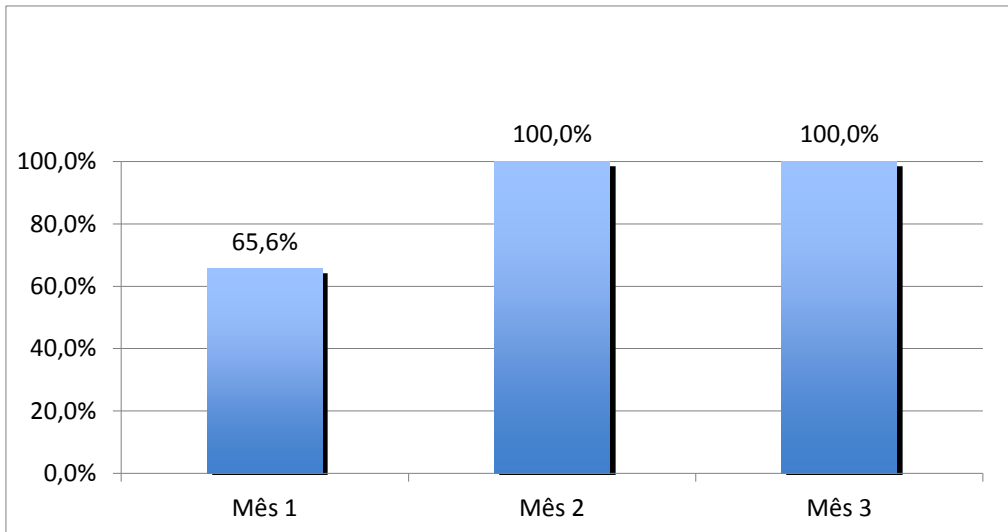


Figura 2: Proporção de escolares com escovação supervisionada com creme dental

Meta: Realizar pelo menos 4 aplicações de gel fluoretado em escova dental em 100% do escolares de alto risco.

Indicador: 2.3 - proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado em escova dental.

Ainda considerando a melhora da qualidade a atenção a saúde bucal dos escolares, podemos evidenciar pelo gráfico, gerado no indicador referente a proporção dos escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado em escova dental (figura 5) que, essas médias também atingiram os valores pretendidos. Além disso, a proposta inicial pretendia que atividade de escovação com flúor em escova dental fosse realizada, no mínimo 4 vezes, o que foi realizado a contento ao longo dos 90 dias de intervenção. Dessa forma, no 1ª mês realizamos a aplicação de flúor em apenas 1 escolar (2,38 %). No segundo mês de intervenção esses valores atingiram 29 escolares (69 %) e finalizamos no 3ª mês com 42 escolares com aplicação de gel fluoretado (100%). Aliado a aplicação de gel fluoretado concluímos ser prudente realizar também a aplicação de gel fosfato acidulado, em ambiente de consultório e sob supervisão do profissional.

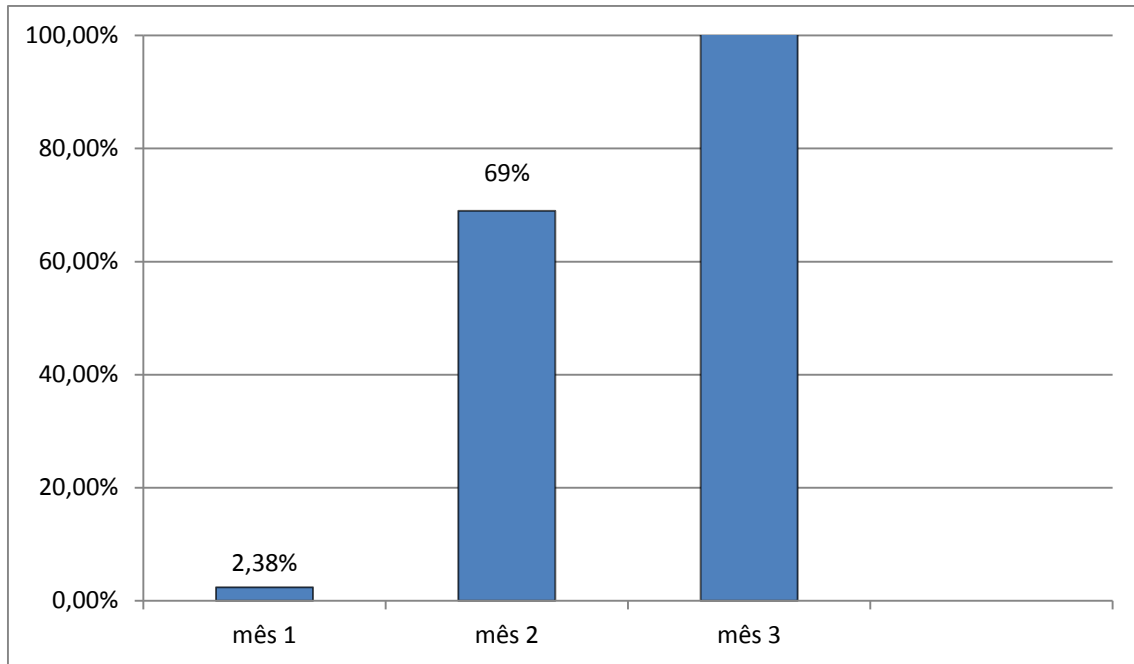


Figura 3: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado

Meta: Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com 1ª consulta odontológica programada.

Indicador 2.4: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Seguindo o mesmo intuito, uma das metas para o objetivo 2 era finalizar o tratamento dos escolares. Como observado na figura 6, percebemos um aumento crescente da finalização dos tratamentos, compatíveis e adequados com a situação de saúde que encontramos no início da intervenção.

Dessa forma, o 1º mês revela que 34,8% (8 alunos dos 23 que consultaram) concluíram seus tratamentos, seguido no mês seguinte de uma porcentagem de 73% (46 alunos de 63 alunos com primeira consulta concluíram tratamento). No entanto, diferentemente, do que ocorreu com os indicadores anteriores, não conseguimos atingir os 100% de tratamentos concluídos no 3º mês de intervenção atingindo 93,8% das crianças, o que representa 91 escolares com tratamento concluído. Tal quadro pode ser explicado, pela complexidade dos tratamentos necessários onde era necessário diversas consultas para conclusão do tratamento, e também pela dificuldade de atendimento dispensado a pacientes infantis, pois em muitos casos, houve a necessidade de “condicionamento” destes pacientes que estavam recebendo consulta odontológica pela 1ª vez.

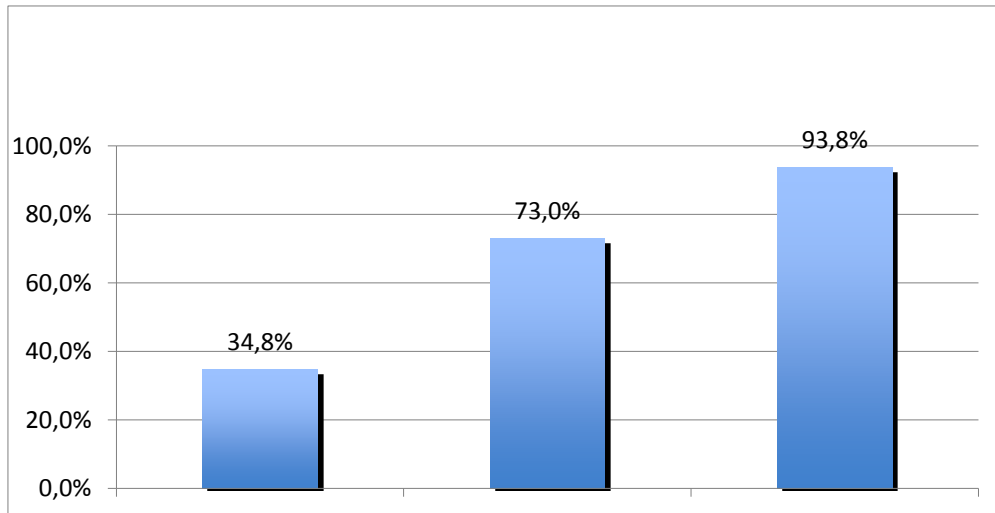


Figura 4: Proporção de escolares com tratamento concluído

Em relação ao objetivo 3 de melhorar a adesão a saúde bucal:

Meta: realizar a busca ativa de 100% dos escolares encaminhados que não compareceram a 1ª consulta odontológica programada.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas a escolares encaminhados e que não compareceram a 1ª consulta odontológica programada.

As metas estabelecidas para o objetivo 3, mostram-se as menos positivas de todas as outras atingidas durante o período de intervenção. O gráfico que revela a proporção de buscas realizadas aos escolares que não compareceram a 1ª consulta odontológica, sequer atingiu os 70% no último mês de intervenção. Assim, a análise dos resultados permite inferir que, o 1º mês de intervenção não gerou buscas realizadas, em contrapartida o 2º mês foi caracterizado por 35% de buscas ativas realizadas (7 buscas e 20 escolares faltosos), seguida por 69,6% no 3º mês (16 buscas realizadas e 23 crianças faltosas), conforme mostra a figura 7. Assim que se verificava que o escolar não havia comparecido a 1ª consulta, um novo agendamento era realizado pelo cirurgião dentista e a diretora era comunicada do não comparecimento do aluno. A diretora realizava um novo contato com os responsáveis informando a nova data da consulta. Os ACS eram comunicados e o cirurgião dentista solicitava que se realizasse uma visita domiciliar aos escolares faltosos, reforçando o compromisso com a nova data da consulta, porém a meta não foi atingida possivelmente pela dificuldade, encontrada pelos ACS, em estabelecer o contato com os pais e responsáveis pelos escolares.

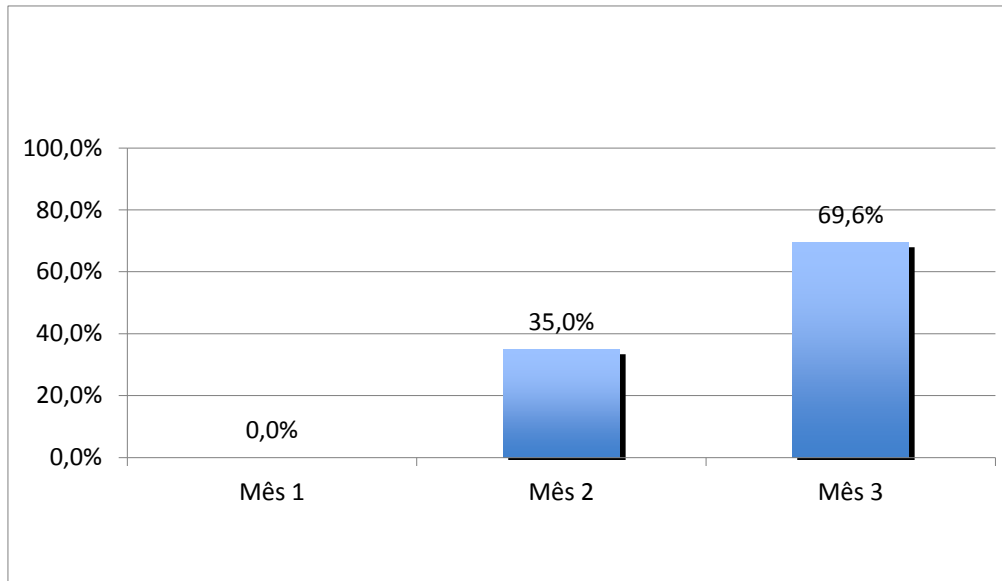


Figura 5: Proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram para primeira consulta odontológica

Meta: Fazer busca ativa de 100% dos escolares com 1ª consulta odontológica programada faltosos as consultas subsequentes.

Indicador 3.2: Buscas realizadas aos escolares com 1ª consulta odontológica programada faltosos as consulta subsequente.

O gráfico da figura 8, expressa as porcentagens para buscas realizadas a escolares com 1ª consulta odontológica, faltosos as consultas subsequentes, e neste podemos verificar que os resultados expressam valores mais positivos, quando comparados ao gráfico anterior.

Desse modo, já no 1ª mês podemos observar que 30% tiveram suas buscas realizadas, seguido por números estatisticamente crescentes, culminando com valores de 82,6%, (19 alunos de 23 faltosos) no último mês de intervenção. Ainda assim, esses valores estão aquém do pactuado inicialmente - 100% de buscas realizadas. O motivo para tais achados pode ser explicado pelo fato de que os escolares atendidos, recebiam, nas 1ª consultas os cuidados mais urgentes, como por exemplo, dentes que apresentavam mobilidade ou dor.

No entanto, alguns pacientes também apresentavam outros elementos com necessidade de tratamento que no entanto, não demonstravam desconforto ao aluno como por exemplo dentes com lesões cavitadas inativas que não perturbavam o paciente mas, que ainda assim precisavam ser restaurados. Mesmo diante das

explicações oferecidas aos pais da necessidade de retorno, parece que apenas os elementos com dor eram priorizados pelos responsáveis.

Desse modo e, aliado a cultura de que dentes decíduos não precisam receber tratamento já que irão esfoliar, os alunos não retornavam as consultas subsequentes por acharem tais tratamentos desnecessários. Ainda assim, as buscas de alguns escolares foram efetivadas com sucesso devido aos comunicados enviados a diretora que reagendava as novas consultas. Também atribuímos estes resultados positivos as buscas realizadas pelas ACS que reforçavam a necessidade do comparecimento a UBS.

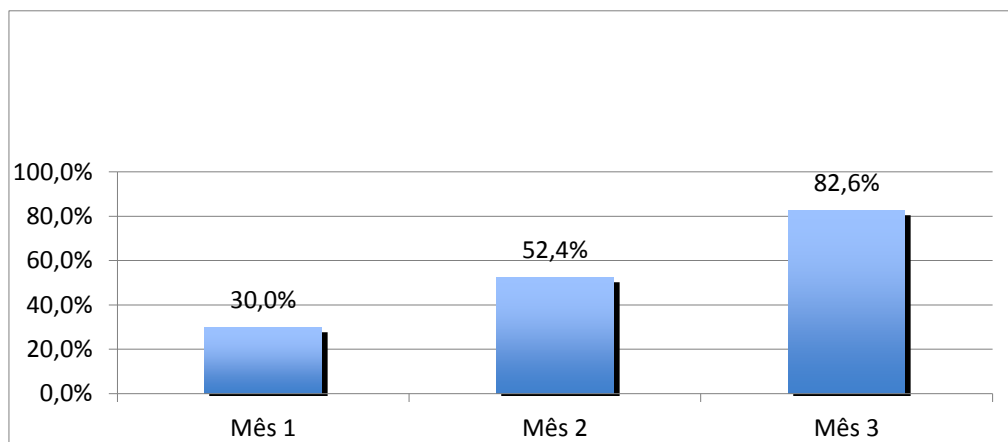


Figura 6: Proporção de buscas realizadas aos escolares com primeira consulta odontológica faltosa em as consultas subsequentes

Objetivo 4: melhorar o registro das informações.

Meta: manter registro atualizado em planilha/ prontuário de 100% dos escolares.

Indicador 4.1: proporção de escolares com registro atualizado

Segundo o que observamos no gráfico da figura 9, houve um registro atualizado em todos os escolares nos meses da intervenção que possuíam seus prontuários e fichas espelhos individuais preenchidos. Esse resultado foi facilitado pela cooperação dos pais e responsáveis que, dividiam as informações necessárias ao preenchimento das questões presentes nas fichas e pelo cuidado da equipe em preencher todas as informações necessárias, assim, podemos afirmar com certeza que atingimos facilmente a meta pactuada no projeto.

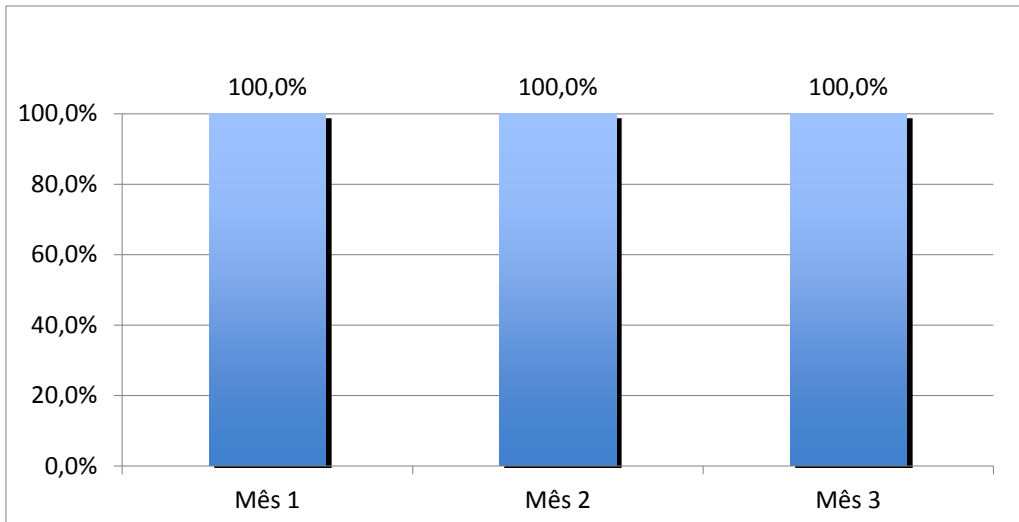


Figura 7: Proporção de escolares com registro atualizado.

Objetivo 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

Meta: Fornecer orientação sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador 5.1: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Aliado as práticas de escovação dental supervisionada, acreditamos que as práticas coletivas de educação em saúde contribuem consideravelmente para a melhora da saúde da população alvo. Pensando desta maneira, não exitamos em desenvolver, da melhor maneira, as atividades de orientação em higiene oral e dieta. Talvez, por esse motivo podemos observar nos gráficos os saldos positivos, já nos primeiros meses de intervenção e, tal como ocorreu em outros indicadores, percebe-se números e porcentagens crescentes nesse ítem.

Deste modo, em relação as orientações sobre higiene oral, podemos concluir que ela iniciou lenta, atingindo 26 alunos (27%), resultado da necessidade de individualizarmos cada orientação, correspondente as necessidades particulares de cada escolar. Após elevarmos esses valores no 2^a mês para proporções mais significativas, 55 alunos (56,7%), finalizamos com valores esperados, atingindo nas últimas semanas de intervenção o total dos alunos orientados (figura 10). Estas atividades, assim com as realizadas para reeducação em dieta não representaram grandes dificuldades, na medida em que alunos e mestres mostraram-se dispostos a receber as informações, semanalmente, repassadas. As orientações eram repassadas sob duas maneiras: A primeira delas era no mesmo momento da escovação realizada em escovódromo. A segunda, consistia em conversas informais

em sala de aula, onde os alunos eram dispostos em círculos o que facilitava a conversa com o profissional e permitia uma interação maior entre todos os colegas.

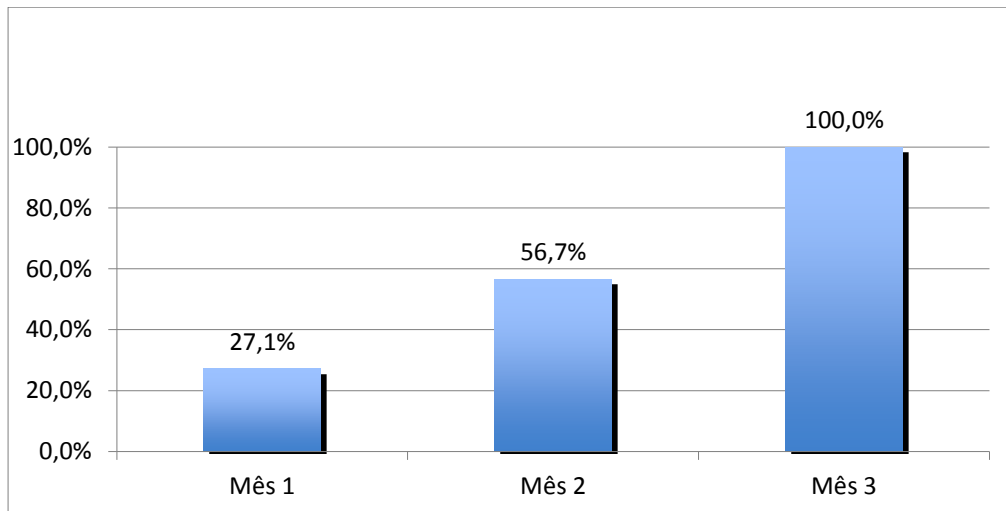


Figura 8: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal

Meta: Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola.

Indicador 5.2: Proporção de escolares com orientação sobre dieta.

Concluindo a análise dos indicadores, finalizamos analisando os resultados no gráfico referente a orientação sobre dieta (figura 11). Semelhante ao ocorrido, com a reeducação em higiene oral, os números crescentes são facilmente compreendidos, já que essas instruções eram realizadas simultaneamente. Podemos perceber o crescimento gradual e contínuo dos resultados, reflexo da necessidade de internalizarmos essas informações na rotina diária dos alunos.

Desse modo, percebe-se que no primeiro mês obtivemos porcentagens relativamente baixas (17,5%), correspondendo a 17 alunos, porém, aceitáveis, quando analisamos a necessidade de avaliarmos dieta e hábitos comportamentais de cada escolar. No entanto, no mês subsequente da intervenção, observamos um crescimento significativo, 52 escolares (53,6%), culminando finalmente no último mês de intervenção em valores de 97 escolares atingidos (100%). Da mesma forma que as orientações sobre higiene oral, os recursos utilizados para repassar as informações referentes à dieta, eram realizadas em sala de aula, também com os alunos em círculo e, não raro utilizavam-se os materiais disponíveis na própria sala como, cartazes com ilustrações de alimento ou, em escolares com menos idade, os próprios brinquedos educativos presentes nas salas.

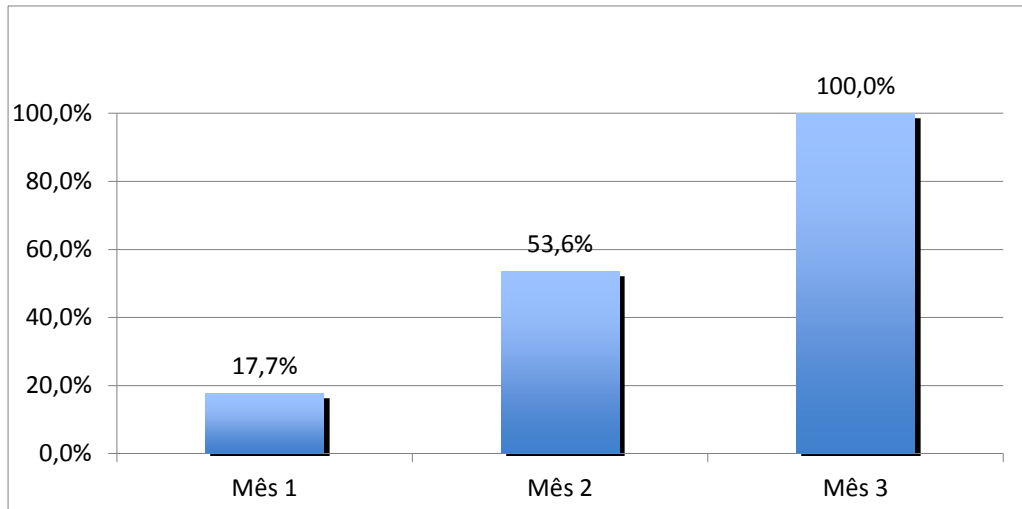


Figura 9: Proporção de escolares com orientação sobre dieta

Concluimos, portanto que, embora alguns indicadores não atingiram as metas pactuadas, nosso saldo de intervenção pareceu positivo quando, considerarmos que a quase totalidade dos indicadores alcançaram aqueles valores. Além disso, percebemos que os indicadores que representam o estabelecimento concreto da implantação de novos hábitos de educação em saúde foram fortemente inseridos, dando assim as evidências de que a intervenção atingiu seu propósito.

4.2. Discussão

As atividades de intervenção, na unidade básica de saúde Santo Antônio, mais precisamente na escola Santo Antônio de Pádua, proporcionou aos usuários e, ao próprio município, ampliação e qualificação dos serviços odontológicos prestados. Desta forma, podemos mencionar, com certeza, que aumentamos os índices de primeira consulta odontológica realizada com escolares de 6 a 12 anos e, sobretudo, reforçamos velhos hábitos que, estavam equivocadamente esquecidos. Também introduzimos métodos mais saudáveis de preservação e manutenção de higiene oral.

Além disso, e não menos importante, conseguimos realizar atendimentos clínicos que proporcionaram resolver questões de saúde oral urgentes que, em muitas ocasiões resultavam em dor, desconforto e insatisfações estéticas aos escolares.

A possibilidade de solucionarmos estas questões, também trouxeram grande satisfação aos pais. Somado a isso, também podemos mencionar que os registros das ações, utilizadas na unidade básica, agora encontram-se devidamente armazenadas e facilmente acessíveis, quando da necessidade de novas consultas.

Em vista disto, podemos afirmar que os esforços dispendidos na execução do projeto de intervenção culminaram em grandes benefícios a toda a população adstrita da área de atuação do projeto e, também, aos profissionais de saúde que atuam na unidade.

Além dos benefícios ofertados aos usuários do sistema, a implantação e execução do projeto culminaram em vantagens e benefícios também a equipe de saúde, atuante na unidade básica. Dessa forma, podemos evidenciar que a capacitação permitiu que os profissionais desenvolvessem uma maior integração um com os outros, assim, as reuniões iniciais com a equipe permitiu, muitas vezes que alguns profissionais descobrissem, em si próprios, talentos antes escondidos ou até mesmo, capacidades intrínsecas em colegas que, até então, não tinham sido reveladas. Como exemplo, podemos citar a facilidade no trato com crianças ou a descoberta de que alguns desempenhavam melhor as funções burocráticas às clínicas.

Aliada a todas essas questões podemos observar, com clareza, que a equipe está agora capacitada a desenvolver ações que até então não tinham sido desenvolvidas e que, portanto, o maior benefício atingido com o projeto foi a possibilidade de continuidade das ações aqui implantadas. No mais, a capacitação exigiu que funcionários e profissionais reservassem tempo suficiente para avaliar suas ações, refletir sobre erros e acertos e assim corrigir eventuais falhas. Dessa forma, cada profissional componente da equipe desempenhava atividades específicas que colaboraram para o sucesso das atividades, assim, os ACS realizavam as buscas ativas, o cirurgião dentista realizava os tratamentos curativos e atividades educativas, juntamente com a técnica de enfermagem que eventualmente colaborava nas atividades de escovação. Para completar, todos da equipe realizavam o acolhimento dos escolares que chegavam a UBS.

Por se tratar de uma unidade básica de saúde nova, a UBS não possuía profissional da área odontológica atuante na área, anteriormente a adesão do município ao programa. Sendo assim, não havia nenhum serviço de atendimento odontológico na área adstrita, o que pôde ser observado foi que esporadicamente, um profissional da área desempenhava atividades de escovação e aplicação tópica de flúor nos escolares. Entretanto, estas ações não possuíam registro e em consequência, não se permitiu estabelecer um controle estratégico e preciso destas ações. Tendo em vista estas considerações, podemos notar que os benefícios

trazidos pelas atividades coletivas e individuais foram de grande importância para a comunidade. As atividades preventivas, antes executadas esporadicamente, agora são realizadas semanalmente, supervisionadas e registradas, permitindo uma análise concreta da evolução das ações e há atendimento clínico individual diariamente na UBS.

Os levantamentos epidemiológicos realizados inicialmente possibilitaram uma classificação de risco dos escolares e assim permitiram um direcionamento dos tratamentos aos pacientes com maiores necessidades. Com os registros atualizados regularmente, conseguimos um controle dos índices de 1ª consultas odontológicas realizadas, das buscas de escolares faltosos e dos tratamentos concluídos que, antes da intervenção, não eram realizados.

O projeto de intervenção, na percepção da comunidade, é tido como de grande valia e importância para pais e professores, entretanto, gera certa insatisfação pelo fato de priorizar, segundo normas do programa, escolares de 6 a 12 anos, deixando sem atendimento prioritário alunos fora dessa faixa etária. É de importância salientar que os alunos que estão abaixo ou acima da idade determinada também recebem atendimento odontológico na UBS, no entanto a prioridade nos dias pré-estabelecidos foi dos escolares pertencentes a faixa etária preconizada. A totalidade dos alunos regularmente matriculados e com idades entre 6 e 12 anos foram atendidos e isso é refletido na satisfação dos pais com o serviço recebido e na expectativa, demonstrada por eles, de que os atendimentos tenham continuidade.

Refletindo sobre os aspectos que poderiam ser modificados, caso o projeto de intervenção tivesse a oportunidade de ser reiniciado, acredito que as fichas espelhos poderiam conter campos para preenchimento de informações relevantes ao tipo de alimentação de cada escolar, com uma relação da lista de alimentos de vários tipos e com diferentes potenciais cariogênicos que pudessem ser preenchidos pelo próprio profissional, ou mesmo, pelos responsáveis pelos alunos que possibilitaria analisar os hábitos alimentares de cada paciente.

Ainda em relação às possíveis mudanças implementadas, priorizaríamos um treinamento para professores e funcionários, capacitando-os para executar as escovações supervisionadas indiretas, já que estes tem contato diário com os escolares. Seguindo este mesmo raciocínio, ficou evidente que se tornou imprescindível o aumento do número de turnos destinado aos atendimentos clínicos

do público alvo, pois como percebemos, houve um grande número de consultas necessárias para concluir o tratamento dos escolares. Isto é evidenciado pela necessidade, dos escolares, desta faixa etária, receberem consultas extras, que viabilizem o condicionamento destes pacientes, e também em alguns casos houve a necessidade de realização de procedimentos complexos que demandaram um número grande de agendamentos.

A importância de incorporar a intervenção na rotina do serviço está evidenciada na necessidade de mantermos, desde os primeiros anos, os bons hábitos de higiene oral. No transcorrer do ano letivo, novos alunos são matriculados e com eles, novas necessidades odontológicas vão surgindo do mesmo modo, com o passar dos anos, novos alunos estão atingindo a faixa etária pertencente ao projeto. Então, a continuidade e incorporação da intervenção na rotina da UBS é imperativo para que possamos manter um bom nível de instrução oral e manutenção da saúde bucal dos escolares.

Levando em consideração que alguns escolares não compareceram as consultas odontológicas subsequentes, uma das melhorias que deveriam ser implantadas se refere à necessidade de encontrarmos meios apropriados para recrutar pais e escolares que não compareceram a estas consultas odontológicas, assim fazem-se necessárias reuniões periódicas com pais e mestres a fim de mostrar os resultados e estabelecer parcerias.

Nos próximos passos gostaríamos de estabelecer, dentro da área física da escola uma integração maior entre mestres, pais e profissionais. Como mencionado anteriormente, há necessidade de uma capacitação coerente e voltada aos cuidados bucais entre professores, funcionários e diretores. Dessa forma, dividiríamos as responsabilidades e competências de cada profissional, colocando em prática os princípios da multidisciplinariedade e integração conjunta de todos os profissionais, preconizados ao longo do curso.

4.3. Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Este documento tem por objetivo descrever as atividades realizadas no projeto de intervenção e esclarecer aos gestores municipais as melhorias trazidas pelo

mesmo. Assim, como é sabido, realizamos o projeto na escola Santo Antônio, onde tínhamos como objetivo principal qualificar a atenção dos escolares de 6 a 12 anos da área de abrangência e descrevemos aqui as atividades desempenhadas neste período.

Iniciamos nossas tarefas com o levantamento epidemiológico realizado na escola a fim de, conhecermos o quadro de saúde bucal dos escolares matriculados de 6 a 12 anos. Esta atividade consistiu no exame intrabucal realizado com o auxílio de espátulas de madeira na própria sala de aula. Tais atividades foram registradas em prontuários e fichas espelhos e assim identificamos os casos de risco o que possibilitou uma análise e a determinação da ordem de prioridades de atendimentos dos escolares. A equipe de saúde também recebeu a capacitação necessária para realizar o acolhimento dos escolares na UBS e para que pudéssemos seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

Concomitantemente aos levantamentos iniciamos as atividades de escovação supervisionada com escova e pasta dental em local apropriado dentro das dependências físicas da escola. Após implantarmos as rotinas e atendimentos clínicos semanais, percebemos que ocorreu um aumento de interesse dos alunos pelo cuidado com sua saúde bucal com consequências positivas nos índices de saúde da escola e do município. Com isso, podemos observar que ampliamos a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares beneficiando assim, os indicadores de saúde oral, pactuados pelo município.

Aliado as atividades coletivas realizamos as atividades curativas na unidade básica de saúde. Estas atividades se caracterizaram pelo atendimento clínico individual dos pacientes, estes eram agendados seguindo a ordem de prioridade. Neste aspecto, devemos considerar aqui a ajuda indispensável da diretora que realizava o contato com os pais e responsáveis pelos escolares. Foram definidos 3 turnos da semana para atendimento destes pacientes, para assim concluir o tratamento odontológico dos escolares participantes do projeto.

Incontestavelmente, o sucesso desta intervenção foi possível devido ao apoio dos gestores na disponibilização do material indispensável para a realização dos levantamentos necessários para se conhecer a situação de saúde oral dos escolares, aqui, incluindo a quantidade de folhas de papel para a impressão das fichas, tintas e impressoras disponíveis na unidade básica de saúde (UBS). O material odontológico,

necessário para a realização dos atendimentos clínicos, foi prontamente disponibilizado o que viabilizou a realização de consultas odontológicas que permitiram solucionar casos graves, como dor e problemas estéticos, que prejudicavam enormemente a convivência entre os escolares.

As práticas realizadas na escola Santo Antonio proporcionaram também um melhor entrosamento da equipe da UBS que participou ativamente da execução do projeto, contribuindo para o acolhimento dos pacientes nas dependências físicas da unidade e no agendamento dos alunos. Neste aspecto estão incluídos, todos os profissionais envolvidos como a recepcionista que recebia os escolares, a diretora da escola que entrava em contato com os pais e assim encontrava o melhor horário para o atendimento, à auxiliar de serviços gerais que mantinha o consultório limpo para cada nova consulta. Desta forma, todos, indistintamente, foram responsáveis pelos resultados atingidos.

Analisando os resultados gerados pela intervenção podemos perceber que a totalidade, 97 escolares, receberam a primeira consulta odontológica programada; todos também realizaram a escovação dental supervisionada e receberam orientação sobre higiene oral e dieta. Destes alunos, 91 escolares tiveram seu tratamento odontológico concluído.

Outro dado importante refere-se aos registros realizados, todos os escolares possuem agora registro atualizado. Tendo isto em vista, disponibilizamos na unidade, juntamente com os prontuários já existentes, de novas informações que ficarão armazenadas em arquivo próprio e disponibilizadas quando da realização de novas consultas. Desta forma, mesmo mudando o profissional, este terá acesso às informações de cada escolar. Estas informações incluem: idade, série a qual o escolar pertence, se recebeu, ou não, instrução de higiene e orientações sobre dieta e o mais importante, o risco ao desenvolvimento da doença cárie, bem como os procedimentos realizados e as necessidades de tratamento. Todas estas informações, que antes não estavam disponíveis na unidade, agora, permitirão, com mais facilidade, a continuidade das ações. Pretendemos com esta metodologia que as atividades de educação em saúde, bem como, os atendimentos clínicos necessários à manutenção da saúde oral destes pacientes possam ser realizadas e incorporadas a rotina da UBS.

Algumas metas pactuadas, não foram atingidas, entre estas houve as situações que se referem aos alunos que não conseguiram comparecer as consultas

subsequentes seja, pela dificuldade ou desinteresse dos pais e responsáveis, seja pelos artifícios inadequados utilizados pela equipe. Outra ação que não foi realizada diz respeito às reuniões para ouvir as queixas, elogios e sugestões da comunidade. Então, fica aqui uma sugestão para que estas etapas do projeto possam ser realizadas em outras oportunidades como no início do próximo ano letivo e nas reuniões do conselho de saúde, visto que as sugestões e aprovação da comunidade são fundamentais para o sucesso das atividades.

Outra questão que deve ser reavaliada diz respeito ao envolvimento do gestor com o projeto e demais atividades da UBS, pois ficou evidente que os gestores não compreenderam claramente que a intervenção exige horários previamente estabelecidos para atendimento do público alvo e assim, em certas ocasiões o excesso de exigências em trabalhos clínicos, sobrecarregavam o profissional e assim limitavam os horários de atendimento aos escolares. Isso pode ter ocorrido por desconhecimento das metas e cronogramas do projeto, por parte dos gestores. É importante ressaltar que turnos e dias suficientes são necessários para se dar continuidade aos tratamentos iniciados, assim, torna-se necessário que gestores disponibilizem tempos adequados para a realização de consultas em detrimento de interesses ou conveniência políticas.

O ganho mais significativo da intervenção constitui-se no eixo relativo à promoção de saúde. Como enfatizado nos parágrafos anteriores, as atividades educativas foram incorporadas a rotina da UBS promovendo desta forma a possibilidade de manutenção da saúde oral dos usuários. Em vista disto e, somado a capacitação dos demais componentes da equipe, fica claro a necessidade de manutenção destas atividades. Mesmo diante das dificuldades de encontrar um novo profissional da área odontológica para atuar na UBS, há demais profissionais da equipe aptos a realizar a checagem dos escolares com necessidades de cuidados. Caso as possibilidades de um novo profissional atuante na área da UBS não for viável, após a conclusão deste período do PROVAB, uma solução pertinente seria o encaminhamento destes pacientes as outras unidades básicas do município afim de se realizar os atendimentos necessários e para isto precisamos contar como apoio e aprovação da gestão.

Podemos concluir que os benefícios trazidos pelo projeto foram imensos, mesmo diante de alguns imprevistos ou desajustes. Logo, acreditamos que todos

(profissionais, gestor e comunidade) concluem esta etapa satisfeitos com o trabalho aqui desenvolvido.

4.4. Relatório da intervenção para comunidade

O governo federal implantou nos últimos anos um projeto chamado PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica), o qual trata de distribuir profissionais da área da saúde para locais distantes, a fim de melhorar a saúde de populações mais necessitadas. Assim, neste ano, fui selecionado pelo programa para atuar na cidade de Roque Gonzales.

Analisamos a estrutura da Unidade de saúde e as necessidades dos escolares que frequentam a escola Santo Antônio através dos exames intra-orais realizados na própria escola.

Como é conhecido pela própria comunidade não existem dentistas realizando atividades junto aos escolares. Assim, nosso objetivo foi oferecer aos alunos atendimentos odontológicos mediante o encaminhamento dos alunos à UBS, bem como realizar atividades de educação e promoção de saúde no ambiente escolar.

O relatório de intervenção para a comunidade tem o objetivo de explicar aos moradores da área de abrangência da UBS os pontos positivos alcançados com o desenvolvimento do projeto na escola Santo Antônio e os demais benefícios trazidos com os atendimentos clínicos realizados na unidade. Desse modo, os objetivos específicos da intervenção eram: aumentar o número de escolares com atenção à saúde bucal dos escolares, melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal, melhorar a adesão dos escolares na atividade e o registro das informações e ainda promover a saúde bucal dos escolares.

A primeira atividade foi examinar todos os alunos da escola, na faixa etária estabelecida, para conhecer a situação de cada um. Conseguimos atingir com o projeto um total de 97 alunos de 6 a 12 anos da escola Santo Antônio de Pádua. Com o projeto conseguimos realizar, semanalmente, atividades de escovação supervisionadas que contribuíram para a manutenção da saúde bucal dos alunos.

Além das atividades semanais realizadas na escola, os alunos eram recebidos na unidade básica de saúde durante 3 dias por semana, no período da manhã e da

tarde. Nos outros dias da semana eram os moradores da comunidade que recebiam os atendimentos odontológicos. Assim, todos os alunos receberam, na escola ou na unidade, as orientações necessárias para realizar a correta escovação dos dentes e também receberam a aplicação de flúor que auxiliará na prevenção de cáries.

Estas atividades foram realizadas com todos os alunos da escola que participavam do projeto. Para realizarmos estas atividades foi necessário o apoio do secretário de saúde, pois precisamos da cooperação na disponibilização de todo o material indispensável para a realização dos exames, que permitiram conhecer a situação de saúde dos escolares, e de todo o material para as consultas e tratamentos odontológicos.

A cooperação da diretora da escola foi também de essencial importância para que conseguíssemos executar todas as ações, já que esta estabelecia os contatos com pais e responsáveis e assim, juntos, determinavam os horários mais convenientes para o atendimento clínicos dos escolares. Com isso conseguimos concluir o tratamento em 91 escolares o que significa que alguns alunos ainda necessitam terminar o tratamento e se, eventualmente convocados devem ser levados a UBS.

Outra conquista importante e que deve ser conhecida pela comunidade refere-se à disponibilidade dos registros - fichas e prontuários - armazenados na UBS. Estes registros estão organizados na unidade e servirão para auxiliar na continuidade dos tratamentos e quando da realização de novas consultas. Antes da nossa chegada, todos os prontuários eram guardados no mesmo arquivo sem nenhuma distinção, agora, os registros estão separados em arquivo próprio e junto deles estão anexados fichas que contêm as informações relativas a cada um dos alunos atendidos no projeto para fácil monitoramento e acompanhamento. É importante salientar que as informações coletadas de todos participantes do projeto, estão disponíveis na UBS e podem ser acessadas pelos responsáveis a qualquer momento.

O sucesso na obtenção das informações foi possível graças a colaboração da comunidade que, primeiro aceitou a realização das atividades na escola e, principalmente, aos pais que respondiam com presteza todos os questionamentos realizados. Também é atribuído a eles, o sucesso da intervenção, pois acompanhavam seus filhos na UBS para as consultas e recebiam orientação com cuidados da sua família, e assim, podemos ter a certeza que o projeto trouxe

benefícios para os alunos e também para a comunidade.

Existe a necessidade de se dividir as responsabilidades, tanto por parte dos pais, quanto do profissional e de toda a equipe, assim um dos aspectos que contribuíram para o sucesso da intervenção dependeu da cooperação dos pais e responsáveis pelos escolares, alvo do projeto. Logo, uma questão relevante e que deve ser do conhecimento da comunidade refere-se há alguns casos onde houve o não comparecimento de alunos as consultas agendadas, muitas vezes por falta de interesse dos pais, e, estas ausências de certa forma, prejudicaram o andamento dos atendimentos clínicos na medida que, impediram que outros escolares com necessidades, as vezes mais urgentes, fossem atendidos. Essas questões estão representadas nos números de escolares faltosos que foram 23 alunos e após a busca desses pelos ACS apenas 16 voltaram a UBS. Da mesma forma ocorreu com os números de escolares faltosos as consultas subsequentes.

Assim que o aluno era identificado como faltoso, realizávamos incansáveis re-agendamentos buscando os pacientes que não compareciam a UBS. Assim, na possibilidade de que o projeto tenha continuidade, deixo aqui registrado que a colaboração dos pais é indispensável para o sucesso do trabalho pretendido.

Na escola haviam 97 crianças de 6 a 12 anos e conseguimos realizar as orientações de higiene oral e dieta em todos os escolares e, destes 91 tiveram seu tratamento odontológico finalizado.

Para a incorporação das ações na rotina da UBS os profissionais que atuam na unidade, bem como os diretores e funcionários da escola estão capacitados a realizar o reconhecimento dos alunos com necessidades de tratamento odontológico. Assim com o término desse período de Provac, mesmo na ausência de profissionais dentistas na UBS Santo Antônio, a equipe está capacitada a identificar e, se necessário encaminhar os escolares para outras unidades básicas do município.

Portanto, fica claro que o projeto de intervenção trouxe benefícios para toda a comunidade, seja para os alunos que receberam a educação para a realização de novos hábitos de higiene e adequado tratamento, seja para os pais que tem agora a garantia de filhos mais saudáveis. Cabe agora à comunidade aproveitar a oportunidade de continuar com um trabalho que garantirá a manutenção da saúde de todos os alunos matriculados nesta escola.

5 Reflexão Crítica sobre seu Processo Pessoal de Aprendizagem

Inicialmente, quando decidi ingressar no PROVAB e com isso, realizar o curso de especialização em saúde da família, pretendia aprofundar meus conhecimentos em saúde coletiva e aplicar as técnicas e tratamentos adquiridos no curso de graduação. No entanto, a realidade vivenciada na UBS me proporcionou ir de encontro a filosofias, pois muitas vezes há um grande distanciamento entre teoria e prática.

Considero muito importante o aprendizado adquirido nas primeiras etapas do curso, incluindo aqui a análise situacional e a análise estratégica, onde foi possível concluir que, os questionamentos referentes à estrutura física e processo de trabalho

da unidade, embora cansativos e trabalhosos, são indispensáveis para o desenvolvimento de uma intervenção coerente e em sintonia com as possibilidades ofertadas pela UBS. Desta forma concluo que as possibilidades de acertos das etapas seguintes do projeto de intervenção estão na dependência da execução eficiente das suas fases iniciais e somente assim, atingiremos o êxito pretendido. Outra vantagem observada no período em que desenvolvi minhas atividades pode ser expressa pela integração com a equipe de saúde. Na UBS Santo Antônio aprendi que todos possuem um papel essencial para o bom andamento das atividades e isto ficou evidenciado na intervenção.

A etapa do curso, intitulada, avaliação da intervenção me fez compreender a importância da interação orientando-orientador na condução da discussão e dos resultados pactuadas, confirmando mais uma vez a importância do trabalho em equipe.

Outros aspectos relevantes e que contribuíram consideravelmente para meu crescimento podem ser expressos pelos estudos de práticas clínicas semanais desenvolvidos durante o curso. Estas atividades despertaram o interesse por novas leituras, convenientemente disponibilizadas pelo curso, por novas buscas, em outras fontes, além daquelas oferecidas aqui e deste modo, aumentou meu conhecimento teórico, sobretudo nos assuntos relacionados à saúde pública, epidemiologia e indicadores de saúde. Em contrapartida, os fóruns de dúvidas clínicas foram pouco explorados por mim, já que, me parecia mais uma das muitas tarefas obrigatórias e desvinculadas das bases teóricas e cientificamente comprovadas que alicerçam o conhecimento odontológico. Portanto, neste aspecto, os fóruns de dúvidas clínicas pouco contribuíram para meu conhecimento ao longo destes meses.

A burocratização, típica do serviço público, também incutiu em mim o exercício da paciência. Dessa forma, diferente do cenário privado, aqui, a dependência de legislação, licitações e outros processos legais acabaram por reforçar a idéia de que tal quadro acaba por prejudicar o trabalho do profissional. No entanto, estes entraves serviram para conhecer e confirmar o andamento do sistema. Assim, afirmo que estes desafios foram vivenciados e integrados a minha prática clínica contribuindo dessa forma para minha adaptação no setor público. Portanto, posso concluir que a experiência vivenciada nesses 10 meses de especialização trouxeram momentos difíceis que me exigiram exercitar a paciência, desconsiderar

comentários que não me agradavam e mesmo não refletir sobre a valorização decadente dos profissionais de saúde, nos últimos anos. Apesar disto, concluo que o curso de especialização agregou a vivência de uma nova realidade e a certeza de que muitos ainda estão dispostos a encontrar soluções adequadas aos usuários beneficiados pelo sistema público. Dessa forma, posso afirmar que o caminho para a concretização das normas e diretrizes, observados nos manuais de saúde, ainda está longe de ser atingido plenamente, porém, passível de ser concretizado com êxito em um futuro não muito distante, dependente, é claro, das ações corretas desempenhados por cada um dos envolvidos neste processo de mudança.

6. Bibliografia

1. BRASIL. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

2 Mello TRC, Antunes JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, **Cad De saúde pública**, Rio de Janeiro, n 20, p.829-835, 2004.

3 Chaves SCL, Silva LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.129-39, 2002.

4 Araújo LC. **O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista.** 2005 (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Anexos

Anexo I-Ficha espelho



SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES COLETIVAS

Escola: _____ Sala: _____ Professor: _____

| Nome | Idade | Sexo | R1 | R2 | Data / Atividade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|------|----|----|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EDU1 – orientação higiene bucal / EDU2 – orientação prevenção cárie / ESC – Escovação supervisionada / GEL – Aplicação de gel fluoretado / TRA – Tratamento Restaurador Atraumático
R1 Classificação de risco no exame inicial | R2 Classificação de risco após um ano do exame inicial

Anexo III- Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilima Srª
Profª 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel